

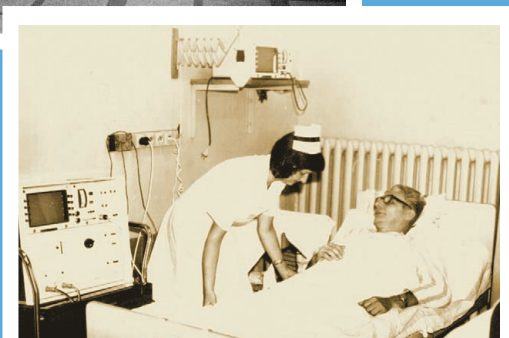
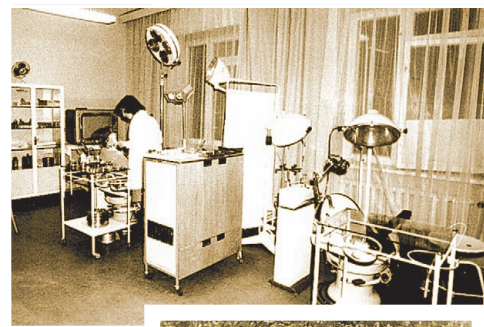
PRIMUM NON NOCERE



*Krok po kroczku,
krok za krokiem,
Jak przed wiekiem,
jak przed rokiem,
Idą święta,
idą święta.*

Pięćdziesiątka „Szpitala na Kapuściskach”

Czytaj na str. 6-7





W NUMERZE

LEKARSKI SAMORZĄD

Wybory delegatów trwają 2

UZALEŻNIENIA

Lekarze i narkotyki 3

PERŁY MEDYCyny 2009 4

UROLOGIA

System ProAct

– po raz pierwszy w Polsce 5

JUBILEUSZE

Pięćdziesiątka

„Szpitala na Kapuściskach” 6

100 lat Szpitala im. Janusza Korczaka

w Szubinie 9

Z LISTÓW

O nas samych 8

INFORMUJEMY

Jak postępować z A/H1N1 9

Choroba palaczy 9

STARSI PACJENCI

Wyrzuceni poza nawias 10

NOWE W NAUCE

Choroba Alzheimera i... picie kawy 12

DEPRESJA 13

E-ZDROWIE 14

KONFERENCJE

Szkoła przyjazna każdemu dziecku 15

SPECJALIZACJE 16

SPOTKANIA 18

FELIETON 19

W PIGUŁCE 20

Zdjęcie na okładce: Maciej Grzmieł

Szanowne Koleżanki i Koledzy



Kończy się V kadencja działania reaktywowanego Samorządu Lekarskiego i równocześnie druga kadencja pełnienia przeze mnie funkcji przewodniczącej Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Osiem lat pracy minęło bardzo szybko i zdaję sobie sprawę, iż nie wszystkie postawione na początku cele i zadania udało się zrealizować; samorząd działa dalej i kolejne lata zapewne będą równie absorbujące i niosące różne niespodzianki, których nie jesteśmy w stanie przewidzieć. Szczegółowe sprawozdanie z działalności ORL BIL znajdziecie Państwo w zjazdowym styczniowym numerze naszego Biuletynu. Pragnę podziękować wszystkim Koleżankom i Kolegom, z którymi przez te lata współpracowałam, dziękuję za zaangażowanie i bezinteresownie poświęcony czas na pracę społeczną. Mam ogromną nadzieję, iż w przyszłej kadencji nasi młodzi koledzy zechcą bardziej aktywnie włączyć się w nasze działania.

Grudzień to miesiąc zaczerpnięty, rozbrzmiewający dzwoneczkami Świętego Mikołaja, pachnący choinką i rozświetlony światłami gwiazdek – przyjmijcie proszę najszczerze życzenia, aby Święta Bożego Narodzenia przyniosły radość, spokój i odpoczynek, a Nowy Rok był lepszy od minionego, natomiast troszeczkę gorszy od tego, który nastąpi po nim.

Radostawa Staszak-Kowalska
Przewodnicząca BIL

12 grudnia br. – XXVII Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Bydgoskiej Izby Lekarskiej
(w sali konferencyjnej naszej Izby – początek o godzinie 9).

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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



WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska, 85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11; telefony: 0523460084, 0523460780; Numer konta BIL: 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

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, dr n. med. Marek Jurgowiak, lek. Józef Karwowski, dr n. med. Jerzy Kochan, dr n. med. Andrzej Martynowski, lek. stom. Marek Rogowski, 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; redaktor: Agnieszka Banach agnieszka.banach@hipokrates.org

DRUK: KLAUDIA-DRUK, Inowrocław tel. 052 3576910

SKŁAD: MAGRAF, Bydgoszcz tel. 052 3791435



Wybory delegatów trwają...

A jednak potrafimy się zmobilizować. Niemal w ostatniej chwili, dzięki udanym zebraniom w końcówce II tury wyborów, zwłaszcza w dużych szpitalach (Szpital Uniwersytecki nr 1 w Bydgoszczy, Szpital w Inowrocławiu, Centrum Onkologii w Bydgoszczy) wybraliśmy ponad 50% liczby – przewidzianej uchwałą Okręgowej Rady Lekarskiej – delegatów, co zagwarantowało prawomocność zwołanego na 12 grudnia br. – XXVII Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Bydgoskiej Izby Lekarskiej (w sali konferencyjnej naszej Izby – początek o godzinie 9).

Zdopingowani tym wynikiem lekarze z kilku dalszych rejonów wyborczych zebrali konieczną liczbę podpisów (co najmniej 20% członków rejonu) pod wnioskami o wyznaczenie III tury wyborów przez OKW i w większości je już przeprowadzili. W rejonie numer 2 w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy wybrano 11 delegatów, w rejonie nr 3 w Szpitalu Miejskim w Bydgoszczy – 3 delegatów, w rejonie nr 10 – Bydgoszcz Centrum – 5 delegatów (wykaz nowo wybranych delegatów zamieszczamy obok).

Liczba wybranych delegatów wzrosła obecnie do 85, a liczba rejonów, w których dokonano wyborów – do 21. Oznacza to równocześnie, że wyborów nie przeprowadzono aż w 14 rejonach, z których jedynie w rejonie nr 7 (Szpital Wojskowy i MSWiA) ustalony już został – na 27 listopada – termin kolejnych wyborów. Ciągłe są one jeszcze możliwe we wszystkich pozostałych rejonach na zasadach obowiązujących w III turze wyborczej, a więc na piśmenny wniosek odpowiedniej liczby lekarzy.

Serdecznie zachęcam wszystkie Koleżanki i Kolegów, z tych, głównie „terenowych” rejonów wyborczych, do zebrania wymaganej liczby podpisów pod wnioskami o wyznaczenie przez OKW kolejnego terminu zebrania, do skutecznego jego przeprowadzenia i wybrania „swoich” delegatów. Nie będą oni, niestety, uczestniczyć w XXVII Zjeździe, ale – oczywiście, będą pełnoprawnymi uczestnikami kolejnych corocznych zjazdów naszego samorządu lekarskiego i będą mogli reprezentować na nich problemy własnych środowisk zawodowych.

Z serdecznymi gratulacjami i pozdrowieniami dla wszystkich wybranych delegatów, z nadzieją na spotkanie na Zjeździe przy 100-procentowej frekwencji i na owocne obrady.

W imieniu OKW BIL – Maciej Borowiecki

Delegaci Bydgoskiej Izby Lekarskiej do samorządu lekarskiego VI kadencji (cz. II)

nazwa	tytuł zaw.	symbol rej.	nazwa rejonu	stop. tyt. nauk.	specjalizacje
Wasik Juliusz	lekarz	K6.10	Bydgoszcz - Centrum		choroby wewnętrzne st. I
Świątkowska Małgorzata	lekarz	K6.10	Bydgoszcz - Centrum		okulistyka st. II
Rożek Bożena	lekarz	K6.10	Bydgoszcz - Centrum		medycyna przemysłowa st. I
Kaczanowska-Burke Ewa	lekarz	K6.10	Bydgoszcz - Centrum		choroby wewnętrzne st. I, medycyna przemysłowa st. II
Narolska-Wiercowska Elżbieta	lekarz	K6.10	Bydgoszcz - Centrum	doktor n. med.	pediatria st. II, epidemiologia st. II
Kozak Mirosław	lekarz	K6.02	Szpital Uniwersytecki nr 2, Collegium Medicum		ortopedia i traumatologia st. II
Ratajczak Dariusz	lekarz	K6.02	Szpital Uniwersytecki nr 2, Collegium Medicum		chirurgia dziecięca st. I, urologia st. II
Gaweł Krzysztof	lekarz	K6.02	Szpital Uniwersytecki nr 2, Collegium Medicum		chirurgia urazowo-ortopedyczna st. II, medycyna sportowa st. II
Winiarski Piotr	lekarz, dentysta	K6.02	Szpital Uniwersytecki nr 2, Collegium Medicum	doktor n. med.	otolaryngologia st. II
Motuk Andrzej	lekarz	K6.02	Szpital Uniwersytecki nr 2, Collegium Medicum		anestezjologia i intensywna terapia st. II
Socha Maciej	lekarz	K6.02	Szpital Uniwersytecki nr 2, Collegium Medicum		
Sadowska-Krawczyńska Iwona	lekarz	K6.02	Szpital Uniwersytecki nr 2, Collegium Medicum	doktor n. med.	pediatria st. I, neonatologia st. II, epidemiologia
Sobociński Zbigniew	lekarz	K6.02	Szpital Uniwersytecki nr 2, Collegium Medicum	doktor n. med.	położnictwo i ginekologia st. II
Grzela Tomasz	lekarz	K6.02	Szpital Uniwersytecki nr 2, Collegium Medicum	doktor n. med.	chirurgia ogólna st. II, angiologia st. II, chirurgia naczyniowa st. II
Fórmaniak Jacek	lekarz	K6.02	Szpital Uniwersytecki nr 2, Collegium Medicum	doktor n. med.	położnictwo i ginekologia st. II
Tojek Krzysztof	lekarz	K6.02	Szpital Uniwersytecki nr 2, Collegium Medicum	doktor n. med.	chirurgia ogólna st. II
Paradowski Tomasz	lekarz	K6.03	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski, Hospicjum		chirurgia ogólna st. II
Lach Jarosław	lekarz	K6.03	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski, Hospicjum	doktor n. med.	położnictwo i ginekologia st. II
Buszko-Sikora Elżbieta	lekarz	K6.03	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski, Hospicjum		chirurgia ogólna st. I
Jakubowska-Zając Beata	lekarz	K6.01 A	Szpital Uniwersytecki nr 1, Collegium Medicum		

(zestawienie sporządziła Luiza Domka)

Lekarze i narkotyki

Agnieszka Banach

Narkotyki były i będą. Zawsze znajdą się ci, którzy będą ich „potrzebować”. Poza tym, substancje psychoaktywne, to bardzo dochodowa działka. Wiadomo, że wcześniej czy później zabijają, ale kto dobrowolnie, dla wspólnego dobra, zrezygnuje z udziału w rynku wartym, jak mówi dr n. med. Marek Pankowski specjalista medycyny sądowej z Legionowa (wieloletni wicedyrektor Centralnego Laboratorium Kryminalistycznego KGP) – 400 mld dolarów rocznie, o 100 mld więcej niż rynek ropy naftowej! Interes zresztą kręci się coraz lepiej – używki tanieją (w ostatnim czasie cena amfetaminy i heroiny spadła o ok. 20 proc., ecstazy o ponad 40), przez co stają się bardziej dostępne i powszechne, a liczba kolejnych klientów rośnie...

Uzależnienia a śmierć*

Marihuana, haszysz, grzyby, amfetamina, heroína, kokaina, klej, LSD – to tylko jedno z wielu substancji psychoaktywnych dostępnych na naszym rynku. Jest w czym wybierać... i wielu takich wyborów dokonuje, by lepiej się poczuć, poprawić zdolność umysłu, usunąć zmęczenie, rozluźnić się, czy zwyczajnie mieć fajny odjazd. W grupie używających są nawet małe dzieci. Robert Rejniak, specjalista psychoterapii uzależnień i prezes bydgoskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomani opowiada o swoim 8-letnim pacjencie: „Klej był dla niego przepustką do innego świata. Mówił, że jego koledzy byli na wakacjach, ale on im nie zazdrości, bo przeżył znacznie więcej – spotkał się ze Smerfami, rozmawiał z Gargamelem, bawił się ze Smerfetką, mógł nawet poczuć jej perfumy.”

Tymczasem specjaliści ostrzegają: „Każde uzależnienie czy od alkoholu, narkotyków wcześniej czy później prowadzi do degradacji i w efekcie do śmierci – uważa Robert Rejniak – Używanie substancji psychoaktywnych często łączy się z aktami samobójczymi, zgonami z powodu przedawkowania, napadami agresji, wypadkami. Śmierć często ponoszą nie osoby uzależnione, ale takie, które przypadkowo zażywały lub uczestniczyły w spowodowanych przez biorących zajściach.”

Wystarczy wziąć nawet jeden raz... „Każdy kontakt z substancjami psychoaktywnymi stanowi zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia – mówi profesor J. Kocur, lekarz psychiatra, pracownik łódzkiego Uniwersytetu Medycznego – Ryzyko zaburzeń psychicznych i somatycznych, a nawet zgonu rośnie, gdy środki przyjmujemy w kombinacjach, czy łączymy je z alkoholem.”

18-letni chłopak stracił przytomność po lekcji w-f. Nie wykazywał żadnych oznak życia. Lekarzom udało się przywrócić pracę serca, ale chory pozostał w stanie wegetatywnym. Przyjęte przez niego grzyby, połączone z amfetaminą spowodowały rozległy zawal serca.

KOKAINA + ALKOHOL
Niedawno stwierdzono, że w wyniku przemiany tych dwóch środków w wątrobie powstaje dodatkowy, trzeci związek chemiczny – cocaetylan, który wzmacnia euforię, ale jest też odpowiedzialny za nagłe zgony w wyniku uszkodzenia układu krążenia. U osób przewlekłe przyjmujących te środki szybko narasta toksyczna marskość wątroby.

29 letni mężczyzna „chciał wyjść przez zamknięte okno”. Do Kliniki medycyny Ratunkowej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Ju-

rasza trafił z licznymi ranami. Był pobudzony, zachowywał się w sposób niezrozumiały, negował przyjmowanie substancji psychoaktywnych. Po badaniu okazało się, że był pod wpływem amfetaminy i ecstasy.

ECSTAZY + ALKOHOL
Alkohol znacznie wzmacnia i przedłuża charakterystyczne dla ecstasy zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej. Takie połączenie to zabójstwo dla wątroby. Poza tym alkohol dodatkowo odwadnia organizm – w większości przypadków śmierci spowodowanej hipertermią u zmarłych wykryto obecność tych środków.

To tylko dwa przypadki ze 160, które w 2008 roku przyjęto do Kliniki Medycyny Ratunkowej Szpitala Uniwersyteckiego im. Ju-rasza z powodu zatrucia substancjami psychoaktywnymi. Najczęściej, jak mówi dr n. med. Joanna Hałas, spowodowanych mieszaniem alkoholu z lekami i innymi substancjami psychoaktywnymi. Większość ma potem nieodwracalnie uszkodzone narządy wewnętrzne, czy trwałe zmiany w psychice. Pacjenci to najczęściej osoby między 21 a 30 rokiem życia i w przedziale 50–60 lat. Najmłodszy miał 16 lat, najstarszy 78 – przedawkował leki uspokajające.

80 proc. chorych, zatrutych substancjami psychoaktywnymi trafia do Kliniki po próbach samobójczych. Specjaliści twierdzą, że właśnie osoby uzależnione nawet 6 razy częściej odbierają sobie życie. Nie rzadko podejmują takie decyzje pod wpływem narkotyków. „Ryzyko wzrasta jeszcze w zespole abstynencyjnym, w stanach depresyjnych, lękowych – mówi Krzysztof Rosa, socjolog i suicydolog z Zakładu Socjologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – W 2008 roku prawie 30 proc. samobójców stanowili uzależnieni.”

Specjaliści uważają, że nie ma bezpiecznych narkotyków. Nigdy nie wiadomo co zawiera spożywana substancja. Towar od dilerów jest często zanieczyszczony np. amfetamina może mieć w składzie kofeinę, mleko w proszku, talk, glukozę, mielone

Dokończenie na str. 4

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Centrum
med.s.c.

CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO POMOC PSYCHOLOGICZNA
PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ
ul. Równa 4; 85-846 Bydgoszcz
rejestracja tel. 792 793 943; 788 381 796

profesjonalnie i dyskretnie!

DETOKSYKACJA NARKOTYKOWA, ODTRUCIA ALKOHOLOWE, psychoterapia uzależnień i współuzal.,
terapia indywidualna, par, rodzin, grupy wsparcia, praca z dziećmi i młodzieżą, HAZARD, MULTIMEDIA



Dokończenie ze str. 3

LEKI USPOKAJAJĄCE I NASENNE
Przyjmowane w sposób niekontrolowany mogą powodować uzależnienie, apatię, senność, śpiączkę, spowolnienie koordynacji ruchowej. Łatwo je przedawkować, szczególnie w przypadku łączenia z innymi substancjami psychoaktywnymi.

szkło a nawet substancje trujące np. strychninę. Narkotyk nie przechodzi wieloetapowych badań klinicznych, żadna ulotka nie określi szczegółowych reguł jego stosowania, nikt nie opisze działań niepożądanych. Terapeuci zajmujący się uzależnieniami opisują niepokojące zjawisko. „Mamy wrażenie, że problem używania niektórych substancji jest bagatelizowany. Głośno jest o narkotykach o słabym działaniu, które nie uzależniają np. marihuana traktowana jako zupełnie bezpieczny narkotyk (od red. w sieci można znaleźć wiele stron wychwalających „ziele”, oferujących sprzet do palenia, czy uprawy). Tymczasem wcale tak nie jest, jej palenie grozi np. rozwinięciem schizofrenii. Dzisiejsza, genetycznie modyfikowana „trawka”, jest o wiele mocniejsza i bardziej uzależniająca niż kilkadziesiąt lat temu, gdy palił ją Clinton. 90 proc. palących sięga potem po inne narkotyki. Kolejne niebezpieczne środki to dopalacze. Wpuszczono na nasz rynek zupełnie niezbadane substancje! W Bydgoszczy są dostępne już w dwóch sklepach. Jeden z nich nazywa się „Coffee shop” i reklamuje go hasło: moc zabawy w jednym miejscu. Można tu kupić substancje, które jeszcze nie są na liście środków zakazanych – np. mieszaniny ziół wywołujących halucynacje, środki chemiczne takie jak nawozy do kwiatów, które mają takie działanie jak opium czy amfetamina.”

Czyj problem?

Może być każdego. Zdarza się, i wcale nie rzadko, że substancji psychoaktywnych nadużywają także pielęgniarki i lekarze.

Doktora House’a z popularnego amerykańskiego serialu znają wszyscy. Nie jest miły dla pacjentów, ma kontrowersyjne podejście do leczenia, ale jest wnikliwy, błyskotliwy i zawsze stawia trafne diagnozy. Uratował już masę nierokujących przypadków. Jest jeszcze jedno: spożywa duże ilości przeciwbólowego vicodinu. Długo, długo nadużywanie wydawało się nie mieć na niego żadnego negatywnego wpływ, ale do czasu... W ostatnim odcinku piątej serii filmu prześladowany przez duchy dwóch nieżyjących kolegów, wy-czerpany, decyduje się na leczenie.

AMFETAMINA
Niski poziom czystości. Po ustaniu działania: uczucie zmęczenia, wyczerpania, depresja, utrata apetytu, zaburzenia snu, agresja – powrót do formy może trwać kilka dni. Powoduje wzrost ciśnienia, niewydolność krążenia, zawał serca, udar mózgu. Silnie uzależnia psychicznie, może rozwinąć się psychoza amfetaminowa – lęki, urojenia, natręctwa.

„Z moich obserwacji wynika, że problem nie dotyczy tylko marginesu społecznego, ale też ludzi dobrze usytuowanych, którzy zaczynają używać substancji psychoaktywnych, bo np. chcą w ten sposób przyspieszyć swoją karierę, poprawić wyniki intelektualne, czy psychofizyczne – mówi doktor Joanna Hałas – Wśród naszych pacjentów zdarzają się także studenci medycyny, którzy w ten sposób „radzą” sobie z ciężkimi studiami. Stanowią jednak niewielki odsetek, bo świadomości działań ubocznych przyjmowanych środków nie przychodzą po pomoc lekarską. W 2008 r. przyjęliśmy także dwóch lekarzy. Tacy pacjenci trafiają do nas jednak dopiero wtedy, gdy dochodzi do dysfunkcji układów zagrażających zdrowiu i życiu. Ich wiedza, doświadczenie, sprawia, że albo ukrywają się ze swoim problemem, radzą sobie sami, albo korzystają z pomocy znajomych czy prywatnych ośrodków.”

Kłopoty z narkotykami mogą dotyczyć każdej rodziny. W poradni dla rodziców dzieci uzależnionych można spotkać ludzi każdego zawodu, także lekarzy i psychologów, chociaż wydawałoby się, że przed nimi fakt zażywania narkotyków przez ich dziecko nie ukryje się na pewno. Osoby używające substancji psychoaktywnych są także pacjentami lekarzy rodzinnych, ale jak mówią terapeuci od spraw uzależnień, ci rzadko są wrażliwi na problem uzależnień. Za to często trafiają do nich dzieci kierowane przez pediatrów. „Żyjemy w takich czasach, że warto być wychowanym na problemy związane z substancjami psychoaktywnymi – twierdzi Robert Rejniak – Skłonności do migreny, bóle głowy, brzucha, pleców, zaburzenia snu i łaknienia – takie objawy mogą być spowodowane stresem, ale mogą także wiązać się z reakcją organizmu lub abstynencją po środkach przeciwbólowych czy narkotykach.”

Gdzie szukać pomocy: Poradnia Profilaktyki i Pomocy Rodzinie PTZN ul. Dworcowa 23 Bydgoszcz, tel.: 52 371 19 08 w godzinach 15–19, ptznbydg@op.pl, www.ptz.org.pl; **Młodzieżowy Ośrodek Profilaktyki i Wczesnej Terapii Monar** ul. Św. Trójcy 15, Bydgoszcz, tel. 52 345 88 88 w godz. 12–20, monarbydgoszcz@o2.pl, www.monar.info; **Bydgoski Ośrodek Rehabilitacji i Terapii Uzależnień BORPA** ul. Przodowników Pracy 12 Bydgoszcz, tel. 52 375 54 05 w godz. 8–20 oraz **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum-Med. s.c. (Poradnia Uzależnień)** ul. Równa 4 Bydgoszcz, rejestracja: tel. 792 793 943 lub 508 301 341.

**Uzależnienia a śmierć – konferencja pod takim tytułem odbywała się w Bydgoszczy w październiku 2009. Zorganizowało ją Polskie Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii o/Bydgoszcz.*

Perły Medycyny 2009

III edycja ogólnopolskiego konkursu Perły Medycyny rozstrzygnięta! 14 listopada złotymi, srebrnymi i brązowymi „Perłami Eskulapa” nagrodzono najlepsze zakłady opieki zdrowotnej oraz firmy działające na rynku medycznym. W konkursie, w 14 kategoriach, rywalizowało 60 jednostek.

Miło nam donieść o sukcesach placówek z naszego regionu: w kategorii – zakłady lecznicze, rehabilitacja i opieka długoterminowa – III miejsce zajął Bydgoski Ośrodek Rehabilitacji, Terapii Uzależnień i Profilaktyki „BORPA”; II miejsce w kategorii – szpitale wielospecjalistyczne powyżej 400 łóżek – 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy, w tej samej kategorii wyróżniono PSZOZ w Inowrocławiu.

a.b.

Na zdjęciu od lewej: Aleksandra Lubińska – dyrektorka Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej UM w Bydgoszczy i Barbara Domagała, dyrektorka ośrodka „BORPA”



Po raz pierwszy w Polsce!

W październiku 2009 w Oddziale Urologii i Urologii Onkologicznej z Pododdziałem Chemioterapii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizieła w Bydgoszczy, kierowanym przez dr n. med. Piotra Jarzemeskiego przeprowadzono pierwsze w Polsce zabiegi implantacji systemu Pro Act u chorych z nietrzymaniem moczu po prostatektomii radykalnej. Zabiegi przeprowadził dr Jacek Szyperski wraz z dr Johannem Wachterem z Oddziału Urologii i Andrologii Donnauspital we Wiedniu w Austrii. Poniżej artykuł doktora Szyperskiego na temat problemu oraz nowych możliwości leczenia.

Jacek Szyperski

Znaczącym problemem pacjentów, którzy w wyniku radykalnej prostatektomii z powodu raka stercza zostali wyleczeni z choroby nowotworowej, pozostają nieuniknione następstwa zabiegu operacyjnego w postaci wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) i zaburzeń erekcji (ED). Stąd poszukiwania nowych możliwości leczenia dla tych chorych. Nietrzymanie moczu, które jest wynikiem uszkodzenia unerwienia i samego zwieracza, może występować w kombinacji z niestabilnością wypieracza lub jako samo uszkodzenie zwieracza lub niestabilność wypieracza. Niestabilność wypieracza można leczyć farmakologicznie, jednak uszkodzenie zwieracza zazwyczaj wymaga leczenia zabiegowego.

Pomimo znacznego postępu w technice operacyjnej, w tym zastosowania metody laparoskopowej, nadal 2–5% pacjentów po roku od zabiegu radykalnej prostatektomii cierpi na jakiś stopień nietrzymania moczu. WNM stanowi znaczący problem, a w przypadku niepowodzenia rehabilitacji jedynym rozwiązaniem jest leczenie zabiegowe. Duże nadzieje wiązano z zastosowaniem iniekcji z kolagenu, silikonu czy też kwasu hialuronowego, tłuszczu – jednak wyniki takiego leczenia nie są zadowalające i efekt pogarsza się z upływem czasu. Implantacja sztucznego zwieracza typu AUS pozostaje „złotym standardem” szczególnie dla chorych z całkowitym lub znacznym uszkodzeniem systemu zwieraczowego. Jest to jednak procedura droga, obciążona ryzykiem powikłań i u pewnego odsetka wymagająca powtórnej rewizji. Pewne znaczenie w leczeniu wysiłkowego nietrzy-

mania moczu mają różne techniki z zastosowaniem slingów podcewkowych.

Wśród chorych z WNM po prostatektomii radykalnej jedynie ok. 10% to chorzy z całkowitym uszkodzeniem zwieracza cewki moczowej, kwalifikujący się do implantacji sztucznego zwieracza typu AUS, a ok. 90% to chorzy z częściowym nietrzymaniem moczu. Dla tej dużej grupy chorych z niepełnym trzymaniem moczu zaprojektowano **regulowany hydraulicznie system leczenia minimalnie inwazyjnego typ ProAct**. Leczenie to jest popularne od pewnego czasu w USA i Europie Zachodniej, szczególnie w Austrii. System ten jest także przydatny do leczenia nietrzymania moczu po TURP z powodu BPH, dla chorych po cystectomii oraz kobiet z niepowodzeniem leczenia nietrzymania moczu innymi metodami. Zabiegi przy użyciu systemu ProAct nie były dotąd wykonywane w Polsce.

W związku z zapotrzebowaniem pacjentów, szczególnie z częściowym nietrzymaniem moczu, na propozycję leczenia i brakiem oferty z zastosowaniem systemu ProAct w Polsce, podjęliśmy ten nowy temat i sprowadziliśmy do Polski implanty oraz niezbędne instrumentarium dla pierwszych pacjentów. Zaprosiliśmy jednocześnie kolegów urologów z Donauspital z Wiednia, z przodującego w Europie ośrodka w zakresie stosowania implantów ProAct. Przy ich pomocy dokonaliśmy w dniu 14 października 2009 pierwszych pięciu zabiegów tego typu w Polsce.

Implanty ProAct wykonane są z silikonu, a każdy zestaw zawiera dwa silikonowe balony z tytanowym portem do regulacji ich wypełnienia. Implanty balonowe umieszczane

są przy pomocy specjalnie zaprojektowanych trokarów ponad przeponą moczowo-płciową w okolicy uszkodzonego zwieracza cewki moczowej, z dostępu przez dwa niewielkie nacięcia skóry kroczu. Zabieg odbywa się pod kontrolą RTG i cystoskopii. Tytanowe porty umieszcza się tuż pod skórą moszny, umożliwiając one późniejszą regulację wypełnienia implantów balonowych stosownie do potrzeb pacjenta, tak by pacjent był „suchy”, a jednocześnie, by uniknąć zatrzymania moczu. Sam zabieg trwa około 15–30 minut i nie jest obciążający dla chorego, a w drugiej dobie chory udaje się do domu. Zaletą systemu jest też sam sposób regulacji, nie wymaga manipulacji przez chorego przy każdej mikcji, materiał jest nieabsorbowalny, a przypadku niepowodzenia implant jest łatwo usuwalny, sama procedura jest powtarzalna.

Efekty takiego leczenia opisywane w piśmiennictwie zachęciły nas do zainteresowania metodą i są bardzo zachęcające. 84% pacjentów podaje poprawę po leczeniu, w tym całkowitą – 68%, a częściową – 16%. Średnie zużycie wkładek, stosowanych przy nietrzymaniu moczu maleje z 5,31 na dobę do 1,24 wkładki po roku od zabiegu i średnio ok. 0,5 wkładki w dalszym okresie obserwacji. Z możliwych powikłań wymieniamy się perforację cewki lub pęcherza moczowego, migrację implantu, erozję cewki, infekcję. Według piśmiennictwa wyższość systemu ProAct nad innymi metodami stanowi dobry efekt w obserwacji długofalowej, wynikający głównie z możliwości regulacji w każdym czasie po zabiegu, jak i prostoty systemu, w porównaniu choćby do zwieracza AMS.

Pierwsze zabiegi wzbudziły dużą nadzieję i zainteresowanie u naszych chorych, czas na własną ocenę – tej nowatorskiej w warunkach polskich metody – przyjdzie w przebiegu dalszej, długofalowej obserwacji efektów leczenia z zastosowaniem systemu ProAct.

Jacek Szyperski chirurg, urolog FEBU





Szpital kiedyś...



...i obecnie

Pięćdziesiątka „Szpitala na Kapuściskach”

Kilka kilometrów za miastem, na wzgórzu, z dala od zgiełku i hałasu, przy ul. Solnej (obecnie Szpitalnej), w szumiącym sosnowym lesie przygotowano teren pod budowę szpitala – placówki tak bardzo potrzebnej Bydgoszczy. Był to rok 1953.

Trwająca 6 lat budowa szpitala została oficjalnie zakończona 30 grudnia 1959 roku, ale już wcześniej – w lipcu 1959 r. Prezydium Miejskiej Rady Narodowej w Bydgoszczy powołało komisję rozruchu szpitala na Kapuściskach. Uroczyste otwarcie Szpitalu Ogólnego Nr 2 otrzymał imię dr. Emila Warmińskiego, został przekazany w użytkowanie „do rąk” dyrektora szpitala – dr. med. Jana Masełkowskiego. W dniu 30 grudnia 1959 r. Szpital Ogólny nr 2 liczył 250 łóżek. Uruchomiono oddziały:

- Wewnętrzny, którego ordynatorem był dr Kazimierz Jachołkowski,
- Położniczy, którego ordynatorem był dr Edmund Dzionara,
- Ginekologiczny, którego ordynatorem był dr Zenon Bardowski,
- Noworodkowy, którego ordynatorem była dr Jadwiga Michalak-Bobrowska.

Już w połowie stycznia 1960 roku ruszył także:

- Oddział chirurgiczny i blok operacyjny kierowany przez ordynatora oddziału dr. med. Bogumiła Suszko i jego zastępcę dr. med. Zbigniewa Kowiańskiego,
- Oddział laryngologiczny, prowadzony przez dr. med. Jana Masełkowskiego,
- Pracownia RTG, którą kieruje dr Wanda Wojciechowska.

W czerwcu 1960 r. zostały oddane do użytku: Oddział Gruźlicy Dziecięcej, kierowany przez doktora Stanisława Górskiego oraz laboratorium analityczne i bakteriologiczne, równocześnie zorganizowano przedszkole, szkołę dla dzieci i kuchnię mleczną dla najmłodszych. Pod koniec 1960 roku uruchomiona została apteka szpitalna pod kierownictwem mgr Janny Szyszymar.

W roku 1961 rozpoczął funkcjonowanie Zakład Anatomii Patologicznej i Histopatologicznej, a w 1962 r. zostały uruchomione: gabinet stomatologiczny oraz wytwórnia płynów infuzyjnych i punkt krwiodawstwa. W 1969 r. szpital wzbogacił się o nową komórkę reanimacji i intensywnej terapii, rok później zostały utworzone przychodnie przyszpitalne.

Z dniem 15 sierpnia 1973 r. następuje zmiana na stanowisku dyrektora szpitala – po 14 latach sprawowania funkcji przez dr. Masełkowskiego zastąpił go na tym stanowisku lek. med. Janusz Mąka. 1 lipca 1975 r. powołano Zespół Opieki Zdrowotnej nr 1 w Bydgoszczy, którego dyrektorem został dr Andrzej Przeniewski.

Na koniec 1973 r. stan łóżek w szpitalu wynosił 285, a załogę stanowiła 450 osobowa grupa lekarzy, felczerów, pielęgniarek, położnych, salowych oraz pracowników administracyjno-technicznych i gospodarczych.

W 15-lecie swojej działalności Szpital Ogólny nr 2 liczył 285 łóżek. W okresie od 1960 r. do 1975 r. w Szpitalu urodziło się 37 tys. 638 dzieci. Ogółem leczono w tym czasie 130 tys. 693 pacjentów, wykonano ponad 29 tys. zabiegów operacyjnych, 1 mln 805 tys. 488 badań analitycznych. Pracownia RTG wykonała 166 tys. 928 zdjęć, 29 tys. 779 prześwietleń. Pracownia EKG wykonała 39 tys. 782 badania, przeprowadzono 69 tys. 296 zabiegów fizykoterapeutycznych oraz przetoczono pacjentom 11 mln 832 tys. 926 l krwi. W czerwcu 1976 r. powołano 7-łóżkowy Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, którego ordynatorem została dr Teresa Trzcińska, na Oddziale Wewnętrznym uruchomiona została 3-łóżkowa sala intensywnego nadzoru kardiologicznego. W grudniu 1978 r. uruchomiono III Oddział Położniczo-Noworodkowy (na 18 łóżek). Zwiększyła się tym samym do 75 liczba łóżek położniczych na wszystkich trzech oddziałach. Ogólna liczba łóżek pionu wyniosła 157.

Po długim okresie oczekiwania w dniu 28 marca 1981 r. uruchomiony został pawilon szpitalny, połączony „łącznikiem” z budynkiem głównym. W pawilonie, na I piętrze oddano do użytku Oddział Dziecięcy Wewnętrzny liczący 34 łóżka, którego ordynatorem został dr Andrzej Nagórny-Martynowski. Na Oddziale tym hospitalizowane były dzieci w wieku 2–18 lat. 17 listopada 1982 r. w szpitalu im. dr. Emila Warmińskiego uruchomiono 38-łóżkowy Oddział Niemowlęcy, na którym hospitalizowane były dzieci w wieku 0–2 lat.

W czerwcu 1992 r. Zespół Opieki Zdrowotnej przekształcono w publiczny zakład opieki zdrowotnej pod nazwą „Szpital im. dr. Emila Warmińskiego w Bydgoszczy”, podlegający Wojewodzie Bydgoskiemu. W latach 1992 do 1994 dyrektorem szpitala był dr Jarosław Szulczyński. Szpital z dniem 1 stycznia 1994 r. stał się jednostką podporządkowaną Radzie Miasta Bydgoszczy. W latach 1995 do 1999 funkcję dyrektora szpitala pełnił dr Czesław Świątczak. Rada Miasta w dniu 24 września 1997 r. Uchwałą Nr XLII/730/97 zatwierdziła zmiany w Statucie Szpitala, polegające m.in. na zmianie nazwy Szpitala na: „Szpital Miejski im. dr. Emila Warmińskiego w Bydgoszczy”. Od 1999 roku do roku 2006 dyrektorem szpitala był dr Andrzej Lipkowski. Rada Miasta Bydgoszczy Uchwałą z dnia 24 kwietnia 2002 r. zatwierdziła zmianę nazwy Szpitala na: „Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. Emila Warmińskiego – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy”.

1 stycznia 2005 w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim zaczęło działać Centrum Małoinwazyjnych Technik Medycznych w zakresie chirurgii ogólnej, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otolaryngologii, urologii, chirurgii onkologicznej oraz gastroenterologii w trybie ambulatoryjnym i hospitalizacji jednodniowej.

Od 16 maja 2006 roku placówką zarządza mgr Krzysztof Tadrzak.

10 października 2007 w miejsce istniejącego Oddziału Chorób Wewnętrznych, w związku z rozszerzeniem działalności o diagnozowanie i leczenie nieinwazyjne pacjentów ze schorzeniami nerek zostaje powołany Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii.

Oddział Kardiologii rozszerza swoją działalność i zaczyna prowadzić rehabilitację pacjentów kardiologicznych po tak zwanych ostrych zespołach wieńcowych oraz po zabiegach chirurgicznych takich jak: by-pasy, wszczepienie sztucznych zastawek. W związku z powyższym Oddział Kardiologii zostaje przekształcony w Oddział Kardiologii i Rehabilitacji Kardiologicznej.

13 grudnia 2008 roku zapada decyzja o połączeniu Oddziałów Ginekologicznego i Położniczego. Zostaje powołany Oddział Ginekologii, Położnictwa i Patologii Ciąży, który jest jednym z większych oddziałów położniczo-ginekologicznych w Polsce.

W dniach 29–30 stycznia 2009 r. w Wiospecjalistycznym Szpitalu Miejskim przeprowadzono certyfikację systemu zarządzania jakością zgodnie z wymaganiami normy ISO 9001:2008. Nasza placówka, jako pierwszy szpital w województwie kujawsko-pomorskim, otrzymała pełną certyfikację zgodnie z najnowszą normą w zakresie świadczenia usług medycz-

nych, leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, rehabilitacji oraz diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej.

Minęło 50 lat. Nasz Szpital ciągle się rozwija. Każda zmiana, jaka ma miejsce jest sukcesem jego wszystkich pracowników, którzy w swoich dążeniach pamiętają o misji Szpitala:

„Uczynimy wszystko, by leczyć na najwyższym poziomie tak, aby Pacjent i jego bliscy czuli się u nas bezpiecznie”

Na podstawie kronik i notatek spisanych przez pracowników szpitala – opracowała Lidia Zudzin i Kinga Zakrzewska



Rocznicowe pozdrowienia z Tanzanii

Dawno, dawno temu, kiedy Polska była jeszcze zupełnie innym krajem, niezbyt pomyślne zrządzenia losu zmusiły mnie do zmiany moich świetlnych planów życiowych i zamiast poświęcenia się chwalebnej karierze naukowej na mojej Alma Mater, to jest AM w Lublinie, zdecydowałem się przenieść do Bydgoszczy. Oferta jak na tamte czasy „zapłutej komuny”, a prawdę mówiąc także późniejsza była niezwykle zachęcająca. Miejski Wydział Zdrowia, a personalnie dr Mąka oferowali rozpoczęcie pracy w wybranej specjalności i obiecywali uzyskanie w krótkim czasie własnego spółdzielczego mieszkania. Nigdy nie zapomnę mojej pierwszej jazdy nocnym pociągiem z Lublina do Bydgoszczy w styczniu 1970 roku. Pociąg przyjechał wczesnym świtem, kiedy było jeszcze ciemno i piekielnie zimno, przez pokryte szronem okna niewiele było widać. Kolejnym etapem była jazda trzęsącym się i zgrzytającym tramwajem, który opuścił słabo oświetlone ulice miasta i zmierzał w ciemności do tajemniczych i niepokojących mnie nie-ko Kapuścisk. Potem było już lepiej.

Szpital na Kapuściskach, bo tak się o nim powszechnie mówiło, pomimo oddalenia od centrum i swojego ograniczonego w porównaniu z ówczesnym Szpitalem Wojewódzkim, rozmiaru cieszył się dobrą renomą. Myślę że nie przesadzę jeśli dodam że ówczesny oddział chirurgiczny, w którym było mi dane rozpocząć pracę cieszył się szczególnym uznaniem. Wielu naszych pacjentów deklarowało, że wybrało nasz oddział świadomie licząc się, że uzyskają tu solidną chirurgiczną pomoc bez narażenia na różnego rodzaju niewygodne sytuacje. Myślę, że w tamtych czasach było to poniekąd naszą dewizą, przysparzającą nam dodatkowej popularności. Solidna chirurgia, którą reprezentował mój pierwszy szef dr Suszko, a następnie dr Kowiański, który dodawał „my tu nie eksperymentujemy” przysparzały nam zwolenników. Nie znaczy to, że nie usiłowaliśmy unowocześniać naszego zawodowego warsztatu i nie iść z duchem czasu. Prawie czterdzieści lat temu, kiedy laparoscopia nieśmiało wchodziła do zabiegów ginekologicznych,

a prawie nie było o niej słyhać w chirurgii, stosowaliśmy ją dla celów diagnostycznych, głównie oceny makroskopowej wątroby. Pamiętam historyczne w tamtych czasach wprowadzanie elektrody do komory serca razem z dr Petrykowską, pamiętam intrygujące nas początki ultrasonografii. Potem mój „niespokojny duch” spowodował, że zacząłem podróżować po świecie. W tamtych dawnych, „szarych”, czasach było to poniekąd wyzwanie i kto w nim zasmakował zostawał „zainfekowany” po wsze czasy. Tak też się stało ze mną. Wyjeżdżałem i wracałem do mojego szpitala, ale kiedy powroty stały się coraz trudniejsze, w 1991 roku wyjechałem do Tanzanii i trwam tu do dzisiaj w roli „uniwersalnego” misyjnego chirurga. Jeżeli kogoś to zainteresuje to zapraszam na stronę internetową www.republika.pl/r_jankiewicz

Pomimo oddalenia o prawie osiem tysięcy kilometrów staram się utrzymywać kontakt z moimi dawnymi kolegami i przyjaciółmi z Bydgoszczy i mojego dawnego szpitala, jak na przykład z doktorami: Głowackim, Musolfem i Gradzewiczem.

Łączę pozdrowienia – Ryszard Jankiewicz



Pamiętkowe zdjęcie z oddziału chirurgicznego szpitala na Kapuściskach, autor – drugi od lewej, u góry

O NAS SAMYCH

Zamieszczamy poniżej trzy, jakże różne teksty. Wszystkie traktują o pracy lekarzy. Pominę może listy pochwalne, ciesząc się niezmiennie, że wzajemnie doceniamy swoją sztukę. Skupmy się na tekście – liście od pacjenta. Można powiedzieć, pewnie nie bez racji, że ktoś ciężko chory, wylewa swoje żale na los, Boga czy świat. Ale chyba coś więcej jednak jest na rzeczy. Choć i mi samemu dostało się w tym liście, muszę przyznać, że doświadczyłem podobnych sytuacji. Wielu Kolegów dyskredytuje innych w oczach pacjentów, komentując wyniki ich badań, operacji czy powiedzmy wyglądu blizny. Taki przykład. Przychodzi chory z ropiejącą raną po zabiegu. Lekarz pyta: „Kto Pana operował?”. Odpowiedź: „dr Igrek”. „Aha, i pan tak świadomie go wybrał?”. Wystarczy. A nawet można podobną „rozmowę” odbyć niewerbalnie. Miną, chrząknięciem, czymkolwiek, co zaniepokoi.

Myślę, że – pominąwszy sytuację chorego na raka pacjenta – powinniśmy zastanowić się głębiej nad tym listem. Czasem próba spojrzenia na siebie z zewnątrz jest trudna. Ale nikt nie obiecywał nam, że będzie łatwo.

Wojciech Szczesny



List od pacjenta

Przeczytałem artykuł „Brudnych nie badam” („GW”; 21.08.2009) i opadła mi szczęka z zachwyty nad odwagą doktora. A podziw jego kolegów po fachu, którzy z braku odwagi jedynie szepczą o tym po katach, to już rzucił mnie na kolana. Może idźmy o krok dalej i ustanówmy medal za odwagę w strofowaniu pacjentów? Żeby nie było wątpliwości – zgadzam się z dr. Pileckim w sprawie brudu, ale mówienie o odwadze w takiej sytuacji uważam za żalosne. Sami sobie nie mają nic do zarzucenia?

Mam raka. Leczę się od 3 lat. Być może miałem wyjątkowego pecha, ale na 7-miu lekarzy z którymi stykałem się w szpitalu, tylko jeden zachował się profesjonalnie i taktownie. Widocznie dla każdego z tych 6-ciu jestem już martwy. Przepraszam, że żyję.

Lekarze są niechlujni w wykonywaniu swoich obowiązków (a może raczej niedouczeni?).

Kiedy na samym początku leczenia zjawiałem się u onkologa z wynikiem tomografii, bardzo zdenerwował go niekompletny opis badania i dosłownie rzucił dokumentację w moim kierunku, wykrzykując, że dla niego jest to bezwartościowe. A przecież to było „dzieło” jego kolegi po fachu i to do niego powinien zgłaszać reklamacje. Pewnie nie miał odwagi. I mimo niepełnej dokumentacji zdecydował o rozpoczęciu chemioterapii.

Po I cyklu chemioterapii ten sam onkolog powiedział mi, że chyba pomylił się z wyliczeniem dawki leku dla mnie. Ani słówka wyjaśnienia, czy choćby „przepraszam”. Zmienił lek i na tym koniec.

Kolejna sprawa. Skoro na zadane konkretne pytanie dotyczące morfologii każdej (z 3-ach pytanych lekarzy) odpowiada inaczej – czy można to nazwać inaczej niż niedouczenie?

Skierowano mnie na konsultację do laryngologa, który badał mnie pierwszy raz (poprzedni lekarz zmienił miejsce pracy). Bez oglądania wyników tomografii ocenił, że guz zmniejszył się o ponad 50%. Dlaczego nie 10% czy 90%, skoro nie wiedział, jak to wyglądało na początku leczenia i nie wykonał kolejnej tomografii? Jasnovidz? Ciekawe, gdzie nauczył się tego. Na podstawie tej „oceny” zaaplikowano mi drugą chemioterapię.

Rzecznik Izby Lekarskiej pisał o „wszechogarniającym chamstwie” („GW”; 27.08.2009). Rzeczywiście, tak jest. Mogę dorzucić parę takich „kwiatków”.

Tuż po rozpoczęciu radioterapii zadałem jedno pytanie lekarzowi nadzorującemu naświetlania. Jego odpowiedź: „To już powinien pan dawno wiedzieć” i ani słowa wyjaśnienia więcej. Korona z głowy spadłaby mu, gdyby odpowiedział? A mówi się, że kto pyta, nie błądzi.

Po pobycie w szpitalu skierowano mnie na konsultację do specjalisty. Zapoznał się z historią choroby, zbadał mnie i powiedział: „skoro tamci lekarze zaczęli leczenie, to niech je dokończą”. I odesłał mnie z powrotem. Jeśli między lekarzami są jakieś konflikty, to niech je rozgrywają między sobą, bez wciągania w to pacjenta.

Przeczytałem dwa poradniki dla osób z takim rakiem jak mój, i pojawiły się dwa pytania. Kiedy, dopiero na 7-mej z kolei wizycie, odważyłem się zadać je lekarzowi prowadzącemu, to z miejsca zostałem zrugany za zbyt wiele zadawanych przy każdym spotkaniu pytań. Zatkąło mnie i wyszedłem z gabinetu jak niepyszny. Myślę, że w moim przypadku popełniono kilka błędów i lekarz prowadzący (dobrze o tym wiedząc) zamiast skonsultować się z kimś po fachu lub przyznać się do błędu (co jednak wymaga od niego trochę odwagi), idzie po

najmniejszej linii oporu i strofuje mnie w nadziei, że więcej pytań z mojej strony już nie będzie.

I mam teraz problem, bo za miesiąc mam znów pojawić się przed (pewnie obrażonym) obliczem mojego specjalisty. Jeśli w dodatku tego dnia wstanie lewą nogą z łóżka, to mam przechlapane.

Gdybym zapytał na ulicy któregoś z tych lekarzy o drogę, z pewnością udzieliliby mi wyczerpujących informacji. Ale w szpitalu? To już zupełnie coś innego i to mimo mądrych zapisów w „Karcie Praw Pacjentów” czy poradnikach, o których wspominałem.

Ktoś może mi zarzucić, że przesadzam lub zmyślam. Jeśli tak, to niech przeczyta artykuł p. A.Domanowskiej „Pocałowałam Dudka po raz przedostatni” („GW”; październik 2008). Zrobił on na mnie przygnębiające wrażenie i właściwie to już nic teraz nie powinno mnie dziwić w zachowaniu lekarzy. Nie zabierałbym więc głosu, gdyby nie to rozczulanie się nad „odwagą” tak poszkodowanego lekarza.

Rolę rzecznika Izby Lekarskiej najlepiej streszcza zdanie z jego listu: „Mamy słabsze i lepsze dni. Sami też chorujemy i umieramy” – i to ma usprawiedliwiać wszystko. Rzeczywiście – wszyscy mają takie dni, tylko dlaczego ma to się odbijać na pacjentach? Nie idę do lekarza po to, by poprawić mu samopoczucie. Dla mnie nie jest więc to żaden argument na rzecz usprawiedliwiania bylejałości lekarzy. Lekarze chorują – to oczywiste, tyle tylko, że sobie bezproblemowo załatwią lepszą opiekę. Chociaż..., słyszałem, jak w poradni jedna z pacjentek żaliła się, że nie może zrozumieć, dlaczego po 30-tu latach pracy w służbie zdrowia, lekarz tak źle ją potraktował. Cóż, pewnie akurat miał zły dzień; i w dodatku nie wiedział, kogo bada.

Żdziwna sprawa, bo nic nie słyszałem o komentarzach lekarzy lub ich rzecznika na temat artykułu p. A.Domanowskiej. Pewnie znów brakuje im odwagi i tylko szepczą po katach.

Nie piję, nie palę i nie śmierzdę, a mimo tego jestem traktowany przez lekarzy jak odpad. Czy mogę być optymistą? Nie, skoro nie mogę nawet dostać odpowiedzi na pytania, które mnie niepokoją. Z uwagi na ten brak odwagi lekarzy nie mam nadziei, że znajdzie się jakiś, który zechce powiedzieć mi, co jest grane. Powiem więcej, zwrócono mi uwagę, że drażąc temat, mogę tylko sobie zaszkodzić. *Primum non nocere?*

Rzecznik pisze o edukacji pacjentów. Najlepiej byłoby, gdyby lekarze zaczęli ją od siebie.

Pozdrawiam – J.Z.

Dokończenie na str. 19

Choroba palaczy

Na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc cierpi około 2 mln Polaków. Zapadają na nią głównie palacze, także bierni. Wiele osób jednak o tym, że w ich organizmie drzemie zabójca, powoli odbierający im oddech, zwyczajnie nie wie. Lekceważą pierwsze objawy, takie jak: kaszel, odkrztuszanie płwociny, zadyszka podczas wysiłku, czy duszność i do lekarza trafiają za późno, kiedy biegu choroby odwrócić już nie można. Co roku z powodu POChP umiera 15 tys. z nich!

A wystarczyłoby wcześniej zadbać o profilaktykę. Wykonać proste badanie – spirometrię, w ten sposób poznając stan swoich płuc i oczywiście rzucić palenie. Bezpłatnie można to zrobić w 120 placówkach regionu (choćby rejestratorki w niektórych przychodniach nawet o tym nie wiedzą...). Tymczasem zainteresowanych brak. Od stycznia w kierunku POChP przebadano się w regionie 2 tys. 800 osób. Fundusz wydał 70 tys. złotych, chociaż planował znacznie więcej. Na trzy programy realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej: profilaktyki chorób odtytoniowych, chorób układu krążenia i gruźlicy w budżecie NFZ „odłożono” bowiem aż 2 mln. „Prawdopodobnie łącznie wydamy zaledwie 500 tys. złotych” – szacuje Barbara Nawrocka, rzeczniczka Kuj.-Pom. Wojewódzkiego Oddziału NFZ.

Dlaczego jest tak źle? Może Polacy nie rozumieją czym jest przewlekła obturacyjna choroba płuc? Z tym podobno jest coraz lepiej. „W 2004 roku tylko 2 proc. pytanych wiedziało, czym jest POChP. W 2008 roku powtórzyliśmy badania i ich liczba wzrosła do 24 proc.” – mówi dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, ordynator Oddziału Chorób Płuc i Niewydolności Oddechowej z Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy.

A może winni są lekarze, bo nie dbają o zdrowie swoich chorych, czy może pacjenci, bo nie dbają o swoje zdrowie, a może chodzi o coś jeszcze innego? Podobno – nie o pieniądze. W ramach programu, za poradę ze spirometrią, NFZ płaci 20 zł, bez tego badania 14 zł. „Pieniądze są wystarczające – mówi dr n. med. Tadeusz Dereziński, dyrektor Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Eskulap” w Gniewkowie, gdzie realizacja programu przebiega bez zarzutu i przebadano już chyba wszystkie osoby z tzw. grup ryzyka – Powody to: ciągły brak czasu personelu medycznego, niska świadomość pacjentów i samych lekarzy oraz niechęć ludzi do poddawania się badaniom profilaktycznym – Polacy nie chcą być zdrowi.”

Agnieszka Banach

Jak postępować z A/H1N1

Objawy: W większości przypadków choroba przebiega łagodnie. Podstawowy zestaw leków obniżających gorączkę i zmniejszających dolegliwości ze strony układu mięśniowego jest wystarczający. Nie zaleca się stosowania aspiryny. Nieskomplikowane przypadki grypy mogą być diagnozowane na podstawie objawów klinicznych.

Następujące objawy sugerujące cięższy przebieg choroby: wysoka gorączka trwająca dłużej niż 3 dni, spłycone oddechu lub uczucie duszności, obecność krwi w płwocinie, obniżenie ciśnienia krwi, znaczne osłabienie, zawroty głowy, odwodnienie, które może prowadzić do skąpomoczu i zapaści.

Leczenie antywirusowe jest zalecane:

- Osobom, które mają większe ryzyko ciężkiego przebiegu choroby (np. kobiety w ciąży, noworodki i dzieci do 2 roku życia oraz pacjenci z przewlekłymi chorobami płuc, przewlekłej sterydoterapii i innych przewlekłych chorób) – należy stosować leczenie antywirusowe bezzwłocznie w przypadku umiarkowanego przebiegu choroby.
- Osobom, u których stwierdza się ciężki lub pogarszający przebieg choroby.
- Kobiętom w ciąży zaleca się jak najszybciej kurację lekami antywirusowymi, niezależnie od przebiegu choroby (Uwaga – ostrożnie należy podawać do 3 miesiąca ciąży).
- Należy również leczyć lekami antywirusowymi niemowlęta i dzieci do drugiego roku życia, zwłaszcza jeśli mają inne choroby, a objawy grypowe narastają.
- Osoby z podejrzeniem zapalenia płuc winny być niezwłocznie leczone antybiotykami i lekami antywirusowymi.
- Leczenie antywirusowe nie jest zalecane osobom, które mają niepowikłany lub łagodny przebieg i nie są w żadnych z powyżej wymienionych grup wysokiego ryzyka.

Diagnostyka: Dostępne paskowe testy przesiewowe charakteryzują się bardzo niską swoistością (10–70% w zależności od producenta), dlatego też ich wyniki należy traktować z nieufnością.

Osoby z cięższym przebiegiem infekcji grypopodobnej należy poddać diagnostyce genetycznej, a leczenie wdrożyć nie czekając na wyniki testów.

Minister Zdrowia

Ewa Kopacz

Krajowy konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych

Andrzej Horban

100 lat Szpitala im. Janusza Korczaka w Szubinie

Placówka powstała 15 października 1909 roku w miejscu schroniska dla bezdomnych i ubogich. 6 listopada 2009 uroczystie obchodzono stulecie jej powstania. Więcej na ten temat w kolejnym – styczniowym numerze *Primum non nocere*.





**Robert
Kucharski**



**Katarzyna
Łachut**

Każdy człowiek potrzebuje wsparcia od innych. Szczególnie dotyczy to ludzi chorych. Problem nabrzmiewa w sytuacji, gdy choroba powoduje uzależnienie od innych i pomoc otoczenia staje się niezbędna. Choroba wymaga zaakceptowania przez osobę cierpiącą i jej otoczenie. Trudniej jest tego dokonać, gdy nie można uzyskać pomocy i wsparcia. Choroba jest też ciężkim doświadczeniem dla ludzi, którzy dostrzegają cierpienie bliskich. Wiedza na temat schorzenia umożliwia jego zrozumienie i ułatwia udzielanie pomocy.

Pracując od wielu lat z chorymi w wieku podeszłym zauważamy z niepokojem, że jest to grupa ludzi „wyrzucona poza nawias”. Bardzo często ani bliscy ani jednostki powołane do opieki medycznej nie zauważają problemów tych chorych, zwłaszcza, jeśli są to problemy psychiczne. Lekceważone są między innymi zaburzenia pamięci nawet, jeśli chory je zgłasza. Rzadko rozmawia się ze starszymi ludźmi na temat ich samopoczucia psychicznego, nastroju, pogody ducha i chęci życia. Wynika to niestety z „nowego” modelu życia, gdzie ludzie są cenni i zauważani, o ile są użyteczni. A przecież zapominamy, że starsi ludzie niosą nam informacje o naszej przeszłości, personifikują naszą tożsamość. Dzięki nim wiemy, jacy byli nasi bliscy, skąd się wzięliśmy tacy właśnie, jacy jesteśmy.

Starszy człowiek z niesprawnością psychiczną nie jest w stanie walczyć o swoje zdrowie. Staje się bezbronny. O ile młodzi

Starsi ludzie, gdy zachorują, są często pozostawieni sami sobie

Wyrzuceni poza nawias

mogą znaleźć wsparcie wśród członków rodziny czy znajomych, którzy są także młodzi, o tyle starsi mają bliskich, którzy sami są często niesprawni i schorowani. Starsi ludzie, gdy zachorują, są często pozostawieni sami sobie.

Ponad 10 lat temu, obserwując opisane zjawisko, jako lekarze praktycy postanowiliśmy zainicjować opiekę medyczną oraz nagłośnić problem zaburzeń psychicznych w wieku podeszłym. Uznaliśmy, że szczególnym zjawiskiem są zaburzenia pamięci, powodujące największą niesprawność i bezradność.

Początkowo przeprowadzaliśmy populacyjne badania przesiewowe dla wyłonienia osób cierpiących na opisane schorzenia. Po zebraniu grupy pacjentów okazało się, że opiekunowie chorych są obciążeni problemami związanymi ze schorzeniem, co najmniej w takim samym stopniu jak sami chorzy. Postanowiliśmy zainicjować powstanie stowarzyszenia opiekunów dla uzmysłowienia im faktu, że nie są pozostawieni sami sobie i dla nagłośnienia społecznego wymiaru problemu.

W 1999 roku powstało Bydgoskie Stowarzyszenie Opieki nad Chorymi z Otępieniem typu Alzheimerowskiego. Pielęgniarka, której bliska osoba cierpiała na chorobę Alzheimera zaangażowała się w rozwój idei propagowania wiedzy o chorobie. Była to pani Bożena Nowicka. I takie były nasze początki.

Lawinowo narastała liczba potrzebujących pomocy medycznej pacjentów. Początkowo w 1998 roku stworzyliśmy Poradnię Zaburzeń Pamięci przy Klinice Neurologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy korzystając ze wsparcia jej kierownika, profesora Romana Mazura. W poradni pracowało dwoje lekarzy neurologów (Anna Frankiewicz-Wołyńska i Robert Kucharski). Brakowało nam zarówno personelu jak i doświadczenia do stworzenia prawdziwie całłościowej opieki nad pacjentami.

Kolejną lokalizacją Poradni od roku 2001 stały się Przychodnia „Centrum” na Wałach Jagiellońskich i Dom Sue Ryder w Fordonie. Zawdzięczaliśmy to przychylności ich dyrektorów, doktora Eugeniusza Trochanowskiego i doktora Andrzeja Stachowiaka. Do zespołu dołączyli lekarze psychiatry (Katarzyna Diedrich i Katarzyna Łachut), neurolog (Marzena Ziółkowska-Kochan) i psycholodzy (Agnieszka Czajkowska i Kinga Jochim). Umożliwiło to prawidłowe diagnozowanie pacjentów i leczenie pełnego profilu schorzeń otępiennych (czyli również zabu-

rzeń psychicznych towarzyszących zaburzeniom pamięci).

Po odbyciu stażu w Oddziale Alzheimerowskim Kliniki Neurologii CSK MSWiA w Warszawie (u profesor Marii Barcikowskiej) zrodził się pomysł stworzenia ośrodka, w którym prowadzona byłaby diagnostyka, leczenie, działalność konsultacyjna, rehabilitacja poznawcza, ruchowa i zajęciowa oraz szeroko pojęta działalność edukacyjna i naukowa dotycząca schorzeń otępiennych.

Powstanie takiego ośrodka wymagało znalezienia i dostosowania odpowiednich pomieszczeń, określenia ram organizacyjnych, stworzenia i wyodrębnienia wielospecjalistycznego zespołu. Ośrodek taki udało się stworzyć w roku 2004 w Domu Sue Ryder dzięki dużemu zaangażowaniu Dyrektora (wspomnianego wcześniej doktora Andrzeja Stachowiaka).

Aktualnie **Centrum Psychoneurologii Wieku Podeszłego w Domu Sue Ryder** to jednostka medyczna zajmująca się całłościowo problemami psychicznymi i neurologicznymi charakterystycznymi dla wieku podeszłego (ze szczególnym sprofilowaniem na schorzenia neurodegeneracyjne). Zaletą ośrodka jest jego kompleksowość – w jednym miejscu działają zintegrowane zespoły diagnozujące i leczące powyższe schorzenia wieku podeszłego. Ze względu na specyfikę współwystępowania objawów psychiatrycznych i somatycznych, a szczególnie neurologicznych, konieczna jest współpraca lekarzy psychiatrów i neurologów. Centrum działa jako ośrodek diagnostyczno-konsultacyjny. W strukturze Centrum znajdują się: Poradnia Parkinsonizmu i Chorób Układu Popyramidowego, Poradnia Psychogeriatryczna i Leczenia Zaburzeń Pamięci, Dzielny Oddział Psychiatryczny Geriatryczny oraz Zespół Leczenia Środowiskowego w psychogeriatryi. Pacjentami zajmuje się personel mający wieloletnie doświadczenie w opiece nad pacjentami w wieku podeszłym. Są to: neurologi zajmujący się zaburzeniami pamięci, neurologi zajmujący się schorzeniami popyramidowymi, psychiatry, psycholodzy, pielęgniarki, terapeuci zajęciowi, rehabilitanci, pracownik socjalny.

Pod naszą opieką pozostaje około 2500 pacjentów. Udzielamy rocznie ponad 10 000 porad, a z możliwości hospitalizacji dziennej korzysta ponad 120 pacjentów.

W systemie opieki zasadnicze znaczenie ma fakt sprofilowania działalności medycznej członków zespołu. Neurologi sprawują

opiekę nad pacjentami ze schorzeniami otępiennymi, z możliwością korzystania z pomocy psychiatrów w razie powikłań psychiatrycznych. Psychiatrzy prowadzą pacjentów z dominującymi objawami psychiatrycznymi, korzystając z konsultacji neurologicznych w razie pojawienia się powikłań neurologicznych. Nie bez znaczenia jest fakt zaangażowania zespołu w działania edukujące społeczeństwo, pracowników opieki zdrowotnej oraz działalność naukową. Przez kilka lat istnienia ośrodka pracowało w nim wiele osób. Obecnie pacjentami opiekuje się ponad 20 osób personelu medycznego. Uważamy, że wymienienie dawnych i obecnych pracowników nakreśli stopień zaangażowania wielu osób w powstanie i działanie prężnej placówki. Są to: lekarze neurologi (Marzena Ziółkowska-Kochan, Ewa Trzebińska-Frydrychowska, Beata Wicherska, Robert Kucharski, Maciej Binek, Dionizy Fanslau, Andrzej Kościółkowski), lekarze psychiatry (Katarzyna Łachut, Katarzyna Diedrich, Aleksandra Seredyka, Paweł Kapała), psycholodzy (Kinga Jochim, Maria Nowak, Agnieszka Czajkowska, Marcin Woźniak, Szymon Nowak), pielęgniarki (Iwona Skumiewska, Gabriela Słomion, Barbara Pasternacka, Lidia Nowak, Jolanta Siwiec), terapeuci zajęciowi (Dominika Wyrzykowska, Magdalena Golec, Hanna Rutkowska), dietetyki (Joanna Scheffs), rehabilitanci (Justyna Lewandowska, Agnieszka Ficek, Magdalena Wysocka), pracownik socjalny (Hanna Siudut). W opie-

ce nad pacjentami pomagała także pani Jadwiga Kluszczyńska i liczne grono wolontariuszy Domu Sue Ryder.

Od początku naszej działalności spotykaliśmy się z życzliwością i wsparciem zarówno merytorycznym jak i osobistym konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii profesora Aleksandra Araszkiewicza.

Pomocy merytorycznej przy organizacji udzielali nam koledzy z Ośrodka Psychogeriatrycznego w Toruniu (Marzena Maryniak-Wiśniewska i Jarosław Łączkowski). Poszerzenie działalności zawdzięczmy w dużej mierze dobrej współpracy z lekarzami w regionie, którzy polecają nasz ośrodek swoim pacjentom.

Równolegle do działalności medycznej, pod przewodnictwem pani Bożeny Nowickiej działało utworzone Stowarzyszenie. Początkowo członkowie – wolontariusze organizowali spotkania w Klubie Osiedlowym na osiedlu Błonie. Po jego likwidacji gościnne progi otworzyły się w Zespole Szkół Medycznych przy ulicy Swarzewskiej, gdzie działalność trwa do dnia dzisiejszego. Stowarzyszenie organizuje cykliczne spotkania pacjentów i opiekunów. Podczas spotkań chorymi zajmują się terapeuci szkoły w ramach wolontariatu i zajęć szkolnych. Dla opiekunów organizowane są w tym czasie spotkania z psychologami, prelekcje edukacyjne i grupa wsparcia. Kilkakrotnie zorganizowano wyjazdy grupowe poza Bydgoszcz. Stowarzyszenie stara się o pozyskanie środków

finansowych dla wsparcia swoich inicjatyw jako organizacja pożytku publicznego.

Ideą naszej działalności jest współpraca pomiędzy opieką medyczną i organizacjami pozarządowymi, stąd nasza ścisła współpraca ze wspomnianym stowarzyszeniem. W tym roku obchodziliśmy 10-lecie naszej działalności, która zaczęła się od utworzenia powyższej organizacji. Wspólnie ze Stowarzyszeniem im. Sue Ryder i dzięki zaangażowaniu jej prezesa pani Aleksandry Burchackiej zorganizowaliśmy obchody rocznicowe w formie konferencji naukowej i spotkania towarzyskiego. Obchody odbyły się w Centrum Naukowo-Edukacyjnym im. Sue Ryder w Solcu Kujawskim 25 września br.

Naszym najbliższym celem jest edukacja rozumiana jako szerzenie świadomości o schorzeniach otępiennych i zdrowiu psychicznym w wieku podeszłym. Stąd powstała idea zorganizowania Szkoły Psychogeriatry im. Sue Ryder przy Stowarzyszeniu im. Sue Ryder.

Naszą działalnością chcielibyśmy zwrócić uwagę każdej osobie, która może zauważyć starszego, bezradnego człowieka i udzielić mu choćby porady, a niekiedy wsparcia.

Robert Kucharski, neurolog – Kierownik Centrum Psychoneurologii Wzrostu i Podeszłego Domu Sue Ryder w Bydgoszczy

Katarzyna Łachut, psychiatra – Kierownik Oddziału Dziennego Psychiatrycznego Geriatrycznego Domu Sue Ryder w Bydgoszczy

Agencja Ubezpieczeniowa Tomasz Czajkowski

zajmujemy się obsługą:

- obowiązkowych ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej lekarzy,
- ubezpieczeń NZOZ,
- ubezpieczeń pakietowych OC/AC/NW,
- ubezpieczeń domów i mieszkań.

Tomasz Czajkowski
ul. Opławiec 48 85-469 Bydgoszcz



PZU SA

www.czajkowski-ubezpieczenia.pl

pakiet OC/AC/NW

już od 2,4%!

Zadzwoń! Na pewno

Ubezpieczymy Twój samochód!

tel. 601 672 559, 052 581 66 33



Choroba Alzheimera i... picie kawy

Marek Jurgowiak

Wydlużanie się życia człowieka powoduje, że narasta bardzo szybko występowanie chorób określanych jako choroby wieku podeszłego. Należy do nich choroba Alzheimera.

Naukowcy przewidują, że jeżeli obecny kierunek zmian utrzyma się to w połowie XXI wieku będzie nawet czterokrotnie więcej chorych niż obecnie. Dlatego też każde nowe doniesienie ze świata nauki przybliżające nas do lepszego poznania źródeł tej choroby, a szczególnie wyniki badań dające nadzieję na lepsze, skuteczniejsze formy walki z tą wyniszczającą chorego i jego rodzinę chorobą wzbudzają tyle emocji.

Po upływie wieku

Praca Aloisa Alzheimera (niemieckiego neurologa) opisująca pierwszy przypadek choroby, nazwanej później przez Kraepelina chorobą Alzheimera ukazała się ponad sto lat temu (w 1907 roku). Obecnie po upływie wieku schorzenie to dotyka ponad 15 milionów osób. Choroba Alzheimera jest najczęstszą przyczyną otępień u osób powyżej 65 roku życia. Cierpi na nią aż 50% populacji w wieku powyżej 90 lat.

Białko choroby

Powodem cierpienia chorych jest przyspieszone zanikanie wielu typów neuronów kory mózgowej. Proces ten może rozpocząć się stosunkowo wcześniej bo już w 35 roku życia, ale ze względu na sporą plastyczność mózgu poważne objawy pojawiają się dopiero po utracie nawet 2/3 neuronów gdy mózg nie kompensuje już takich braków.

Za pierwotną przyczynę śmierci komórek nerwowych uważa się odkładanie wewnątrz neuronów tak zwanych splątków neurofibrilarnych (*neurofibrillary tangles*) utworzonych przez hiperfosforylację białek Tau towarzyszących mikrotubulom szkieletu komórkowego i blaszek starczych, które odkładają się w przestrzeniach pozakomórkowych. To właśnie blaszki starcze utworzone przez agregaty białka zwanego – amyloidem uważa się za głównego winowajcę i czynnik sprawczy choroby Alzheimera. Beta-amyloid tworzy się z białka prekursorowego – APP, występującego we wszystkich naszych komórkach. Jest to białko transbłonowe, którego fragment kotwiczący w błonie po jej zewnętrznej stronie zawiera sekwencję aminokwasową, będącą amyloidem. Jeśli dochodzi z różnych przyczyn do nieprawidłowego cięcia białka prekursoro-

rowego uwalniany jest z niego fragment – amyloidowy a białko to agregując tworzy blaszki starcze. Złogi beta amyloidu odkładają się stopniowo przez całe życie i występują też w mózgach osób starszych w pełni sprawnych intelektualnie. Natomiast odłożone w dużych ilościach blaszki (jak w chorobie Alzheimera) nieprawidłowego białka (białko takie ma zmienioną konformację przestrzenną) stają się toksyczne poprzez na przykład nasilenie toksycznego działania wolnych rodników i wiele innych zmian biochemicznych towarzyszących chorobie.

Ostatnio pojawiły się prace eksperymentalne, prowadzone na zwierzętach, w których autorzy przedstawiają wyniki badań wskazujące na możliwość działań prowadzących do eliminowania z mózgu chorych blaszek amyloidowych, bądź łagodzenia objawów choroby.

Myszy i ludzie

Badania prowadzone na zwierzętach dają nadzieję, że w przyszłości uzyskamy możliwość prewencji albo usuwania nadmiaru beta-amyloidu także z mózgu pacjentów.

O przełomowym odkryciu poinformowali na łamach *FASEB Journal* naukowcy z Mayo Clinic w Jacksonwill stanu Floryda (USA). Badacze prowadząc badania na myszach próbowali udowodnić, że aktywacja komórek mikroglejowych w mózgu przez interleukinę 6 wywoła stan zapalny i spowoduje zaostrzenie choroby. Postawiono hipotezę, że komórki mikrogleju uczestniczące w odpowiedzi immunologicznej podejmą próbę usunięcia blaszek amyloidowych ale w rezultacie spowodują ostry stan zapalny. Jakież było zdziwienie badaczy, gdy okazało się, że komórki mikrogleju usunęły z mózgu nadmiar amyloidu. Przedtem jednak doprowadzono do nadekspresji genu i produkcji interleukiny 6 w mózgach gryzoni nowonarodzonych i starszych myszy u których amyloid był już skumulowany w mózgu. W obu grupach badanych zauważono, że stan zapalny wywołany przez interleukinę 6 pobudzał mikroglej do produkcji czynników oczyszczających mózg ze złogów – amyloidu.

Według naukowców prowadzących te badania manipulowanie komórkami układu odpornościowego poprzez mediatory reakcji zapalnej może dać początek opracowaniu

nowych sposobów leczenia choroby Alzheimera a może i innych chorób neurodegeneracyjnych.

Łyk kawy na zdrowie?

Inne badania, co ciekawe prowadzone również w ośrodku na Florydzie (Uniwersytet Floryda), zdają się wskazywać na lecznicze działanie kofeiny, która hamować może formowanie złogów amyloidowych. Naukowcy prowadzili swoje badania również na myszach, u których wywołano eksperymentalnie chorobę Alzheimera. Gryzoniom w wieku 18–19 miesięcy, co odpowiada wiekowi 70 lat u człowieka, u których wystąpiły zaburzenia pamięci podawano następnie wodę z zawartością około 500 mg kofeiny, co porównywalne jest z dawką 5 filiżanek kawy po 227 gramów. Grupa kontrolna gryzoni piła czystą wodę.

Dwa miesiące wystarczyły żeby zwierzęta otrzymujące kofeinę lepiej radziły sobie w testach mierzących pamięć i myślenie od pozostałych myszy. Co więcej, ich zachowanie nie odbiegało od zachowania myszy w tym samym wieku, nie wykazujących oznak demencji. Jednocześnie ilość płytek amyloidowych w mózgu zwierząt poddanych eksperymentowi zmniejszyła się o połowę. Efekt ten naukowcy tłumaczą wpływem kofeiny na działanie enzymów niezbędnych do formowania – amyloidu. Prawdopodobnie kofeina hamuje też procesy zapalne, prowadzące do nadmiernego odkładania blaszek amyloidowych. Uczeń podkreślają, że omawiane badania stanowią kontynuację wcześniejszych, które dowiodły, że u genetycznie myszy zaprogramowanych tak, aby wystąpiła u nich choroba Alzheimera, kofeina była znaczącym czynnikiem ochronnym przed zaburzeniami pamięci.

Członek zespołu prowadzącego badania – dr Arendash, twierdzi, że kofeina ma nie tylko działanie ochronne zapobiegając chorobie, ale może pomóc pacjentom, u których rozwinęła się już choroba. Kofeina wydaje się być środkiem bezpiecznym i łatwo przenikającym do mózgu.

Czy podobne rezultaty można osiągnąć u ludzi? Czas zapewne i to ujawni, a dawka kofeiny 500 mg dziennie, to według badaczy, dla większości osób dawka zupełnie bezpieczna. Należy być jednak bardzo ostrożnym w przypadku kobiet w ciąży i u osób z nadciśnieniem.

Warto jednak podkreślić, że nie brakuje sceptycznych głosów i wielu naukowców twierdzi, że zbyt wcześnie jeszcze na to, żeby twierdzić, że picie kawy może przynieść pomoc pacjentom cierpiącym na tą wyniszczającą chorobę.

Dr Marek Jurgowiak – jest wykładowcą w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu



**Ewa
Pilczyńska-
Jodkiewicz**



**Monika
Wiłkość**

Depresja jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób. Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że cierpi na nią ponad 121 milionów ludzi na świecie. W krajach Unii Europejskiej stanowi jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych.

Będąc świadomym powszechności zjawiska depresji także w polskim społeczeństwie, Urząd Miasta Bydgoszczy wraz z Katedrą i Kliniką Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy i Oddziałem Kujawsko-Pomorskim Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, przy współudziale firmy Eli Lilly Sp. z o.o. zorganizowały kampanię „Depresję można pokonać. Zmień perspektywę”. Kampania nawiązuje do Europejskiego Dnia Walki z Depresją ustanowionego po raz pierwszy 3 lata temu przez Europejskie Stowarzyszenie na Rzecz Walki z Depresją w dniu 17 października (w Polsce Dzień Walki z Depresją został ustanowiony od 2001 roku w dniu 24 lutego).

Kampania ma charakter edukacyjny i skierowana jest do mieszkańców miast w tym do mieszkańców Bydgoszczy, a jej celem jest podniesienie świadomości społecznej dotyczącej depresji w Europie, w tym znaczenia prewencji, wczesnego diagnozowania i optymalnego leczenia tej choroby. Ważnym elementem kampanii była konferencja naukowa, która została zorganizowana w Urzędzie Miasta Bydgoszczy pod patronatem Prezydenta Miasta 8. października 2009.

Poświęcenie tak dużej uwagi zagadnieniom związanym depresją ma swoje głębokie uzasadnienie. Popatrzymy na same liczby.

Pokonać depresję

Badania wskazują, iż na depresję cierpi około 4–7% populacji, a w europejskiej nawet 9% (Mental and Physical Health Charter, 2009). Przyjmując, że w Polsce jest 38 mln mieszkańców, na depresję choruje 1,5 do 2,6 mln osób. Tak więc można śmiało powiedzieć, że depresja dotyka miliony obywateli. Stanowi to poważny problem społeczny, zdrowotny i ekonomiczny.

Ze względu na przewlekły charakter choroby i nawrotowość objawów, depresja zajmuje czołowe miejsce wśród chorób, będących przyczyną niepełnosprawności i stale przesuwając się w kierunku wyższych pozycji. W rankingu chorób, które są przyczyną niepełnosprawności, w 1990 roku zajmowała 4 miejsce, a przewiduje się, iż w 2020 roku zajmie drugą pozycję po chorobie niedokrwiennej serca.

Tak dużej populacji osób chorujących na depresję należy zapewnić właściwą opiekę medyczną. Z różnych przyczyn na tym polu jest jeszcze dużo do zrobienia. Pomijając trudności obiektywne, w tym finansowe, większość pacjentów wymagających opieki medycznej uzyskuje tylko częściową pomoc (52%), a odpowiednio leczenie tylko 22%. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest obawa chorych przed stygmatyzacją, czyli piętnem osoby chorej psychicznie, która wymaga specjalistycznej pomocy psychiatrycznej (z tego powodu nie zgłasza się do lekarza psychiatry powyżej 50% pacjentów). Mimo „tych przeszkód” w poradniach zdrowia psychicznego w Polsce w 2005 roku leczyło się 263 tys. 173 osób, a w oddziałach szpitalnych 21 tys. 187. Statystyki te w pełni uzasadniają konieczność poprawy opieki medycznej dla tej grupy chorych. Liczymy na to, iż wprowadzenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego przyczyni się do poprawy procesu diagnostycznego i terapeutycznego.

Ale depresja to nie tylko choroba społeczna, będąca przyczyną niepełnosprawności. Depresja może być także chorobą śmiertelną z powodu działań samobójczych (myśli i tendencje samobójcze są częstym objawem depresji). Także w tym zakresie obserwuje się wzrost wskaźnika dokonanych samobójstw. W województwie kujawsko-pomorskim w 2003 roku zgony z powodu działań samobójczych stanowiły 25,9% wszystkich zgonów z przyczyn zewnętrznych, w kolejnym 2004 roku odsetek ten wyniósł już 28,1%. W tej grupie stosunek mężczyzn do kobiet wynosił prawie 4:1 mimo, iż kobiety chorują na depresję znacznie częściej. Komentarz jest tu zbędny! Koszty leczenia depresji są zróżnicowane w zależności od kraju, systemu opieki zdrowotnej, itp., ale generalnie uważa się, iż w UE koszty złego funkcjonowania psychicznego mieszkańców to 2000 euro na jedno gospodarstwo domowe.

W swojej prezentacji profesor Aleksander Araszkiewicz przybliżył słuchaczom zagadnienia związane z rozpoznaniem i leczeniem depresji.

Termin „depresja” ma wieloznaczną treść. W języku codziennym oznacza to złe samopoczucie, obniżony nastrój, przygnębienie, niezależnie od przyczyn tego stanu. W psychiatrii termin ten dotyczy szczególnych rodzajów zaburzeń nastroju i emocji, które można uznać za zjawisko chorobowe. W różnicowaniu tych dwóch znaczeń bierze się pod uwagę – obraz kliniczny i nasilenie zaburzeń, długość utrzymywania się zaburzeń (w „depresji chorobowej” minimum 2 tygodnie), wpływ na funkcjonowanie jednostki oraz skuteczność farmakoterapii.

Wśród przyczyn depresji wyróżnia się 3 główne grupy:

- przyczyny endogenne (biologiczne),
- psychologiczne, takie jak reakcja żałoby, reakcje adaptacyjne i inne oraz
- somatyczne.

W obrazie klinicznym depresji dominują: obniżony nastrój (jest to podstawowy objaw depresji), spadek zainteresowań, utrata energii, poczucie obniżonej sprawności intelektualnej (czasami nazywane pseudootępieniem), pesymistyczna ocena bieżących problemów, poczucie małej wartości i winy, zniechęcenie do życia, które może przybierać nasilenie myśli i tendencji samobójczych, zaburzenia snu i łaknienia, a także – u niektórych chorych – lęk, niepokój, pobudzenie, dobowe wahania samopoczucia, różnorodne objawy somatyczne, stanowiące często tzw. maskę depresji. Właśnie te ostatnie bywają przyczyną trudności w rozpoznawaniu depresji, głównie przez lekarza rodzinnego.

Depresja to także problem jej nawrotowości. Uważa się, iż nawrót depresji po remisi objawów występuje u około 80–100% pacjentów, średnio w ciągu całego życia każdy pacjent doświadcza powyżej 3 faz depresyjnych, a każda depresja trwa 6–9 miesięcy, a często nawet dłużej. Przewlekłe objawy depresyjne występują u około 10–20% pacjentów i u takiego samego odsetka pacjentów obserwuje się małą skuteczność stosowanego leczenia.

Terapia depresji to oczywiście osobne zagadnienie. Generalnie stosuje się trzy główne metody – farmakoterapię, psychoterapię oraz leczenie innymi metodami biologicznymi, w tym z zastosowaniem zabiegów elektrowstrząsowych. Ostatni wykład – dr Monika Wiłkość dotyczył zagadnień depresyjnych z psychologicznego punktu widzenia. Jak stwierdziła dr Wiłkość, model depresji w podejściu behawioralno – poznawczym zakłada, iż samopoczucie jednostki zależy od jej myśli i przekonań na temat siebie, innych oraz

Dokończenie na str. 14

E-ZDROWIE w kujawsko-pomorskim

Program e-zdrowie to lepszy dostęp do lekarzy, sprawniejsza obsługa pacjenta oraz szybki i bezpieczny obieg informacji między placówkami służby zdrowia – mówi marszałek Piotr Całbecki, o projekcie, którego realizację, wspólnie ze szpitalami oraz jednostkami samorządu terytorialnego, rozpoczyna Kujawsko-Pomorski Urząd Marszałkowski.

W ramach przedsięwzięcia ma zostać rozbudowana i zmodernizowana infrastruktura teleinformatyczna szpitali, tak by możliwe było sprawne przesyłanie danych wewnątrz szpitala oraz do innych placówek; wdrożony zostanie szpitalny system informacyjny „HIS”, w którym każdy z pacjentów będzie posiadał swój elektroniczny rekord. Znajdą się w nim między innymi uporządkowane dane medyczne, protokoły zabiegów, operacji oraz opis choroby; placówki zostaną wyposażone w sprzęt i oprogramowanie do digitalizacji danych, między innymi w aparaturę do cyfryzacji diagnostyki rentgenowskiej oraz utworzone zostanie Regionalne Centrum Danych Medycznych wraz z portalem internetowym dotyczącym e-Zdrowia.

W projekcie wezmą udział szpitale wojewódzkie, powiatowe i miejskie z całego regionu. W sumie 29 placówek. Jednostki muszą zainwestować w e-zdrowie 25 proc. kosztów projektu, na resztę złożą się środki z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Lista placówek zaproszonych do udziału w projekcie „e-Zdrowie w województwie kujawsko-pomorskim”: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim; Powiatowy Szpital w Brodnicy; Wielospecjalistyczny Szpital Miejski SPZOZ im. Dr E. Warmińskiego w Bydgoszczy; ZOZ w Chełmnie; ZOZ Szpital Powiatowy w Golubiu-Dobrzyniu; Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu; Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ w Inowrocławiu; Samodzielny Publiczny ZOZ w Lipnie; Samodzielny Publiczny ZOZ w Łasinie; Samodzielny Publiczny ZOZ w Mogilnie; Nowy Szpital w Nakle i Szubinie Spółka z o.o.; Samodzielny Publiczny ZOZ w Radziejowie Kujawskim; Samodzielny Publiczny ZOZ w Rypinie; Szpital Powiatowy im. dr Adama Gacy i dr Józefa Łaskiego N ZOZ w Więcborku; Niepubliczny ZOZ „Nowy Szpital sp. z o.o.” w Świeciu; Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu; Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Chełmży; Niepubliczny ZOZ Szpital Powiatowy w Tucholi; Niepubliczny ZOZ „Nowy Szpital sp. z o.o.” w Wąbrzeźnie; Pałuckie Centrum Zdrowia Niepubliczny ZOZ w Żninie; Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr J. Bednarza w Świeciu; Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy; Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Toruniu; Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Toruniu; Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Browicza w Bydgoszczy; Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu; Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy; Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy; Szpital Wojewódzki we Włocławku.

(a.b.)

Dokończenie ze str. 13

przeszłości, a także w dużej mierze od jej zachowań. Negatywne schematy poznawcze mogą powstawać wskutek wcześniejszych doświadczeń i być wyzwalane, podtrzymywane i wzmacniane przez obecne wydarzenia lub zachowania jednostki.

Opierając się na tych założeniach, interwencja psychoterapeutyczna ma na celu, poprzez weryfikację i modyfikację negatywnych schematów poznawczych oraz zmianę sposobu działania jednostki, wpłynąć korzystnie na jej funkcjonowanie.

W depresji nadrzędną cechą myśli czy przekonań jednostki jest negatywne nastawienie, które – wpływając na subiektywną interpretację zdarzeń – wywołuje niekorzystne emocje, objawy fizjologiczne oraz wpływa na zachowania.

Myślenie depresyjne często nie jest oparte na faktach, lecz bazuje na opiniach, wynikających ze zniekształceń poznawczych, do których zaliczamy:

- myślenie dychotomiczne, w kategoriach „wszystko albo nic”, czarno – białe, związane z przekonaniem, że problem ma tylko dwie strony, np.: „wszyscy muszą mnie lubić – jeśli nie, to jestem do niczego”;
- nadmierne uogólnianie (generalizacja), czyli wyciąganie ogólnych wniosków na podstawie pojedynczego wydarzenia, przyjęcie założenia, że coś, co przydarzyło się raz będzie powtarzać się bez końca np.: „zostałem okłamany przez bliską osobę, więc nie mogę już nikomu zaufać”;
- tendencyjny wybór faktów, czyli przypisywanie nadmiernego znaczenia niepowodzeniom, zdarzeniom negatywnym,

oraz/lub niedocenianie czy niedostrzeganie pozytywów, np.: „spotkało mnie niepowodzenie to dlatego, że jestem taki beznadziejny, a dobre rzeczy w moim życiu zawdzięczam szczęśliwemu trafowi, losowi”;

- czytanie w myślach, czyli wyciągnięcie arbitralnych wniosków bez sprawdzania ich, np.: „wiem, że on mnie źle ocenia, nie lubi mnie, nie muszę tego sprawdzać, przecież widzę jak na mnie patrzy”

- błąd jasnowidza, czyli przewidywanie przyszłości w ciemnych barwach, przekonanie, że wszystko potoczy się źle, a przewidywane rzeczy postrzegane są jako już zaistniałe fakty np.: „to pewne, że wkrótce stracę pracę”;

- rozumowanie emocjonalne, czyli przekonanie, że emocje zawsze i wszędzie odzwierciedlają to, jak rzeczy przedstawiają się w rzeczywistości, „tak czuję, a zatem tak musi być”.

- programowanie się na niepowodzenie, które polega na ustawianiu sobie zbyt wysokich, niemożliwych do osiągnięcia standardów, których nie oczekujemy od innych. Ten rodzaj zniekształceń poznawczych ukrywa się pod postacią stwierdzeń typu „powinienem”, „nie powinno się”, „muszę”, „trzeba”.

W procesie psychoterapii w nurcie behawioralno-poznawczym pacjent zachęcany jest do gromadzenia informacji na temat swoich schematów poznawczych i wraz z terapeutą identyfikuje swoje dysfunkcyjne przekonania i oczekiwania, nadając im formę hipotez. Wspólnie planowane eksperymenty behawioralne mają za zadanie podważenie prawdziwości tych hipotez oraz zapoczątkowanie zmian w destruktywnym sposobie myślenia pacjenta.

Terapeuta stosuje techniki terapeutyczne, które mają pomóc pacjentowi w rozpoznaniu charakterystycznego dla niego wzorca zależności pomiędzy myśleniem, odczuwanymi emocjami i podejmowanym zachowaniem. Strategie wykorzystywane podczas terapii wymagają aktywnej pracy pacjenta, także w czasie między sesjami. Pacjent monitoruje negatywne myśli i sytuacje związane z pogorszeniem nastroju oraz uczy się radzenia sobie z nimi poprzez odwracanie uwagi, prowokowanie i znajdowanie alternatywnych myśli, szukanie dowodów za i przeciw, testowanie rzeczywistości w ramach eksperymentów behawioralnych. Pacjent zachęcany jest także do zmiany wzorca aktywności poprzez ustalanie realistycznych, krótkoterminowych, mierzalnych celów, stosowanie metody

Przedstawione na konferencji zagadnienia miały na celu przybliżyć depresję, ułatwić jej zrozumienie i – w efekcie – doprowadzić do większej jej wykrywalności i skuteczniejszego leczenia.

Dr n. med. Ewa Pilaczyńska-Jodkiewicz – specjalista psychiatra, z-ca kierownika Katedry i Kliniki Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, przewodnicząca Oddziału Kujawsko-Pomorskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, starszy Wykładowca Collegium Medicum UMK.

Dr n. med. Monika Wiłkość – psycholog, adiunkt w Zakładzie Różnic Indywidualnych Instytutu Psychologii UKW oraz w Katedrze Psychiatrii UMK w Bydgoszczy, uczestnik 4-letniego szkolenia w zakresie terapii behawioralno-poznawczej w CTPB w Warszawie.

Szkoła przyjazna każdemu dziecku

Szkoła przyjazna każdemu dziecku... czy to możliwe? W realiach polskiej szkoły często spotykamy uczniów, którzy nie radzą sobie z narzuconym tempem i wymaganiami oraz sprawiają trudności wychowawcze. Jakie są przyczyny różnorodnych problemów napotykanych przez pedagogów i jakie konsekwencje może przynieść niezrozumienie bądź zbagatelizowanie nietypowych zachowań ucznia? Na takie i inne pytania szukano odpowiedzi na II Ogólnopolskiej Konferencji pt. „Szkoła przyjazna każdemu dziecku, także przewlekłe choremu, niepełnosprawnemu oraz sprawiającemu trudności wychowawcze” zorganizowanej przez Zespół Szkół nr 33 dla Dzieci i Młodzieży Przewlekłej Chorej w Bydgoszczy (szkołę funkcjonującą w 5 bydgoskich szpitalach). Konferencja odbyła się 9 października 2009 r. i połączona została z uroczystością Jubileuszu 50-lecia istnienia placówki. Poruszona tematyka cieszyła się wielkim zainteresowaniem. Wykładowców wysłuchało blisko 200 nauczycieli, wychowawców, pedagogów i psychologów z całej Polski.

Pierwszy wykład pt. „Traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie, jako problem pedagogiczny” wygłosiła dr n. med. Małgorzata Dąbkowska, ordynator Oddziału Dziennego Psychiatrii Dzieci i Młodzieży przy Klinice Psychiatrii Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Pani doktor wskazała pedagogom przyczyny uciążliwych zachowań uczniów wynikających z przeżytych urazów. Trzeba pamiętać, iż grupą najbardziej narażoną na doświadczenia traumatyczne są dzieci, szczególnie małe. W najgorszej sytuacji znajdują się ofiary przemocy domowej. Jedną traumę może mieć nawet kilkanaście negatywnych aspektów. Różnice w reakcjach na wydarzenia traumatyczne zależą m.in. od etapu rozwoju dziecka. Im dziecko jest młodsze tym bardziej niespecyficzne mogą być objawy. Osoby, które miały w życiu doświadczenia traumatyczne może cechować m.in. rozdrażnienie, zaburzenia pamięci, uciekanie w marzenia, niewiara w sprawiedliwość i optymizm społeczny, nadwrażliwość w kontaktach interpersonalnych, ryzyko depresji i zaburzeń lękowych, czy częste dolegliwości somatyczne. Pani doktor omówiła również neurobiologię stresu i wskazała najbardziej wrażliwe na stres okolice mózgu. Na strukturę i czynności biochemiczne mózgu mają wpływ m.in. przemoc fizyczna, seksualna, skrajne zaniedbywanie. Statystycznie 15–43% dziewcząt i 14–43% chłopców doświadczyło w przeciągu życia przynajmniej jednego z wydarzeń traumatycznych. Można więc przyjąć, że niemal w każdej szkole znajdują się dzieci po ciężkich doświadczeniach. (...)

Mgr Stanisław Bobula psycholog, edukator i doktorant w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, skupił się na problemie „Jak stworzyć dobre warunki do prawidłowego funkcjonowania dziecka z ADHD w klasie? Prelegent podał konkretne i bardzo przydatne wskazówki jak pracować z uczniem nadpobudliwym. Należy ograniczyć bodźce na lekcji: usunąć niepotrzebne dekoracje czy zbędne przedmioty na biurku, posadzić ucznia blisko siebie. Do ucznia trzeba zwracać się jasno i wyraźnie, używając krótkich poleceń, wydawać jedno polecenie na raz i tylko takie, które możemy wyegzekwować, a także nie zapominać o kontakcie wzrokowym. Dziecka nie należy uciszać, ale zaangażować w pracę, dając mu konkretne zadania. Bardzo ważne jest również planowanie każdej lekcji z uczniem z ADHD. Po każdym zajęciach wychowanek powinien wyjść z klasy z zapisaną notatką, zadaniem domowym i informacją o wszelkich wydarzeniach z życia szkoły. Na zakończenie prelegent przedstawił spójny system pracy nad zachowaniem dziecka, który powinien obejmować stworzenie zasad obowiązujących w klasie, system konsekwencji i nagród oraz pochwały dla dziecka. Pan S. Bobula jest autorem książek pt. „ADHD dar specyficzny” oraz „Okiełznać chaos, czyli ADHD w gimnazjum i szkole ponadgimnazjalnej.” Dla zainteresowanych podał stronę internetową www.nodnsophia.pl

Temat ostatniego wykładu konferencji brzmiał „Co należy wiedzieć o padaczce, żeby się jej nie bać?”, a poprowadziła go dr n. med. M. Wesołowska – specjalista Oddziału Neurologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy. Padaczka jest chorobą populacji dziecięcej – 70% napadów ma miejsce przed 15 rokiem życia. Uczestnicy konferencji mieli możliwość zapoznania się z rodzajami padaczki i zespołami padaczkowych spotykanych u dzieci i młodzieży oraz sposobami ich leczenia. Obok systematycznego podawania doustnych leków przeciwpadaczkowych bardzo ważny jest higieniczny tryb życia i unikanie czynników prowokujących napady, a są to: przemęczenie, brak snu, gorączka, infekcja, błyski świetlne, alkohol, stres, nadmiar snu. Im więcej jest nagromadzonych czynników tym większa możliwość ataku. Dr Wesołowska podkreśliła, iż tylko w przypadku padaczek lekoopornych wymagana jest modyfikacja trybu nauczania. W pozostałych, choroby uczniowie powinni uczestniczyć we wszystkich obowiązkowych zajęciach szkolnych, a także korzystać z proponowanych

przez szkołę takich form jak basen czy zajęcia dodatkowe.

Dodatkowym punktem konferencji była promocja portalu www.psych-help.pl zaprezentowana przez prof. Bassama Aouila. Portal adresowany jest do gimnazjalistów i uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Ma on charakter edukacyjno-profilaktyczny wspomagająco-doradczy i jest stworzony szczególnie dla tych, którzy mają opory, by o swoich problemach porozmawiać ze specjalistą oko w oko. Z usług poradni online wkrótce będą mogli korzystać też rodzice i nauczyciele.

Prelegenci w ciekawy i wyczerpujący sposób przybliżyli podłoże najczęstszych problemów, z którymi borykamy się w szkołach i zachęcili do dyskusji oraz poszukiwania odpowiedzi na nurtujące każdego pedagoga i rodzica pytania: co zrobić, aby dziecko przewlekłe chore oraz sprawiające trudności wychowawcze chciało się uczyć, nie czuło się wyrzucone poza nawias społeczeństwa oraz odnosiło sukcesy na miarę swoich możliwości.(...)

Opracowanie: Anna Osowska
i Barbara Boniecka
nauczyciele Zespołu Szkół Nr 33
w Bydgoszczy

(...) skróty pochodzą od redakcji

DORADCA PODATKOWY mgr inż. Sławomir J. Rogalski



nr wpisu – 05537

Siedziba: ul. E. Kwiatkowskiego 2 Bydgoszcz
tel. (052) 344 36 34 (Fordon, obok Lidla)

Filia: ul. Szubińskiego 15 Bydgoszcz
tel. (052) 37 307 87 (między Piękną a Castoramą)

Telefon kom. 0602 38 65 81
e-mail: rogalski@box.net.pl

- PROWADZENIE ROZLICZEŃ PODATKOWYCH KONTRAKTÓW LEKARSKICH
- ROZLICZENIA z ZUS i US
- ROZLICZENIA ROCZNE
- DORADZTWO PODATKOWE

*Dwie rzeczy są w życiu pewne
– śmierć i podatki*

Benjamin Franklin

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



Wracamy – dzięki uprzejmości i chęci współpracy Oddziału Doskonalenia Kadr Medycznych Kujawsko - Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego Wydziału Zdrowia UW w Bydgoszczy – do publikowania informacji o uzyskanych przez lekarzy specjalizacjach. Nadrabiając „zaległości” zaczynamy publikacje od sesji jesiennej roku 2007 i wiosennej 2008, w następnym numerze opublikujemy listę specjalizacji uzyskanych w sesji jesiennej 2008, a w kolejnym – specjalizacje uzyskane w sesji wiosennej 2009. Dalsze informacje będziemy już przedstawiali na bieżąco, czyli po uzyskaniu informacji z Oddziału Doskonalenia Kadr Medycznych – po zakończeniu każdej kolejnej sesji egzaminacyjnej.

Specjalizacje

Oddział Doskonalenia Kadr Medycznych Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego przedstawia listę lekarzy / lekarzy dentystów, którzy uzyskali tytuł specjalisty (wraz z datą Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego oraz kierownikiem specjalizacji).

Sesja jesienna 2007 r. i wiosenna 2008 r.

ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA

- **Mikołaj Augustynowicz** 30.10.2007 r. – dr n. med. Dobrak Sławomir
- **Urszula Jantarska** 30.10.2007 r. – lek. med. Kościatkowska Beata
- **Małgorzata Apanasiewicz** 16.04.2008 r. – lek. med. Kościatkowska Beata
- **Małgorzata Chruścicka-Kulas** 30.10.2007 r. lek. med. Goc Maria

ALERGOLOGIA

- **Renata Anna Kuczyńska** 27.11.2007 r. – prof. dr hab. med. Czerwionka-Szaflarska Mieczysława
- **Anna Barbara Popławska** 27.11.2007 r. – prof. dr hab. med. Czerwionka-Szaflarska Mieczysława
- **Renata Bijata-Bronisz** 27.11.2007 r. – prof. dr hab. med. Bartuzi Zbigniew

BALNEOLOGIA I MEDYCYNĄ FIZYKALNA

- **Halina Nowakowska-Dudek** 09.11.2007 r. – lek. Chełstowska Magdalena

CHIRURGIA PLASTYCZNA

- **Jarosław Markowicz** 09.11.2007 r. – prof. dr hab. med. Zieliński Andrzej

CHIRURGIA NACZYNIOWA

- **Radosław Piotrowicz** 17.04.2008 r. – prof. dr hab. med. Jawień Arkadiusz

CHIRURGIA OGÓLNA

- **Marcin Bieńkowski** 18.04.2008 r. – lek. med. Gradzewicz Jan
- **Jacek Frasz** 18.04.2008 r. – dr n. med. Banaszkiewicz Zbigniew
- **Michał Klag** 18.04.2008 r. – dr n. med. Żabicki Dariusz
- **Stanisław Pierściński** 18.04.2008 r. – prof. dr hab. med. Dąbrowiecki Stanisław

CHOROBY WEWNĘTRZNE

- **Magdalena Banaszek-Mućka** 10.04.2008 r. – dr n. med. Zdrojewski Kazimierz
- **Kornelia Karwowska** 09.11.2007 r. – dr n. med. Bogdan Maria
- **Anna Jachalska** 10.04.2008 r. – dr n. med. Mietła Bogdan
- **Mirosława Walczyk-Małycha** 17.04.2008 r. – dr n. med. Zdrojewski Kazimierz
- **Adrian Mochnacki** 23.11.2007 r. – lek. Rożek Andrzej

- **Dominika Koterska** 09.11.2007 r. – dr n. med. Kremplewska-Należyta Elżbieta
- **Wojciech Gilewski** 09.11.2007 r. – prof. dr hab. med. Sinkiewicz Władysław
- **Małgorzata Graczyk** 09.11.2007 r. – prof. dr hab. Bartuzi Zbigniew
- **Marzena Anaszewicz** 08.11.2007 r. – prof. dr hab. med. Świątkowski Maciej
- **Marcin Kozłowski** 10.04.2008 r. – lek. med. Szyjkowski Jerzy
- **Michał Kozłowski** 10.04.2008 r. – dr n. med. Stróżecki Paweł
- **Andrzej Kuźmiński** 29.11.2007 r. – dr n. med. Gawrońska-Ukleja Ewa
- **Joanna Kołodziejczyk** 09.11.2007 r. – dr n. med. Pałgan Krzysztof
- **Michał Skowroński** 23.11.2007 r. – dr n. med. Hillemann Wojciech
- **Joanna Wydrzyńska** 29.11.2007 r. – lek. med. Kąkolewska Grażyna
- **Bartosz Strzeboński** 17.04.2008 r. – dr n. med. Skłodowska Anna

CHOROBY PŁUC

- **Dario Cossengue Casimiro Adelino** 23.04.2008 r. – lek. Wudarski Paweł

DERMATOLOGIA

- **Rafał Czajkowski** 19.11.2007 r. – dr n. med. Protas-Drozd Franciszka

GASTROENTEROLOGIA

- **Lesław Sobczyński** 28.04.2008 r. – prof. dr hab. med. Świątkowski Maciej

GERIATRIA

- **Jadwiga Motyl** 27.11.2007 r. – dr hab. med. Kędziora-Kornatowska Kornelia
- **Katarzyna Porzych** 27.11.2007 r. – prof. dr hab. med. Kędziora-Kornatowska Kornelia
- **Joanna Kołakowska** 15.04.2008 r. – prof. dr hab. med. Kędziora-Kornatowska Kornelia

GENETYKA KLINICZNA

- **Anna Lauda-Świeciak** 16.11.2007 r. – prof. dr hab. med. Haus Olga

KARDIOLOGIA

- **Romuald Przybył** 29.04.2008 r. – dr n. med. Błażejowski Jan
- **Marek Radomski** 29.04.2008 r. – prof. dr hab. med. Kubica Jacek

- **Małgorzata Dowgwiłłowicz-Nowicka** 12.11.2007 r. – dr n. med. Bujak Robert
- **Danuta Karasek** 12.11.2007 r. dr n. med. Błażejowski Jan
- **Wojciech Krupa** 12.11.2007 r. – prof. dr hab. med. Kubica Jacek
- **Krzysztof Pstrągowski** 29.04.2008 r. – dr n. med. Dobosiewicz Ryszard
- **Katarzyna Bejgier** 12.11.2007 r. – dr n. med. Ukleja-Adamowicz Małgorzata

MEDYCYNĄ RATUNKOWĄ

- **Andrzej Purcel** 06.11.2007 r. – dr n. med. Hałas Joanna

MEDYCYNĄ PALIATYWNĄ

- **Małgorzata Czapczyk** 21.11.2007 r. – dr n. med. Stachowiak Andrzej
- **Renata Heise-Rajs** 21.11.2007 r. – lek. Adamczyk Anna

MEDYCYNĄ RODZINNĄ

- **Aleksandra Lewczak** 17.11.2007 r. – lek. med. Galus-Pulkowska Beata
- **Joanna Sosnowska** 17.11.2007 r. – lek. Berghlen Osmana
- **Alicja Stasiłowicz** 17.11.2007 r. – lek. med. Frąckowiak Waldemar
- **Magdalena Szałowska-Michna** 17.11.2007 r. – lek. med. Nowak Ariusz
- **Agnieszka Rautman-Szczepańska** 17.11.2007 r. – lek. med. Rajewski Jerzy
- **Sylvia Felkner** 12.04.2008 r. – lek. med. Zabrzyńska Iwona
- **Waldemar Gadziński** 17.11.2007 r. – lek. Werner-Kryszewska Irena
- **Monika Kozłowska** 17.11.2007 r. – lek. Woźnicka Aleksandra
- **Katarzyna Banach** 17.11.2007 r. – lek. Żyta-Jazdon Anna
- **Aneta Gadzińska** 12.04.2008 r. – lek. med. Szmyd-Szymańska Małgorzata

ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCĄ

- **Dylewska Katarzyna** 20.11.2007 r. – prof. dr hab. Wysocki Mariusz
- **Jankowska Aldona** 29.11.2007 r. – dr hab. n. med. Kurylak Andrzej

ONKOLOGIA KLINICZNA

- **Kwiatkowski Mariusz** 23.10.2007 r. – lek. med. Osmańska Maria
- **Krause Anna** 23.10.2007 r. – dr n. med. Marciniak Leszek
- **Wietrzyńska Justyna** 08.04.2008 r. – lek. Kopeć Jan

MEDYCYNĄ SĄDOWĄ

- **Wolska Ewa** 29.10.2007 r. – dr n. med. Bloch-Bogusławska Elżbieta
- **Engelhardt Piotr Paweł** 01.04.2008 r. – dr n. med. Bloch-Bogusławska Elżbieta

OKULISTYKA

- **Szadujkis-Szadurska Katarzyna** 29.11.2007 r. – dr n. med. Koszewska-Kotodziejczak Aleksandra

ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU

- **Futyma Jacek** 23.04.2008 r. – dr n. med. Szymkowiak Edward
- **Puchała Jakub** 23.04.2008 r. – dr n. med. Szymkowiak Edward

PEDIATRIA

- **Müller Lucyna** 13.11.2007 r. – dr n. med. Bała Grażyna
- **Jakubczyk Marlena** 26.03.2008 r. – dr n. med. Kuczyńska Renata
- **Kościełak-Pieszak Agata** 12.11.2007 r. – lek. Smorawska-Kukuła Małgorzata
- **Sielużycka Aurelia** 26.03.2008 r. – dr n. med. Kuczyńska Renata
- **Zielińska-Duda Hanna** 26.03.2008 r. – dr n. med. Mierzwa Grażyna
- **Komorowska Izabela** 12.11.2007 r. – lek. Boguń-Reszczyńska Zofia
- **Parzęcka Monika** 26.03.2008 r. – dr n. med. Bała Grażyna

PSYCHIATRIA

- **Rudolf Anna** 15.11.2007 r. – dr n. med. Płocka-Lewandowska Małgorzata
- **Bartkowiak Witold** 15.11.2007 r. – dr n. med. Drózd Wiktor
- **Krzemińska Agnieszka** 15.11.2007 r. – lek. med. Chimiak-Drozdowska Ewa
- **Dobrzeńcka-Woś Dorota** 15.11.2007 r. – lek. med. Chimiak-Drozdowska Ewa

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA

- **Kotzbach Marcin** 21.11.2007 r. dr n. med. Dobrzyński Waldemar
- **Szczęśny Wojciech** 21.11.2007 r. dr n. med. Ilnicki Wiesław

RADIOLOGIA I DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

- **Karolkiewicz Maciej** 17.11.2007 r. dr n. – med. Matkowska Grażyna
- **Drewa Sylwia** 17.11.2007 r. – dr n. med. Grzegorzewski Marek
- **Sobociński Bartosz** 17.11.2007 r. – dr n. med. Nawrot Małgorzata

RADIOTERAPIA ONKOLOGICZNA

- **Łożyńska-Podhrebela Diana** 23.04.2008 r. – dr n. med. Windorbska Wiesława
- **Bańkowska-Woźniak Magdalena** 22.11.2007 r. – dr n. med. Windorbska Wiesława
- **Sitarz Radosław** 23.04.2008 r. – dr n. med. Ziółkowska Ewa
- **Żyromska Agnieszka** 23.04.2008 r. – prof. dr hab. Makarewicz Roman

REHABILITACJA MEDYCZNA

- **Litwiniuk Monika** 15.04.2008 r. – dr n. med. Mackiewicz-Milewska Magdalena
- **Kordalska Barbara** 23.10.2007 r. – dr n. med. Mackiewicz-Milewska Magdalena

TRANSPLANTOLOGIA KLINICZNA

- **Ahmad Thabit Sinjab** 26.10.2007 r. – prof. dr hab. med. Włodarczyk Zbigniew
- **Masztalerz Marek** 26.10.2007 r. – prof. dr hab. med. Włodarczyk Zbigniew

TRANSFUZJOLOGIA KLINICZNA

- **Boguszyńska-Górnicka Hanna** 16.11.2007 r. – lek. Lewonowska Alina

UWAGA! ZMIANA ADRESU

Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego uprzejmie informuje, że zmienił się adres siedziby Oddziału Doskonalenia Kadr Medycznych w Bydgoszczy. Podajemy aktualne dane teleadresowe:

Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy Wydział Zdrowia – Kujawsko-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego

Oddział Doskonalenia Kadr Medycznych (budynek B, X piętro, pokój 103)

ul. Konarskiego 1–3, 85-066 Bydgoszcz, tel./fax (0 52) 349 77 66; tel. (052) 349 77 64 do 68

Godziny pracy: **poniedziałek, środa, czwartek, piątek 7.30–15.30; wtorek 8.00–16.00**

Nasza strona internetowa to **www.zdrowie.bydgoszcz.uw.gov.pl**

Niecodzienne profesorskie hobby

A to hobby – to Biblia, a „biblijny hobbysta” – to profesor Gerard Drewa, kierownik Katedry Biologii CM UMK. O tych Jego zainteresowaniach dowiedzieliśmy się z pięknego wywiadu przeprowadzonego z p. Profesorem przez Joannę Bujakiewicz („Gazeta Wyborcza” 12.09.03!), ale wówczas zabrakło nam odwagi, aby zaprosić p. Profesora na nasze spotkanie. Na szczęście okazało się, że nasze obawy nie miały podstaw, gdyż p.profesor chętnie przyjął zaproszenie lekarzy – seniorów i 2 września 2009 wysłuchaliśmy, ilustrowanej przepięknymi slajdami, prelekcji na ten niecodzienny, biblijny temat.

Zamiłowanie to wyniósł z ławy szkolnej, gdzie polonista gimnazjalny prof. Buszta o Biblii mówił jako o dziele literackim, które powinno być „studiowalne” (za co został wówczas zawieszony w swoich czynnościach nauczycielskich). Pierwszą Biblię Prelegent otrzymał od rodziców, jako prezent na swoje 16-te urodziny i od tego czasu... „posypało się”. Obecnie zbiór jego liczy 80 pozycji wydanych w różnych latach i różnych językach, dialektach, narzeczeniach, nawet... w języku suahili oraz chińskim (a z uzyskaniem tej ostatniej pozycji wiązały się duże kłopoty, gdyż otrzymał ją od znajomej zakonnicy aż z Tajlandii, z czego musiał się „gęsto” tłumaczyć w pewnym ówczesnym urzędzie.)

Najstarszy egzemplarz, który posiada to Biblia z 1596 roku, w tłumaczeniu ks. Jakuba Wujka, zawierająca interesujący nas, lekarzy, werset: „czci lekarza dla potrzeby, albowiem go Najwyższy stworzył. Nauka lekarzowi podwyższy głowę jego, a przed obliczem wielkich panów chwalon będzie. Day wdzięczność y pamiątkę przedniej mąki, a uczyni tłustą ofiarę; day miejsce lekarzowi.”

Ma też p.Profesor szereg biblii młodszych, z XIX wieku, oraz współczesnych, najwięcej europejskich, tłumaczonych na zamówienie różnych towarzystw religijnych: kalwińskich, ewangelickich, prawosławnych. Jedną z ulubionych Jego Biblii jest Księga Koheleta, zwanego też Kaznodzieją Salomonowym, lub – z grecka – Eklezjastą, w której znajduje się, między innymi – zachęta do ... używania życia, miłości, dobrego jedzenia i wina, pracy i odpoczynku oraz fragment o uszanowaniu pracy lekarza!

...Człowiek czyta Pismo Święte i nie wie
Że czyta wiersze.

Pismo Święte to wielka literatura.

Pan Bóg przekazał Objawienie przez literaturę,
Nie przez język teologii

Ks. Jan Twardowski

Według prelegenta (i nie tylko) Biblia ukształtowała naszą cywilizację, jest prawdziwą skarbnicą wiedzy i źródłem inspiracji twórczej dla licznych muzyków, malarzy, rzeźbiarzy, pisarzy. Język Biblii jest piękny, literacki, z prostym przekazem prawd objawionych przez Boga, zasad moralnych, nakazów, zakazów. Biblia jest obecnie rozpowszechniona na całym świecie, jest nawet na „wypożyczeniu” szeregu renomowanych, światowych hoteli. Ale Profesor w swoich zagranicznych podróżach po nią nie sięga, gdyż miałby wrażenie, że „jest to egzemplarz z przydziału, zakupiony w supermarkecie”. Natomiast ceni sobie Biblię, która leży stale na Jego biurku i po którą sięga w chwili spokoju i wyciszenia, czytając ją powoli, z namysłem, bo nie jest to „zwykła książka”.



Nie sposób w tym krótkim tekście ująć wszystkie wiadomości i ciekawostki przekazane nam w tej pięknej, niecodziennej tematycznie, prelekcji, a już na pewno – piękna biblijnych ksiąg, demonstrowanych slajdami.

Serdecznie Panu Profesorowi dziękujemy za wzbogacenie naszej wiedzy i ... za obietnicę następnego z nami spotkania z wykładem o genetycznych aspektach starzenia się, tematem tak interesującym nas, seniorów. Jeszcze raz dziękujemy i ... do zobaczenia Panie Profesorze!

Halina Grzybowska-Rogulska, Klub Lekarza-Seniora BIL

O grypie – w stylu wojskowym...

... to znaczy: krótko, zwięźle i treściwie. I właśnie w takim stylu wygłosił 7 października 2009 swoją prelekcję dr n. med. Arkadiusz Kuziemski, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy. A styl ten był, między innymi wynikiem ograniczonego czasu, którym dysponował Pan Doktor, gdyż tego dnia miał wyznaczone popołudniowe przyjęcia pacjentów. Znalazł jednak czas dla lekarzy – seniorów, co dla nas było bardzo ważne przed sezonem podwójnych zagrożeń grypowych oraz niejasnościami, związanymi ze szczepieniami.

Na początku prelekcji – parę słów o grypie, tej „tradycyjnej”, sezonowej, a następnie o zagrożeniu, wywołanym nowym wirusem A/H1N1, powstałym z kombinacji wirusa ludzkiego (typu A) ze „świńskim” (H1N1). Obu jednostek chorobowych klinicznie nie da się rozróżnić i diagnostycznie wymagają badań wirusologicznych.

Pierwsze doniesienia o grypie wywołanej wirusem A/H1N1 pochodziły z Meksyku,

gdzie choroba rozprzestrzeniła się dynamicznie ze wzrostem śmiertelności – stąd intensywne prace nad stworzeniem odpowiedniej szczepionki.

Najbardziej zagrożone są dzieci, osoby w starszym wieku oraz ci, którzy mają szeroki, zawodowy kontakt z dużą liczbą ludzi, np. pracownicy ochrony zdrowia, handlu, szkół itp. Szczepienia są zalecane, ale nie obowiązkowe. Według prelegenta każdy przypadek winien być indywidualnie rozpatrzony, na przykład ktoś, kto nigdy nie chorował na gripę, nie ma koniecznej potrzeby poddania się szczepieniu, a zaszczepienie osoby chorej na schorzenie typu immunologicznego może stwarzać dla niej nawet pewne niebezpieczeństwo.

To spokojne, wyważone podejście, tak do zagrożenia „nową” grypą, jak i do sprawy szczepień (w przeciwstawieństwie do dwóch, wzajemnie się wykluczających opinii na temat szczepień, przedstawionych ostatnio przez



Prawdziwa wiedza:
jeżeli coś wiesz,
to przyznać się
winienieś, że wiesz.
Gdy zaś czegoś nie
wiesz, przyznaj się,
że nie wiesz.”

Konfucjusz
VI-V w.p.n.Ch.

przedstawicieli służby zdrowia w programie telewizyjnym) było lekiem na naszą niepewność.

I za ten „lek” oraz za interesującą prelekcję i poświęcony nam, z takim trudem „wykrojony” z natłoku własnych obowiązków, czas, serdecznie Panu Doktorowi dziękujemy.

Halina Grzybowska-Rogulska

PS. A swego rodzaju „uzupełnieniem” wrześniowej prelekcji stał się artykuł o grypie p. doktor Elżbiety Narolskiej-Wierczewskiej, zamieszczony w izbowym biuletynie z października 2009 – bo wiedzy nigdy nie za wiele.

Konferencje

● II Targi Medycyny Rodzinnej w Poznaniu

15–17.01.2010 r. Centrum Kongresowe Międzynarodowych Targów Poznańskich, Pawilon 15, ul. Głogowska 14. Zgłoszenia na konferencję można dokonać drogą elektroniczną na stronach: www.abranetis.pl, www.targimedycynyrodzinnej.pl.

● IV Sympozjum Farmakoterapii Dermatologicznej oraz I Sympozjum Psychodermatologii

18–20.02.2010 r., Hotel Las, ul. Turystyczna 8, Piechowice koło Szklarskiej Poręby. Zgłoszenia na konferencję można dokonać drogą elektroniczną na stronach: www.abranetis.pl, www.farmakoterapia-dermatologiczna.pl. W celu otrzymania szczegółowych informacji dotyczących powyższych konferencji prosimy o kontakt: Biuro Obsługi Konferencji Abranetis Sp. z o.o., ul. Długosza 2–6, 51-162 Wrocław, tel. 0 717 928 076, tel./fax 0 717 928 077, biuro@abranetis.pl

O NAS SAMYCH

Dokończenie ze str. 8

Do Szanownej Izby Lekarskiej w Bydgoszczy



Zwracam się do szanownej Izby Lekarskiej z bardzo serdeczną informacją. Jestem inwalidką pierwszej grupy, obecnie po wypadku, sama nie wychodzę, jestem zależna od osób trzecich. Kilkanaście lat leczę się w poradni na Kapuściskach – Planu 6-cioletniego u pani doktor Wojcieszko, która obecnie ma pod opieką dwóch młodych, specjalizujących się lekarzy – doktora Mariusza Kujawskiego i doktora Piotra Sawidzkiego. Są to młodzi lekarze z powołania. Dlaczego ja, jako inwalidka poruszam tę sprawę? Ja również pochodzę z rodziny lekarskiej i miło mi, iż tak młodzi lekarze są tacy uprzejmi i zaangażowani chorobami ludzi leczących się i wspierający ich duchowo. To samo dotyczy pani doktor Wojcieszko (...). Życzę całej Izbie Lekarskiej takich lekarzy jak oni, na pewno nie przyniosą wstydu.

Przykład lekarski daje również profesor Arkadiusz Jawień, jest to wybitny doktor z powołania, nie liczy kasy, tylko zdrowie ludzkie i uśmiech ludzi... Takim lekarzom należy się pochwała.

Mirosława Sęk-Trager, Bydgoszcz



12 sierpnia byłem operowany w Klinice Neurochirurgii i Chirurgii Głowy Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy przez profesora Marka Harata oraz dr. n. med. Bogdana Kitlińskiego. Jestem zachwycony podejściem do chorego, a także czystością i opieką w czasie pobytu w Szpitalu, za co składam podziękowanie całemu Zespołowi Kliniki.

Emerytowany lekarz
– Mirosława Lazarewicz, Gdynia

Mój jest ten kawałek podłogi!...



Krok po kroku, krok po krocuku,
Najpiękniejsze w całym roczku
Idą święta, idą święta...

Kuba Strzyczkowski

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Dopiero początek listopada, a tu trzeba myśleć, bo krok po krocuku...

Nasze choinki rosną jeszcze w zielonym lesie, ale już krok po...

Karp cieszy się jeszcze wolnością, no, ale co to za wolność w stawie hodowlanym? Niech się jeszcze biedak cieszy, wiele mu tej radości nie zostało, bo jak wiecie – krok i itd.

Głowa jeszcze nie boli od odwiecznego dylematu zatytułowanego 'prezenty'! Komu, co i za ile i żeby – broń Boże – nie powtórzyć tego sprezentowanego przed kilku laty? Jeszcze nie boli, ale niedługo zaboli, oj zaboli, bo idą, a idą te święta!

A tu jeszcze trzeba będzie ustalić listę gości, których należy zaprosić! Bo jak się nie zaprosi, to się może obrażać? Dylemat ustawienia pustego nakrycia na stole wigilijnym wobec tego problemu, to 'pikuś'!

Wreszcie pojawia się jeszcze jeden, równie ważny problem, jak ładnie wymówić się i nie zerwać tzw. stosunków poprzez podziękowanie za zaproszenie.

Problem goni problem, a tu krok po kroku...

Tu myśl się lęgnie w głowie: a może by tak, na ten okres zrobić sobie jakiś mały 'hyc' do leśnicówki!

Miłe Panie i Panowie, czytając te słowa prawdopodobnie będziecie mieli większość tych problemów za sobą, ale proszę pamiętać, że za rok znowu zabrzmi refren piosenki:

„Krok po krocuku, krok za krokiem,
Jak przed wiekiem, jak przed rokiem,
Idą święta, idą święta.”



Radosnych Świąt życzy Wasz

A. Martynowski



PRACA

Lekarza stomatologa zatrudnię. Bydgoszcz, Tel. 509 540 344.

Przychodnia Rodzinna w Nakle nad Notecią zatrudni **lekarza do pracy w POZ**. Informacje pod nr. tel. 607 309 407 lub 52 385 53 03.

Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu zatrudni **lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży**. Bliższych informacji można uzyskać pod nr tel. (52) 331 10 31 wew. 301 lub 302.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarz Domowy w Szubinie pilnie zatrudni od godz. 15 do godz. 18 jeden, dwa razy w tygodniu **lekarza medycyny rodzinnej** lub w trakcie tej specjalizacji, **lekarza internistę** lub **lekarza pediatrę**. Kontakt 693 622 449.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie zatrudni na 2010 rok, w ramach kontraktów na dyżury lekarskie w pomocy doraźnej lekarzy **specjalistów w dziedzinie: medycyna ratunkowa, anestezjologia i intensywne terapię, choroby wewnętrzne, chirurgia, ortopedia, pediatria**. Oferujemy bardzo atrakcyjne warunki zatrudnienia. Kontakt: tel. (52) 315 25 15 lub 315 25 33.

NZOZ nawiąże współpracę z **lekarzem stomatologiem** i **lekarzem ortodontą** wykonującym aparaty stałe. Tel. 502 029 249.

KUPIĘ

Nieruchomość (działkę, lokal, dom) na gabinety lekarskie. Telefon: 608 748 508.

Śpiewamy kolędy

Kujawsko-pomorski Oddział Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy zaprasza na wspólne śpiewanie kolęd – **9 stycznia 2010 roku o godzinie 17.00** w pomieszczeniach Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Bawimy się w Operze!

Opera Nova już została zarezerwowana dla lekarzy na **12 lutego 2010 roku** – na tradycyjną już **Medyczną Noc w Operze**. Szczegółów programu na razie nie podajemy, wiadomo już jednak, że koniecznie trzeba sobie zarezerwować czas na 12 lutego! W planach zarówno koncert, jak i bał! Więcej – w następnym numerze „Primum”.
(powinien dotrzeć do Państwa jeszcze w tym roku, wysłany będzie 22 grudnia)

TŁUMACZENIA
MEDYCZNE

sebastian.antonowicz@gazeta.pl

☎ 506 325 384

Katolickie Stowarzyszenie
Lekarzy Polskich
zaprasza na

- ◆ spotkanie opłatkowe dla lekarzy 10 stycznia 2010 o godz. 15.00 do Kościoła Św. Trójcy (Msza Św. i spotkanie opłatkowe),
- ◆ rekolekcje dla lekarzy w Laskowicach 22–24 stycznia 2010 r.

ikamed.pl poleca:

INTERNETOWA KSIĘGARNIA MEDYCZNA

IKAMED

ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk

TEL: (+48 58) 320 94 53,

FAKS: (+48 058) 320 94 60

e-mail: sprzedaz@vmgroup.pl

www.ikamed.pl



Choroby zawodowe lekarzy stomatologów
Krzysztof Tuszyński (red.),
Anna Lella (red.)
Wydawnictwo Via Medica
ISBN: 9 788 375 551 495
cena Ikamed 67,20 zł
format: 164×238
oprawa: twarda
liczba stron: 220

W książce tej poruszono te zagadnienia z innej perspektywy. Autorom nie chodziło tylko o omówienie etiopatologii, profilaktyki i terapii najczęściej spotykanych jednostek chorobowych, ale także o uświadomienie lekarzom denty stomom ich uprawnień w tym zakresie. Dlatego książka zawiera działy poświęcone przepisom umożliwiającym lekarzowi egzekwowanie swoich praw w razie zachorowania.

Jak sobie radzić z chorobami tętnic.



Poradnik lekarza pierwszego kontaktu
Tomasz Zubilewicz,
Piotr Terlecki
Wydawnictwo Via Medica
ISBN: 9 788 375 551 167
cena Ikamed 23,80 zł
format: 164×238
oprawa: miękka
liczba stron: 98

Do rąk Czytelników trafia książka pomyślana jako przewodnik z zakresu chorób tętnic obwodowych.

Jest to podręcznik dla lekarzy pierwszego kontaktu, przede wszystkim więc dla lekarzy rodzinnych.

W dość skrótoej i uproszczonej formie przedstawiono wiadomości z zakresu anatomii i fizjologii układu krwionośnego oraz podstawy badania klinicznego. Dalsze informacje dotyczą tak zwanych czynników ryzyka rozwoju miażdżycy i metod zapobiegania tej chorobie oraz jej leczenia.

Wypominki lekarskie

7 listopada lekarze z Oddziału Bydgoskiego Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, podobnie jak w latach ubiegłych w okresie Wszystkich Świętych, modlili się za zmarłych pracowników służby zdrowia. Tym razem modlitwę różańcową przy grobach zmarłych lekarzy i farmaceutów, pochowanych na cmentarzu Zmartwychwstania Pańskiego w Bydgoszcy prowadził ks. kapelan służby zdrowia Leszek Chudziński.



Benefis marzeń



Fundacja Spełnionych Marzeń zrealizowała wspaniałe przedsięwzięcie – pierwszy Ogólnopolski Zjazd Dzieci po Przebytej Chorobie Nowotworowej – Benefis Marzeń. Dzieci z naszej Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii uczestniczyły w tym wydarzeniu. Dla wszystkich dzieci zorganizowano szereg atrakcji: rejs statkiem po Wiśle, wycieczkę po Starówce, zwiedzanie Pałacu Prezydenckiego, dyskotekę. A w drugim dniu, w teatrze Roma odbyła się uroczysta Gala podczas której zostały wręczone wyróżnienia od Fundacji. Specjalnie dla dzieci wystąpiły znane postacie z telewizji i estrady: Patrycja Markowska, „Piasek”, Szymon Majewski i wiele innych znakomitości. Bawiliśmy się cudownie. Zawarliśmy wiele ciekawych znajomości, a co najważniejsze – zaprzyjaźniliśmy się z pacjentami z innych ośrodków onkologicznych w Polsce, którzy przeszli to samo, co my.

Jolanta Sękowska

