

Relacja z XXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy BIL (13 marca 2010 r.) w najbliższym numerze „Primum non nocere”.

W NUMERZE

DZIESIĄTY KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Nowy Prezes, nowa Izba? 2

CIECIE

Jurasz jest bankrutem 3

Z BIL

Z ORL 4

Spotkania Komisji 4

Powołano Komisję Nauki i Kształcenia 4

Honorowy Tytuł Przyjaciela Bydgoszczy 11

Tradycyjna, lecz jakże inna, „Medyczna Noc” w Operze 11

INFORMUJEMY

Pro Act standardem w Bizielu 6

LEP 2010 6

Program szczepień p. wirusowi HPV 6

Nowoczesny tomograf w inowrocławskim szpitalu 6

W Miejskim można dobrze zjeść! 6

Z BIZIELA

Tylko jedno niewielkie nacięcie 7

ŚWIATOWY DZIEŃ NERKI

Chroń swoje nerki – kontroluj cukrzycę 8

W MIEJSKIM

Leczenie i profilaktyka 9

WESZŁA W ŻYCIE

Nowa ustawa o izbach lekarskich 10

W NAUCE

Czy potrzebna jest popularyzacja nauki? 12

Czy selen jest lekarstwem 12

ZAMYŚLENIA

Cierpienie... czyli zamyślenia nad przemijaniem 15

„Lekarskie” książki 15

ROZMOWY I... LISTY

Ostromecko – kurortem? 15

Byłam w podobnej sytuacji 15

KURSY, ZAJAZDY, KONFERENCJE

..... 16

SPOTKANIA...

..... 17

FELIETON I...

..... 19

W PIGUŁCE

..... 20

Zdjęcie na okładce: Piotr Środa

Szanowne Koleżanki i Koledzy

A może jesteście roszczeniowi...?

Przechodząc codziennie przez rejestrację poradni specjalistycznych z przykrością obserwuję niekończące się kolejki chorych. Twarze, które widzę przypominają mi upokorzone twarze naszych rodaków z minionego okresu realnego socjalizmu. Jednocześnie słyszę od „gadających głów”, że pieniędzy w systemie zdrowotnym jest wystarczająca ilość i że są marnowane. Niektórzy twierdzą, że chorzy równocześnie rejestrują się w wielu poradniach, stwarzając tym samym sztuczne kolejki. Ja myślę, że nie mają oni tyle zdrowia i pieniędzy na wędrowni „międyyporadniane”. Podobne sceny obserwuję się w szpitalnych izbach przyjęć. Większość przybyłych chorych jest odsyłana do domu z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryjnego. Jeden z dyżurnych lekarzy określił, że ta większość, to – chorzy roszczeniowi. A jacy oni mają być? – skoro funduje im się „drogę przez mękę”, a oficjalnie mają zapewnienie pełnej opieki przez Państwo.

Coraz więcej koleżanek i kolegów lekarzy zostaje zmuszana do oceny przyjmowanego chorego pod względem opłacalności „procedur medycznych” przez swoich przełożonych, a ci w podobny sposób są traktowani przez swoich dyrektorów. Podobnie rzecz się ma z pielęgniarkami. I oto mamy klasyczny konflikt interesów zainteresowanych stron: chorego, lekarza, pielęgniarki, dyrektora placówki medycznej i dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia. Czy nie jest to celowe? Patrząc jeszcze na stan budynków szpitalnych i urzędów nasuwa się myśl, że nasi wybrańcy powinni podjąć decyzję polityczną i zwiększyć nakłady na ochronę zdrowia. Argument, że pieniędzy w systemie jest wystarczająca ilość, a długi związane są ze złym zarządzaniem i marnotrawstwem – należy odesłać do lamusa, albowiem nie ma firmy na świecie, gdzie – w jakiejś części – pieniądze się nie marnują. Oczywiście, należy dążyć do racjonalnego gospodarowania, ale w przypadku naszej służby zdrowia zadłużenie nie sprzyja oszczędnemu gospodarowaniu (efekt „krótkiej kołdry”) i więcej już się nie da wycisnąć. Twierdzenia, że szpitale prywatne się bilansują są prawdziwe, ale tylko dlatego, że istnieją szpitale publiczne, które dodatkowo jeszcze leczą chorych „nieopłacalnych”. Oczywiście opisane zjawisko nie jest wytworem właścicieli prywatnych lecznic i nie mam zamiaru ich oskarżać o cwaniactwo i brak etyki – oni po prostu działają racjonalnie w stworzonej przez polityków rzeczywistości. Również dyrektorzy oddziałów i centrali NFZ nie rozmnóżą potrzebnych środków finansowych.

Polska zajmuje wśród krajów OECD trzecie miejsce od końca, przed Turcją i Meksykiem, pod względem finansowania zadań zdrowotnych. Jedyne zwiększenie nakładów do wysokości 6% PKB pozwoli na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych Polaków i w dużym stopniu zlikwiduje konflikt interesów ludzi odpowiedzialnych za stan zdrowia rodaków. Tylko taka decyzja, połączona z postulowanymi przez samorząd lekarski reformami, zlikwiduje pozostałości po PRL-u. A może dlatego jesteście roszczeniowi?

Dr n. med. Stanisław Prywiński
Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej

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

• Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków:

lek. med. Włodzimierz Kasierski 602409846

RADA PROGRAMOWA: Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczęsny; wiceprzewodniczący: dr n. med. Witold Hryniewicz; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiwicz, 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 Szczęsny, 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



Nowy prezes, nowa Izba?

Nowy prezes

Od dwóch miesięcy lekarska korporacja ma nowego prezesa. Po raz pierwszy w historii Naczelną Radą Lekarską kieruje człowiek nie z Warszawy – specjalista chorób wewnętrznych Maciej Hamankiewicz. „Moim zmartwieniem będzie dorównać klasie Konstantego Radziwiłła, który był świetnym prezesem” – mówił po wyborze.

Wcześniej, przez 8 lat, doktor Hamankiewicz przewodniczył najbogatszej, Śląskiej Izbie Lekarskiej, w 2000 roku został wybrany najlepszym lekarzem Śląska. Postawiło na niego 274 delegatów X Krajowego Zjazdu Lekarzy. Złośliwi mówią, że właściwie jest przedstawicielem tylko 20 proc. lekarzy – bo taki właśnie procent odpowiada frekwencji zeszłorocznych wyborów (nazywanych z łapanek) do okręgowych izb lekarskich, co przekłada się na zainteresowanie lekarzy działalnością samorządu lekarskiego. „Zjazd reprezentuje kilkunastoprocentową mniejszość lekarzy, czyli tych, którzy na razie jeszcze nie wierzą, że Izba coś dla nich zrobi i dali się wybrać na delegatów. O poparcie świadczy niska frekwencja wyborcza »na dole«” – komentował jeden z internautów o pseudonimie Don.

Doktor Hamankiewicz zapowiada zmiany w dotychczasowym działaniu Naczelnej Izby Lekarskiej, ale raczej od razu ich nie zobaczymy, bo jak planuje: „»mają następować ewolucyjnie”. Podkreślał, że nie tylko on będzie podejmował decyzje w Naczelnej Radzie Lekarskiej, zamierza bowiem postawić na pracę zespołową. „Prezes Radziwiłł był człowiekiem ogromnie pracowitym, wiele zadań starał się wykonać sam. – mówił – Uwa-

żam, że w korporacji zadania należy rozdzielić i rozliczać się z ich wykonania. Myślę, że wszyscy członkowie rady lekarskiej zostaną zmobilizowani do pracy.” NIL ma też bardziej koordynować działalność wszystkich izb lekarskich – „nie narzucać władzy, ale łączyć” – zaznaczał. Nowy prezes nie pozostanie obojętny na ataki medialne wymierzone w lekarzy: „będziemy w takich wypadkach bardzo ostro występować” – deklaratował.

Przypomnijmy, że Konstanty Radziwiłł nie odszedł w pełni chwały. Po raz pierwszy w czasie 20-lecia istnienia izb lekarskich Naczelna Komisja Rewizyjna wniosła o nieudzielenie absolutorium Naczelnej Radzie Lekarskiej za naruszenie dyscypliny finansowej m.in.: za niejasności związane ze spółką ubezpieczeniową „Medbroker” zakupioną od Warszawskiej Izby Lekarskiej przez NIL (udziałowcami spółki było też 10 okręgowych izb lekarskich, bez BIL), a potem w większości „odsprzedaną” prywatnemu udziałowcowi za zbyt niską cenę (zawiedzenie w sprawie popełnienia przestępstwa na szkodę NIL wpłynęło do warszawskiej Prokuratury); za sprawę pożyczki udzielonej NIL upadającemu „Medbrokerowi” oraz rozrzutność związaną z zeszłorocznymi obchodami XX-lecia izb lekarskich w Poznaniu – z budżetu NIL wydano o 160 proc. więcej niż planowano, czyli ok. 500 tys. złotych (sic!). Delegaci jednak zagłosowali za udzieleniem absolutorium – część mówiła, że głos na „nie” oznaczałby krytykę całych rządów Radziwiłła, które złe nie były, ale też większość opowiedziała się za przyjęciem krytycznego dla NIL

sprawozdania Komisji – co było dowodem na to, że nie wszyscy wierzą, że finanse NIL były prowadzone tak, jak powinny.

Co to oznacza dla nas?

„To bardzo dobry wybór – ocenia nowego prezesa NIL, prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej Stanisław Prywiński – Doktor Hamankiewicz obiecał, że jego oczkiem w głowie będą małe izby lekarskie.”

No właśnie, Maciej Hamankiewicz deklaratował, że nie straci z oczu małych izb lekarskich a ich głos, mimo, że słabszy, nie zostanie pominięty: „małe jest piękne” – podkreślał. Tegoroczne wybory do Naczelnej Rady Lekarskiej (na zjeździe delegaci wybierają 35 lekarzy i 15 lekarzy dentystów do składu Rady) pokazują jednak, że najmniej liczne izby będą mówić tylko ustami swoich prezesów. Bydgoszcz, Toruń, Gorzów, Zielona Góra, Opole, Tarnów – »nie wprowadziły« do NRL swojego żadnego przedstawiciela.

Czym powinna się przede wszystkim zająć NIL pod przewodnictwem nowego prezesa? „Jako korporacja zawodowa musimy prowadzić szkolenia specjalizacyjne, nie tylko wydawać pzw. – uważa doktor Prywiński – To Izba powinna nadawać tytuł specjalisty. Tak jest już w innych samorządach. Szkolenia dla młodych lekarzy muszą się odbywać jak najbliżej ich miejsca zamieszkania, to specjalizujący powinni dojeżdżać. Kolejna sprawa: musimy uczestniczyć w tworzeniu powstającej ustawy o szpitalach uniwersyteckich.”

Agnieszka Banach



Zgodnie z ustawą o izbach lekarskich w skład NRL wchodzi: prezes, członkowie wybrani przez krajowy zjazd oraz prezesi okręgowych rad lekarskich. Rada kieruje działalnością samorządu lekarzy. Uchyła uchwały okręgowych rad lekarskich, sprzeczne z prawem lub uchwałami i regulaminami wydanymi na podstawie ustawy. Może zwrócić się do okręgowej rady lekarskiej o podjęcie uchwały w określonej sprawie, należącej do zakresu jej działania.

Jurasz jest bankrutem

Zadłużony na 125 mln zł, największy pracodawca w regionie – Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Jurasza od kilku miesięcy płaci swoim kontraktowym pracownikom z opóźnieniem, ostatnio także zatrudnieni na etacie nie dostali w terminie należnego wynagrodzenia za dyżury. „W związku z krytyczną sytuacją finansową Szpitala – jak informuje dyrektor Wanda Korzycka-Wilińska – do odwołania wstrzymuje się realizację zapotrzebowań na artykuły niezbędne realizacji procedur medycznych.” Jest źle, a niepokój wśród personelu lecznicy rośnie. O to, co się dzieje w Juraszu – pytaliśmy Miłosza Piontka, dyrektora ds. ekonomiczno – finansowych jednostki.

■ **Niektórzy winą za tak duże finansowe kłopoty lecznicy obarczają obecną dyrekcję, która szpitalem zarządza od końca 2008 roku.**

W tej chwili łączne zobowiązania szpitala wynoszą około 125 mln zł, w tym wymagalne – prawie 80 mln. Pod koniec 2008 roku poziom zobowiązań wyniósł 123 mln zł, wymagalnych było 66,5 mln. W 2008 roku, po rozliczeniu nadwykonań, szpital odnotowywał straty na poziomie sprzedaży w wysokości prawie 30 mln zł rocznie. Jeżeli otrzymamy zapłatę za nadwykonania ratujące życie za rok 2009, wynik finansowy powinien się poprawić o około 10 mln.

■ **Co ze spłatą zobowiązań?**

Jak można spłacać zobowiązania w sytuacji ciągłej straty? Zadłużenie musi narastać. A firmy w dobie kryzysu finansowego nie zgadzają się na kredytowanie, wyznaczają coraz krótsze okresy płatności, jeżeli ich nie dotrzymujemy, natychmiast wchodzi komornik. Gdybyśmy byli w stanie płacić terminowo, to nasze koszty zakupu leków, sprzętu, materiałów opatrunkowych byłyby o 30–40 proc. niższe. Na pewno nie jest tak, że nie dbamy o Szpital. Ujemny wynik finansowy lecznica ma od 2004 roku. Od dawna jest bankrutem. Działamy wbrew wszystkim prawom ekonomii.

■ **Jurasz jest najbardziej zadłużoną lecznicą w regionie. Dlaczego Wasze zobowiązania są tak duże?**

Dlaczego jest tak źle? Finansowanie jest niewystarczające. Tylko dzięki dodatkowym dotacjom z Ministerstwa Zdrowia, umorzeniu 70 proc. pożyczki z Banku Gospodarstwa

Krajowego, uzyskaniu ponad 20 mln zł z powodu umorzenia sprawy sądowej z tytułu zaległych nadwykonań, czy zapłacie przez NFZ za procedury wykonane ponad limit, przez ostatnie lata jakoś dawaliśmy sobie radę. Od ponad roku nie dostaliśmy żadnych dodatkowych środków z NFZ. W 2010 roku też nie możemy na nie liczyć. Kontrakt jest niezadowolający. Można mówić, że trzeba oszczędzać, ale przecież ceny leków, materiałów opatrunkowych – rosną. Zwykła inflacja, 3–4 proc. rocznie, w skali Szpitala to już kilkanaście milionów. To będzie najtrudniejszy rok dla nas. W perspektywie braku możliwości zwiększenia finansowania ze strony NFZ, jedyne co możemy zrobić, to szukać oszczędności w kosztach.

■ **Dyrekcja Szpitala zapowiada „cięcie kosztów”. Już wstrzymano zakupy innych niż konieczne do realizacji procedur medycznych, artykułów. Czy cięcia oznaczają też zwolnienia pracowników?**

Musimy ciąć koszty i to bardzo mocno. Na pacjentach nie możemy oszczędzać, ale w innych dziedzinach spróbujemy dostosować się do tego, co daje Fundusz. Zwolnienia? Szpital jest w trakcie realizacji planu restrukturyzacyjnego. Jednym z jego punktów jest tzw. optymalizacja zatrudnienia, czyli dostosowanie liczby zatrudnionych osób do wielkości kontraktu, a są u nas miejsca, gdzie kontrakt nie pokrywa wysokości wynagrodzeń.

■ **Kontraktowcy po raz kolejny nie dostają pensji w terminie, opóźnienia w wypłacie za dyżury dotknęły ostatnio także etatowych pracowników. Pracownicy**

szpitala niepokoją się o swoje pensje. Czy takie sytuacje będą się powtarzać?

Taka sytuacja wynika z ogromnego długu szpitala, który nie pojawił się w zeszłym roku, ale narastał przez wiele lat. Nie mamy pieniędzy i ciągle stajemy przed dylematem: wypłacić pensje w terminie, czy raczej zapłacić np. za leki używane do chemioterapii dzieci, bo firma inaczej nam ich nie dostarczy. Nie jestem cudotwórcą. Jeżeli nie dostaniemy jakiegoś dodatkowego zastrzyku pieniędzy, który pozwoli nam na kilka miesięcy odbicia, opóźnienia w wypłatach wynagrodzeń pewnie będą się powtarzać. Jeżeli udałoby się uzyskać zapłatę, przynajmniej za część nadwykonań, zyskalibyśmy trochę spokoju, ale problem i tak nie zostanie rozwiązany.

■ **Szpital w 2009 roku wykonał świadczenia ponad limit określony przez NFZ na sumę ok. 19 mln zł. Na razie nie zostały zapłacone. W planie są negocjacje z Funduszem, a jeśli to nie pomoże – sąd. Czy w tym roku też „ryzykujecie” nadwykonania?**

Każda z klinik została zobowiązana do przestrzegania określonych przez NFZ limitów oraz „podzielenia” kontraktu na przypadki pilne i planowe. Sposób podziału ustaliliśmy na podstawie danych statystycznych uzyskanych od lipca do grudnia ubiegłego roku. Wygląda to różnie w zależności od specyfiki kliniki np. na kardiologii 91–96 proc. świadczeń ma charakter pilny, a więc tylko kilka procent kontraktu można przeznaczyć na procedury planowe, co oznacza jeszcze dłuższe kolejki, podobnie jest na nefrologii i neurologii.

Rozmawiała Agnieszka Banach

Stanowisko nr 1/VI/10 Okręgowej Rady Lekarskiej BIL z dnia 18.02.2010 r.

Okręgowa Rada Lekarska BIL wyraża zaniepokojenie sytuacją finansową największej lecznicy w regionie – Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Jurasza w Bydgoszczy. Niewypłacanie uposażeń personelowi medycznemu na czas wywołuje oburzenie w środowisku medycznym, ale jest również źródłem niepokoju u pacjentów.

Wielkość zadłużenia szpitali uniwersyteckich narastająca w ostatnich latach, nakazuje zadać pytanie czy organ założycielski – właściciel – był przygotowany finansowo i organizacyjnie do pełnienia nadzoru nad swoimi jednostkami, jak również czy Urząd Marszałkowski naszego województwa właściwie przeanalizował sytuację drugiej co do wielkości lecznicy – Szpitala im. dr. Biziela – odda-

jąc ją we władanie Collegium Medicum UMK. Miało to znacznie poprawić jej sytuację finansową, dostępność do procedur medycznych (wg zapewnień władz uczelni), a obecnie okazuje się, że byt finansowy i organizacyjny obydwu lecznic jest niepewny.

Bydgoska Izba Lekarska bacznie przygląda się działaniom zarządów szpitali uniwersyteckich, jednocześnie domaga się prawa do opiniowania i współuczestniczenia w procesie restrukturyzacji ww. szpitali. Przemiany te muszą brać pod uwagę nie tylko interes Collegium Medicum UMK, ale również wysoko kwalifikowanej kadry medycznej i mieszkańców, potencjalnych pacjentów naszego regionu.

Prezes BIL – dr n. med. Stanisław Prywiński

Z ORL

18 lutego 2010

- Omówiono sprawy związane z XXVIII OZL BIL: dyskusja dotyczyła m.in. projektu uchwały programowej oraz planu budżetu na 2010 rok.
- Rozmawiano o konieczności pomocy prawnej lekarzom zatrudnionym na kontraktach.
- Poruszono problem kształcenia lekarzy dentystów. Zwracano uwagę na to, że 95 proc. z nich ma prywatne gabinety i nie chce lub nie jest w stanie szkolić rezydentów. Ustalono, że problem przeanalizują i przedstawią ewentualne propozycje rozwiązań: doktor Paweł Białożyk – wiceprezes BIL oraz lek. dent. Jolanta Kwasińska – członek prezydium ORL.
- W sprawie konieczności powołania Komisji Nauki i Kształcenia, której rolą byłaby pomoc lekarzom w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych, zwłaszcza lekarzom rezydentom i lekarzom poz, zwrócił się do ORL BIL doktor Krzysztof Tojek. Komisja organizowałaby szkolenia, kursy, ułatwiała uczestnictwo w zjazdach i konferencjach naukowych, a także współpracowała z biurem BIL w opracowaniu wniosków o pozyskanie środków z UE i NIL na szkolenia (dr K. Tojek, dr K. Dalke, dr W. Hryniewicz). ORL powołała ww. Komisję, a jej przewodniczącym został dr n. med. Krzysztof Tojek (kontakt: szkolenia@bil.org.pl).
- Zwrócono uwagę na konieczność udzielania przez BIL pomocy socjalnej lekarzom seniorom i emerytom znajdującym się w trudnej sytuacji finansowej. Osoby z takimi problemami mogą zgłaszać się do Komisji Socjalnej BIL, tam też należy kierować informacje o lekarzach potrzebujących pomocy, którzy z różnych względów nie są sami w stanie tego zrobić.
- Zdecydowano o kupnie rejestratora cyfrowego w celu monitoringu siedziby BIL – koszt to 2 tys. 800 zł.
- Ustalono, że uwagi do rozporządzenia MZ w/s przekazania izbom lekarskim środków finansowych na pokrycie kosztów czynności wykonywanych przez izby lekarskie przekaze doktor Stanisław Prywiński, a do rozporządzenia w/s kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych – doktor Andrzej Chrobot.
- Podejmowano uchwały dotyczące: przyznania praw wykonywania zawodu, powołania zespołów wizytacyjnych, zezwoleń na wykonywanie praktyk lekarskich, przyznania pożyczek szkoleniowych oraz zapomóg.

Spotkania Komisji

22 lutego 2010 – na zaproszenie Prezesa BIL licznie przybyli do Izby lekarze działający w Komisjach Bydgoskiej Izby Lekarskiej. „Chciałbym pogratulować sprawnie działającym Komisjom. Będziemy się też starali tworzyć nowe – w zależności od potrzeb” – powiedział dr Stanisław Prywiński. Spotkanie to było potrzebne, o czym świadczyła waga poruszanych spraw. (szerzej – w kolejnym numerze PNN).



Powołano Komisję Nauki i Kształcenia

Podczas posiedzenia Rady Okręgowej BIL (18 lutego) powołano komisję, która będzie zajmować się sprawami nauki i kształcenia podyplomowego. Ze strony Rady w pracach komisji będzie uczestniczył dr Witold Hryniewicz. Komisja chce pomagać w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych przede wszystkim lekarzom rezydentom i lekarzom POZ, organizując kursy oraz szkolenia; ułatwiać lekarzom uczestnictwo w zjazdach i konferencjach naukowych.

Zapraszam do pracy w Komisji Koleżanki i Kolegów, zwłaszcza tych będących na początku drogi medycznej.

Z koleżeńskim pozdrowieniem
Krzysztof Tojek – Komisja Nauki i Kształcenia

Dyżury członków ORL Bydgoskiej Izby Lekarskiej

- Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej – dr n. med. Stanisław Prywiński: **poniedziałek** 14.00–15.00, **czwartek** 14.00–15.00
- Wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej – dr n. med. Radosława Staszak-Kowalska: **środa** 17.00–18.00
- Wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej – dr n. med. Paweł Białożyk: **czwartek** 14.30–15.30
- Sekretarz Bydgoskiej Izby Lekarskiej – lek. med. Hanna Śliwińska: **czwartek** 15.30–16.00
- Skarbnik Bydgoskiej Izby Lekarskiej – lek. dent. Andrzej Kuliński: **czwartek** 12.00–13.00

Porady prawne w BIL

Radca prawny Bydgoskiej Izby Lekarskiej – mec. Jadwiga Jarząbkiewicz-Górniak udziela porad prawnych lekarzom i lekarzom dentystom, członkom Bydgoskiej Izby Lekarskiej:

- w poniedziałki w siedzibie BIL w godzinach 14.00 - 15.00.
- od poniedziałku do piątku w godzinach 10.00 - 15.00 telefonicznie pod nr (52) 322 33 94 w kancelarii prawnej.

Izba doradza lekarzom – ubezpieczenia

W sprawie obowiązkowych i dobrowolnych ubezpieczeń OC lekarzy porad udziela Jolanta Trystuła. Informacje w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej lub pod tel.: 52 34 60 084, wew. 14.

Z Komisji Stomatologicznej BIL

15.01.2010 w siedzibie BIL odbyło się pierwsze w VI kadencji posiedzenie Komisji Stomatologicznej BIL. W zebraniu uczestniczyło 18 lekarzy stomatologów, delegatów i sympatyków. Komisja Stomatologiczna BIL ukonstytuowała się w składzie: przewodnicząca – lek. dent. Jolanta Kwaśniewska i sekretarze – lek. dent. Halina Domańska-Midura i lek. dent. Aleksandra Perczak.

W czasie spotkania omawiano: 1) Sprawozdanie z pracy Komisji Stomatologicznej NRL V kadencji; 2) Zmiany w nowelizacji „Ustawy o izbach lekarskich z 2.12.2009/Dz.U.22.12.2009; 3) Zmiany w „Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty.” Dz.U.2008136.857; 4) Centralny Rejestr Lekarzy Specjalistów z 31.08.2009 – dane o specjalizacjach stomatologicznych w aspekcie demograficznym województw w Polsce i województwie Kujawsko-Pomorskim; 5) Kontraktowanie usług stomatologicznych NFZ na 2010 rok.

Komisja Stomatologiczna ustaliła, że celem jej działalności w bieżącej kadencji będzie: 1) Organizacja i pomoc w uzyskaniu bezpłatnych szkoleń w ramach kształcenia ustawicznego lekarzy; 2) Zmiana regulaminu w sprawie składu KS NRL; 3) Poprawa i usprawnienie komunikacji poprzez lepsze wykorzystanie strony internetowej; 4) Faktyczne przedstawicielstwo stomatologów w Ministerstwie Zdrowia; 5) Kontynuowanie prac legislacyjnych dotyczących form wykonywania zawodu przez lekarzy dentystów; 6) Kontynuowanie prac nad integracją środowiska stomatologicznego.

Sekretarz KS BIL – lek. stom. H. Domańska-Midura



PUK... PUK... Tu Fundacja Domu Lekarza Seniora!
Apelujemy o przekazywanie w dalszym ciągu
1% podatku rocznego na rzecz Domu!

Jak wspominałam w styczniu – jesteśmy w trakcie tworzenia NZOZ „Ekspert”, w którym będziecie pracowali w miarę swoich możliwości, a wszelkie zyski będą przekazywane na cel budowy Domu Lekarza Seniora. Kolegów, wciąż jeszcze wątpiących informuję, że do czasu zapewnienia pensjonariuszami tego domu – miejsca będą służyły jako hotelowo-uzdrowiskowe dla lekarzy z całej Polski.

Otwórzmy nasze serca i kieszenie na realizację wspólnego celu!

Małgorzata Świątkowska – Prezes Fundacji

W rocznym zeznaniu podatkowym możesz odliczyć od należnego podatku 1% i przekazać go na rzecz Fundacji DOMU LEKARZA SENIORA, która jest fundacją pożytku publicznego. Prosimy wpisać w pozycji darowizna: **Fundacja Dom Lekarza Seniora. Bydgoszcz, ul. Powst. Warszawy 11. KRS 0000223048** – kwotę przelewu. Resztę zrobi za Ciebie Urząd Skarbowy. *Dziękujemy za już przekazane kwoty na stworzenie Domu Lekarza Seniora!*

■ W związku ze zgłaszanymi przez organizacje zrzeszające inwalidów wojennych, wojskowych oraz kombatantów problemami w zakresie kolejności realizacji świadczeń opieki zdrowotnych Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przypomina wszystkim świadczeniodawcom oraz aptekom, iż stosownie do art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: **„Osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1 (posiadające tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”), inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach”.**

Wnosimy zatem o przestrzeganie wskazanej zasady oraz upowszechnianie informacji o w/w uprawnieniach wśród pacjentów korzystających ze świadczeń.

*Dyrektor Kujawsko-Pomorskiego
Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Wiesław Kiełbasiński*

■ **Komunikat w sprawie wykonywania w trybie ambulatoryjnym badań tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) realizowanych na podstawie skierowań lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wystawionych w roku 2009**

W związku z licznymi pytaniami dotyczącymi wykonywania w roku 2010 ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) **na podstawie skierowań wystawionych w roku 2009** przez lekarzy: podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy nierealizujących świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza oraz opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, iż badania te mogą być sfinansowane w sytuacji kiedy: skierowanie zostało zarejestrowane w pracowni wykonującej badanie do 31 stycznia 2010 r. oraz termin jego realizacji mieści się w okresie 1 stycznia – 31 marca 2010 r.

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej w dalszym ciągu mogą kierować na badania endoskopowe przewodu pokarmowego, które finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ASDK.

Pro Act standardem w Bizielu

Od lutego urolodzy ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 rutynowo wykonują małoinwazyjne zabiegi typu Pro Act. Bydgoszcz jest pierwszym i na razie jedynym miastem w Polsce, gdzie u chorych z nietrzymaniem moczu po prostatektomii radykalnej, tego typu operacje są przeprowadzane. „W okolicy zwieracza wszczepiany jest wzmacniający jego działanie, silikonowy implant balonowy wypełniony płynem, którego ilość można dozować przez tytanowy port, w zależności od indywidualnych potrzeb chorego” – tłumaczy, na czym polega system Pro Act, ordynator Oddziału dr n. med. Piotr Jarzemski.

Kilka miesięcy wcześniej, w październiku (o czym pisaliśmy w PNN nr 11 i 12/2009) doktor Jacek Szyperski z Oddziału Urologii, przy udziale dr. Johanna Wachtera z Oddziału Urologii i Andrologii Donauspital, po raz pierwszy zastosował implanty nowego rodzaju mechanizmu zwieraczowego pęcherza moczowego u pięciu mężczyzn. Wszyscy czują się dobrze. (a.b.)

LEP 2010

Do egzaminu wiosennego LEP-u w całym kraju przystąpiło 2598 lekarzy stażystów. Najlepszy ze zdających uzyskał 180 pkt (OIL w Warszawie), najstarszy zdobył ich tylko 56 (OIL w Szczecinie). Maksymalna liczba możliwych do zdobycia punktów wyniosła 200. Żadne zadanie nie zostało unieważnione przez komisję egzaminacyjną.

W sumie 135 lekarzy stażystów nie uzyskało niezbędnego, 112. punktowego minimum, wymaganego do zdania egzaminu. To lepiej niż podczas ostatniej, jesiennej sesji, gdzie z 2764. osób, 263 otrzymały wynik negatywny. Najlepiej wypadli stażyści z Kujawsko-Pomorskiej OIL – ich średnia to 149, 6 pkt. Średnia zdających z Bydgoskiej Izby Lekarskiej to 144,9 pkt. Zdawało tu 97 osób – dwie bez powodzenia. Najgorzej zdali młodzi lekarze z Wojskowej Izby Lekarskiej (średnia 133, 3).

(a.b.)

Program szczepień przeciwko wirusowi HPV



W Inowrocławiu – 9 grudnia 2009 r. – odbyła się, organizowana przez Starostwo Powiatowe konferencja inaugurująca w powiecie inowrocławskim program szczepień przeciwko wirusowi HPV – jedynego w Polsce współfinansowanego ze środków europejskich, w której uczestniczyli m.in.:

- Poseł na Sejm RP Teresa Piotrowska, Wicemarszałek Edward Hartwich, Dyrektor Wydziału Zdrowia K-P UW Agnieszka Bańkowska oraz, jako prelegenci:
- dr Elżbieta Narolska-Wierczewska – Konsultant Wojewódzki ds. Epidemiologii, dr Tomasz Mierzwa – Kierownik Zakładu Promocji Zdrowia Centrum Onkologii oraz Mariola Kośmider – Dyrektor Centrum Usług Zdrowotnych w Polkowicach, inicjatorka pierwszego programu szczepień p/HPV w Polsce.

Szerzej o realizowanym w powiecie inowrocławskim programie – w kolejnym numerze „Primum”.

Nowoczesny tomograf w inowrocławskim szpitalu

29 stycznia 2010 w Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu, podsumowano realizację projektu „Zakup 64-rzędowego tomografu komputerowego dla PSZOZ w Inowrocławiu”. Nowoczesny tomograf komputerowy znacznie poprawi jakość obrazowych badań diagnostycznych, wykonywanych w inowrocławskim szpitalu. Dzięki niemu skróci się czas badania pacjenta, czas naświetlania, a diagnostyka będzie udoskonalona. Władze powiatu są dumne z tej inwestycji, tym bardziej, że udało się im pozyskać na ten cel fundusze unijne w wysokości ponad 2 mil. 600 tys. zł, resztę – 1 mil.400 tys. zł. – dofinansował z własnych środków powiat inowrocławski.

Warto dodać, że we wrześniu 2009 rozpoczęła się rozbudowa szpitala, aby dostosować stację dializ do wymogów Polskich Norm Nefrologicznych. I ten cel będzie realizowany połączonym wysiłkiem finansowym powiatu i dotacji unijnych. Prace trwają...

W Miejskim można dobrze zjeść!

Na śniadanie płatki, szynka włoska, drożdżówka, pieczywo, do tego kawa. Na obiad: ryż na rosale lub kapuśniak, zraziki schabowe duszone w sosie naturalnym lub kotlet panierowany, surówka z marchwi i jabłka lub ogórka, ziemniaki. Kolacja – to sałatka ziemniaczana z ziołami, szynka drobiowa i pieczywo. Tak wygląda „od kuchni” jeden dzień z życia chorych w bydgoskim Szpitalu Miejskim. O wyborze menu decyduje dietetyk, dobierając jadłospis do konkretnego pacjenta. Co innego dostanie ten na diecie podstawowej lub niskotłuszczowej, inaczej zje cukrzyk, czy chory wymagający diety płynnej.

Jedzenie ma odpowiednią wartość kaloryczną, odżywczą, jest bezpieczne, a pacjenci zadowoleni (co potwierdzają prowadzone co kwartał badania). Z posiłków może także korzystać personel leczniczy.

„Jesteśmy profesjonalistami w zakresie żywienia pacjentów i dystrybucji posiłków w systemie zamkniętym” – podkreślają pracownicy lecznicy. Pod koniec stycznia szpital uzyskał certyfikat HACCP, który potwierdził, że w Miejskim można dobrze zjeść. W Bydgoszczy takim dokumentem może się pochwalić jeszcze tylko Centrum Onkologii.

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski „przez żółdek dotarł do serc pacjentów”, ale zamierza starać się o nich dalej. „Przygotowujemy się do akredytacji w 2012 roku. Przed nami jeszcze długa droga. – mówi Beata Świerczyńska, pełnomocnik ds. systemu zarządzania jakością – Centrum Monitorowania Jakości dokładnie sprawdzi, czy spełniamy standardy np. w zakresie: postępowania z pacjentem (ocenia m.in. jak wygląda przyjęcie chorego do szpitala i przestrzeganie jego praw), gospodarki lekiem, zapobiegania zakażeniom szpitalnym, gospodarowania odpadami.”

Agnieszka Banach

Laparoskopia jest stosunkowo nową techniką operacyjną. Pierwszy laparoskop skonstruowano ponad 200 lat temu (Philipp Bozzini), składał się on z 3 lusterek i 2 soczewek, a za źródło światła służył płomień świecy. W roku 1901 Georg Kelling jako pierwszy wziernikował jamę otrzewnową u psa, a Szwed Hans Christian Jacobaeus w 1910 wykonał pierwszy zabieg laparoskopowy u człowieka.

Pomimo postępującej miniaturyzacji i precyzji wykonania narzędzi, endoskopia ograniczała się jedynie do „zaglądania” do jamy brzusznej i innych przestrzeni ciała. Cały czas był to zabieg wykonywany przez pojedynczego operatora, który jedną ręką trzymał optykę, a drugą mógł ewentualnie użyć innego narzędzia.

Przełom nastąpił w roku 1985, kiedy wprowadzono tor wizyjny i cały zespół mógł zobaczyć pole operacyjne, a kolejny operator mógł czynnie włączyć się do operacji. Kolejne lata to doskonalenie technik operacyjnych, wydłużanie listy wskazań, a co za tym idzie stałe poszerzanie zakresu operacji endoskopowych. Nie bez znaczenia, a może właśnie kolosalne znaczenie miała polityka producentów sprzętu endoskopowego, udoskonalających narzędzia istniejące lub tworzących innowacyjne techniki operowania.

Tylko jedno niewielkie nacięcie

W Klinice Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2, kierowanej przez profesora Marka Grabca, wykonano w lutym dwa, pierwsze w Polsce, zabiegi laparoskopowe w technice LESS (Laparo-Endoscopic Single-Site Surgery) u pacjentek ze wskazaniami ginekologicznymi.

Różnica między tym zabiegiem a tradycyjną laparoskopią polega na liczbie nacięć. Zazwyczaj stosuje się trzy, a nawet cztery: jedno na wprowadzenie kamery endoskopowej, pozostałe na narzędzia. „Tu korzystamy z nowych narzędzi w laparoskopii. Trochę futurystycznych, bo powyginanych, tak sprytnie, by zmieścić się w jednym nacięciu. Z jednego miejsca wprowadzana jest kamera endoskopowa oraz narzędzia operacyjne. - tłumaczy profesor Marek Grabiec i dodaje - W konsekwencji na ciele pacjentki pozostaje tylko jedna mała blizna. Dla kobiet to ważne, bo przecież żadna pacjentka nie chce mieć rozległej blizny po operacji.”

Obie operacje wykonał zespół lekarzy ginekologów (dr med. Rafał Adamczak oraz dr Czesław Kępa), na co dzień wykonujący operacje endoskopowe w Klinice.

Pierwsza z pacjentek została przyjęta z rozpoznaniem: niepłodność pierwotna, torbiel jajnika oraz przegroda jamy macicy. Po wykonaniu półkolistego, dwucentymetrowego nacięcia skóry w pępku wprowadzono 3-drożny port roboczy (wiotki, wykonany ze specjalnego materiału przypominającego grubą folię) do jamy brzusznej, a przez niego kamerę oraz 2 narzędzia robocze. Makroskopowo stwierdzono nieznacznie siodełkowatą macicę, przepuszczającą kontrast drożne jajowody oraz niedużą torbiel jajnika, którą po odessaniu treści wyłuszczone i wydobyto. Po kontroli hemostazy wyjęto narzędzia i usunięto port roboczy. Na skórę pępka założono dwa szwy.

Druga z pacjentek została skierowana do Kliniki z powodu niepłodności pierwotnej w celu oceny narządu rodnego oraz sprawdzenia drożności jajowodów. Po wykonaniu półkolistego dwucentymetrowego nacięcia skóry w pępku wprowadzono 3-drożny port roboczy do jamy brzusznej, a przez niego kamerę oraz 2 narzędzia robocze. Po ocenie

makroskopowej macicy i przydatków podano do jamy macicy płyn kontrastujący. Zaobserwowano swobodny wypływ kontrastu do jamy brzusznej, stwierdzając obustronną drożność jajowodów. Odessano płyn z zatoki Douglasa. Po wyjęciu narzędzi roboczych usunięto port. Założono dwa szwy na skórę pępka.

Technika LESS (Olympus), SILS (Covidien) oraz inne, mają wspólną nazwę SPA (Single Port Access). Po raz pierwszy metoda ta została zastosowana w roku 2005, w Szpitalu Uniwersyteckim w Izmirze w Turcji, przez zespół chirurgów dziecięcych do operacji wycięcia wyrostka robaczkowego. Obecnie na świecie coraz powszechniej wykorzystuje się ją m.in. do cholecystektomii, appendektomii, splenektomii, ovariectomii, hysterectomii. Również w Polsce niektóre z wymienionych operacji są wykonywane przez zespoły chirurgiczne oraz urologiczne. Teraz dołączyli do nich również ginekolodzy.

Wydaje się, że to nie koniec usprawnień tradycyjnych metod endoskopowych.

Czesław Kępa

Asystent w Klinice Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej



Chroń swoje nerki – kontroluj cukrzycę



Po raz kolejny środowisko lekarskie regionu kujawsko-pomorskiego włączyło się w obchody Światowego Dnia Nerki. Wspólne siły połączyli nefrolodzy, diabetolodzy oraz lekarze rodzinni. Przewodnie hasło tegorocznych obchodów „chroń swoje nerki – kontroluj cukrzycę” powinno skłonić do zwiększenia ilości badań przesiewowych w kierunku chorób nerek, zwłaszcza chorych z cukrzycą.

W 2010 roku „oczy” środowiska medycznego zwracają się w kierunku cukrzycy, która poza nadciśnieniem tętniczym, jest główną przyczyną przewlekłej choroby nerek (PCHN). Cukrzyca jest epidemią XXI wieku. Na całym świecie 285 ml ludzi cierpi z jej powodu (w Polsce 2,7 mln) i przewiduje się, że w 2030 roku będzie ich 439 mln (w Polsce 3,1 mln). Problem dotyczy przede wszystkim na cukrzycę typu 2, która jest następstwem niezdrowych nawyków żywieniowych, otyłości i siedzącego trybu życia. Na całym świecie ponad 50% ludzi z cukrzycą nie jest świadomych swojej choroby lub nie jest z tego powodu leczonych. Wiele osób nie zdaje sobie również sprawy z uszkodzeń narządowych do jakich dochodzi w jej przebiegu. W rzeczywistości co trzecia osoba cierpiąca z powodu choroby jest dotknięta cukrzycową chorobą nerek (nazywaną wcześniej nefropatią cukrzycową). Niestety mniej niż połowa ludzi z rozpoznaną cukrzycą ma zbyt późno wykonane badania, pozwalające rozpoznać chorobę nerek w przebiegu cukrzycy. W związku z tym należy podjąć działania, których celem jest zmniejszenie ryzyka rozwoju cukrzycowej choroby nerek. Pierwszym etapem jest profilaktyka – unikanie czynników, które przyczyniają się do rozwoju chorób cywilizacyjnych. Kolejny krok - to wykonywanie badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia uszkodzenia nerek u pacjentów z cukrzycą. W tym celu najbardziej przydatna jest ocena filtracji kłębuszkowej (eGFR) oraz białkomocz (wzór do obliczania eGFR wgMDRD dostępny jest na stronie internetowej Katedry i Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego SU im. A. Jurasza w Bydgoszczy www.nerka.cpro.pl). W oparciu o pomiary glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo lub w teście OGTT rozpoznamy cukrzycę. Więcej informacji również na www.kidney.org oraz www.idf.org.

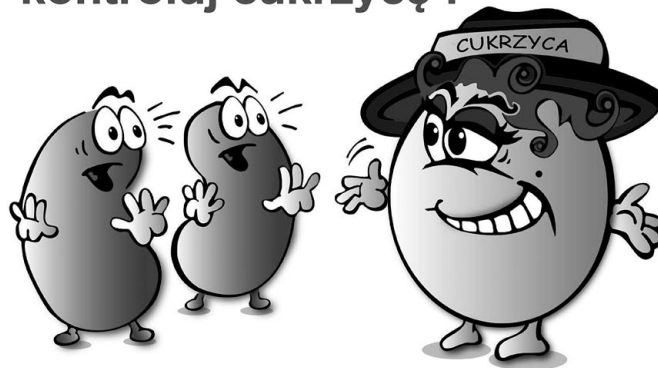
Kolejny krok to edukacja chorego. Dla pacjenta opracowano siedem złotych reguł, które w znacznym stopniu pozwolą zredukować ryzyko rozwoju chorób nerek:

1. Utrzymuj sprawność fizyczną – pozwala zmniejszyć ciśnienie tętnicze i zredukować ryzyko rozwoju PCHN. Na świecie rozpowszechniona jest idea „ruchu dla zdrowia nerek” – idea spacerowania, biegania i jazdy na rowerze. Nie zapomnijmy o starym hasle 3x30x130: aktywność fizyczna 3 razy w tygodniu, przez 30 minut, z tętnem minimum 130 uderzeń na minutę

2. Regularnie kontroluj poziom cukru we krwi – 1 raz w ciągu 3 lat u każdej osoby, która skończyła 45 lat, natomiast u osób, które są narażone na rozwój tej choroby, niezależnie od wieku 1 raz w roku

Zdumiewające Nerki !

Chroń swoje nerki – kontroluj cukrzycę !



3. Kontroluj ciśnienie tętnicze krwi. Nadciśnienie tętnicze może prowadzić do uszkodzenia nerek. Prawidłowa wartość ciśnienia tętniczego wynosi 120/80 mmHg. Między tym poziomem i 129/89 mmHg rozpoznaje się stan przednadciśnieniowy, który powinien skłonić do zmiany stylu życia i diety. Od 140/90 mmHg powinno się omówić ze swoim lekarzem ryzyko i regularnie monitorować wartość ciśnienia tętniczego krwi.

4. Zdrowo się odżywiaj i utrzymuj prawidłową masę ciała. Pomaga to chronić przed cukrzycą, chorobami serca i innymi stanami związanymi z PCHN. Zredukuj spożycie soli. Zalecane spożycie sodu wynosi 5–6 g soli na dzień (około łyżeczka od herbaty). Spróbuj ograniczyć ilość spożywanej gotowej żywności oraz jedzenie w restauracjach i nie dosalaj żywności. Sam przygotowywaj posiłki ze świeżych składników.

5. Nie pal papierosów. Palenie tytoniu spowalnia przepływ krwi do nerek, co upośledza ich zdolność do prawidłowego działania. Palenie zwiększa ryzyko raka nerek o około 50%.

6. Nie nadużywaj leków. Powszechnie dostępne leki takie, jak np. niesterydowe leki przeciwzapalne (ibuprofen), mogą powodować uszkodzenie nerek i przewlekłe choroby nerek, jeśli są spożywane systematycznie. W przypadku przewlekłych dolegliwości bólowych opracuj wspólnie z lekarzem inne metody walki z bólem, które nie będą zagrażać Twoim nerkom.

7. Skontroluj funkcję swoich nerek, jeśli masz jeden lub więcej wysokich czynników ryzyka: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, otyłość, obciążony wywiad rodzinny w kierunku chorób nerek, wiek powyżej 50 lat, palenie tytoniu.

Joanna Wiechecka-Korenkiewicz

Organizatorzy: Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych, Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii z Pracownią Medycyny Nuklearnej, Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego CM im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie diabetologii dla województwa kujawsko-pomorskiego, Bydgoskie Centrum Diabetologii i Endokrynologii, Fundacja NERKADAR.

Leczenie i profilaktyka

2 lutego 2000 r. pierwsze kobiety uzależnione od alkoholu zostały przyjęte do bydgoskiego oddziału terapii odwykowej i detoksykacji. Oddział ten powstał z inicjatywy dr. Andrzeja Lipkowskiego – ówczesnego Dyrektora Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr. E. Warmińskiego w Bydgoszczy z poparciem Prezydenta Bydgoszczy oraz Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Psychiatrii prof. Aleksandra Araszkiewicza. W ten sposób Szpital Miejski stał się założycielem trzeciej placówki o profilu psychiatrycznym w Bydgoszczy (po męskim Oddziale Leczenia Uzależnień i Klinice Psychiatrii, które początkowo wchodziły w skład struktury organizacyjnej tego szpitala). Lokalizacja oddziału przy szpitalu ogólnym odpowiada współczesnym trendom zapewniając osobom z zaburzeniami psychicznymi wszechstronną opiekę medyczną i zapobiegając stygmatyzacji. Rozwój infrastruktury oddziału następował dzięki pomocy finansowej Urzędu Miasta.

Ordynatorem oddziału został lek. Wojciech Kosmowski, który kieruje oddziałem po dzień dzisiejszy. W oddziale pracuje jeszcze dwóch lekarzy w niepełnym wymiarze godzin: dr n. med. Roman Brzeziński i lek. Małgorzata Bronisławska-Frasz. Od początku istnienia oddziału funkcję pielęgniarki oddziałowej pełni mgr Grażyna Wenda. Personel pielęgniarski liczy łącznie 5 osób, które zdobywają także kwalifikacje terapeutów uzależnień, instruktorów terapii uzależnień. Prócz terapeutów uzależnień i instruktorów terapii uzależnień pracują w nim także: psychoterapeuta i psycholog.

Do tej pory w Bydgoszczy nie było żadnej placówki, w której mogłyby się leczyć kobiety uzależnione od alkoholu. Z czasem w oddziale zaczęły się leczyć również panie uzależnione od leków nasennych i uspokajających. Choroby somatyczne, nawet poważne, nie stanowią przeciwwskazania do le-

czenia w tym oddziale. Przeciwnie – dzięki lokalizacji w szpitalu ogólnym, wieloprofilowym – szeroko dostępne są wszystkie niezbędne konsultacje specjalistyczne. Oddział zapewnia kompleksową pomoc. Dzięki temu, że oddział mieści się w strukturze szpitala szeroko dostępne stały się konsultacje psychiatryczne dla pacjentów innych oddziałów i izby przyjęć.

Aktualnie oddział prowadzi terapię kobiet uzależnionych od alkoholu lub leków nasennych i uspokajających albo z uzależnieniem mieszanym, z których przynajmniej jedno jest uzależnieniem jednym z powyższych. Inne zaburzenia psychiczne wywołane nadużywaniem alkoholu oraz leków nasennych i uspokajających także są leczone w oddziale: zespoły abstynencyjne, w tym powikłane majaczeniem i napadami drgawkowymi, zespół Wernickiego i Korsakowa.

Oddział jest placówką niewielką – liczy 10 łóżek. Panuje w nim rodzinna atmosfera. Oddział funkcjonuje na zasadzie społeczności terapeutycznej. Pacjentki mają wpływ na podejmowanie decyzji dotyczących funkcjonowania oddziału, tworzą zmieniający się co tydzień samorząd. W ten sposób potencjał grupy jest wykorzystywany dla potrzeb terapii, a pacjentki będące dłużej, w terapii wspierają nowo przyjęte.

Oddział prowadzi szeroko pojętą działalność w zakresie edukacji zdrowotnej i profilaktyki zaburzeń psychicznych. Trzykrotnie włączył się w prowadzenie programów profilaktycznych organizowanych przez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Miasta Bydgoszczy w latach 2006–2008.

Z czasem oddział uzyskał uprawnienia do prowadzenia szkolenia specjalistycznego – staży cząstkowych dla specjalizujących się w psychiatrii w zakresie psychiatrii konsultacyjnej oraz leczenia uzależnień.

Oddział Krótkoterminowej Terapii Odwykowej i Detoksykacji dla Kobiet jest oddziałem całodobowym. Przyjmuje kobiety, u których zaobserwowane i zdiagnozowane są następujące zaburzenia:

- zespół zależności alkoholowej (ZZA),
- uzależnienie od leków nasennych i uspokajających,
- uzależnienie mieszane, z których przynajmniej jedno wymieniono wyżej,
- zespół abstynencyjny w przebiegu tych uzależnień,
- majaczenie drżenne,
- stan po napadzie padaczkowym w przebiegu uzależnień,
- halucynozę alkoholową,
- zespół Wernickiego-Korsakowa.

Do oddziału przyjmowane są także pacjentki z tzw. podwójną diagnozą, tj. takie, które prócz uzależnienia mają inne zaburzenie lub chorobę psychiczną, np. schizofrenię czy chorobę afektywną dwubiegunową.

Zależnie od wskazań stosowana jest farmakoterapia. Wszystkie pacjentki mają stosowaną psychoterapię – oddziaływania terapeutyczne są prowadzone szeroko. W prowadzenie terapii angażuje się cały personel – zależnie od posiadanych kwalifikacji.

Program terapeutyczny trwa od 4 do 8 tygodni w zależności od rodzaju uzależnienia (dłuższy w przypadku osób uzależnionych od leków nasennych i uspokajających, krótszy u uzależnionych od alkoholu) i głębokości schorzenia. Program realizowany jest poprzez:

- terapię indywidualną,
- terapię grupową,
- pracę z rodziną,
- metodę społeczności terapeutycznej,
- zajęcia psychoedukacyjne,
- trening umiejętności społecznych.

Tekst przygotował: Ordynator Oddziału – lek. med. Wojciech Kosmowski



Personel Oddziału Krótkoterminowej Terapii Odwykowej i Detoksykacji dla Kobiet (na zdjęciu od lewej strony): pielęgniarka oddziałowa mgr Grażyna Wenda – specjalista psychoterapii uzależnień; psycholog – mgr Ewa Wyrzykowska; pielęgniarka, mgr socjologii – Bożena Wszółta; mgr pielęgniarska – Joanna Sommerfeld; pielęgniarka, licencjat pedagogiki – Iwona Zaremba; psychoterapeuta, trener PTP – mgr Aleksandra Froelich-Deja; pielęgniarka, licencjat pedagogiki – Magdalena Borowiec; ordynator Oddziału – lek. med. Wojciech Kosmowski – specjalista psychiatrii.

Nowa ustawa o izbach lekarskich CZEŚĆ I

W dniu 1 stycznia 2010 r. weszła w życie ustawa o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r.

Ponad dwadzieścia lat obowiązywania starej ustawy ujawniło jej błędy, liczne wady i niedostatki. Mimo ośmiu nowelizacji na przestrzeni czternastu lat (1990–2004) nie zdołano dostosować jej do modelu funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce. Stąd decyzja ustawodawcy, aby uchwalić nowy akt legislacyjny, rezygnując tym samym z kolejnych nowelizacji.

Niniejszy artykuł ma na celu przybliżyć Państwu nową treść ustawy o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r.

Ustawa o izbach lekarskich *to żadna rewolucja, ale usankcjonowanie stanu istniejącego od niemal dwudziestu lat* – podsumował rezultat prac ustawodawczych były prezes NRL Konstanty Radziwiłł. Nowe przepisy są bowiem niejednokrotnie podniesieniem do rangi ustawowej rozwiązań, dotychczas funkcjonujących jedynie w praktyce.

Samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów jest powołany do reprezentowania osób wykonujących zawody lekarza i lekarza dentysty, sprawowania pieczy nad należytych wykonywaniem tych zawodów, mając na uwadze interes publiczny, jak również jego ochronę.

Okręgową Izbę Lekarską, w tym Bydgoską, stanowią lekarze wpisani na odpowiednią listę członków.

Zadania samorządu lekarzy wykonują organy okręgowej izby lekarskiej, takie jak:

- okręgowy zjazd lekarzy,
- okręgowa rada lekarska,
- okręgowa komisja rewizyjna,
- okręgowy sąd lekarski,
- okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej.

Do kompetencji Okręgowej Rady Lekarskiej należą:

- przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji lekarzy, będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, zamierzających wykonywać zawód;

- zawieszanie i pozbawianie prawa wykonywania zawodu oraz ograniczanie w wykonywaniu zawodu;
- prowadzenie postępowania w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu;
- prowadzenie lub udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy;
- opiniowanie i wnioskowanie w sprawach kształcenia przed – i podyplomowego lekarzy i w innych zawodach medycznych;
- przewodniczenie komisjom przeprowadzającym konkursy na stanowisko ordynatora i uczestnictwo w konkursach na inne stanowiska w ochronie zdrowia, jeżeli odrębne przepisy tak stanowią;
- opiniowanie kandydatur lekarzy na stanowiska lub funkcje, jeżeli odrębne przepisy tak stanowią;
- prowadzenie rejestrów lekarzy, rejestrów praktyk lekarskich i rejestrów podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy oraz rejestrów lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód lekarza;
- opiniowanie warunków pracy i płac lekarzy;
- integrowanie środowiska lekarskiego;
- działania na rzecz ochrony zawodu lekarza, w tym występowanie w obronie godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy;
- prowadzenie badań dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza;
- udzielanie zainteresowanym lekarzom informacji dotyczących ogólnych zasad wykonywania zawodu, zasad etyki lekarskiej, a także o przepisach dotyczących ochrony zdrowia;
- prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin;
- współdziałanie z organami administracji publicznej, związkami zawodowymi oraz innymi organizacjami w kraju i za granicą w sprawach dotyczących ochrony zdrowia i warunków wykonywania zawodu lekarza;
- współdziałanie z samorządami zawodów medycznych i innymi organizacjami re-

prezentującymi zawody medyczne w kraju i za granicą oraz organami państw członkowskich Unii Europejskiej,

- współpraca z towarzystwami naukowymi, uczelniami, instytutami i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą;
- zarządzanie majątkiem i działalnością gospodarczą izb lekarskich.

Ponadto, Okręgowa Rada Lekarska, która kieruje działalnością Bydgoskiej Izby Lekarskiej w okresie między Okręgowymi Zjazdami Lekarskimi m.in.:

- sprawuje pieczę nad należytych i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza przez członków okręgowej izby lekarskiej;
- upowszechnia zasady etyki lekarskiej oraz dba o ich przestrzeganie
- reprezentuje i chroni indywidualne i zbiorowe interesy członków izby
- oraz prowadzi odpowiednie rejestry i wydaje biuletyn.

Szczególne znaczenie ma udzielanie pomocy przez Okręgową Radę Lekarską lekarzom i lekarzom dentystom mającym prawo korzystać z pomocy izb lekarskich w zakresie doskonalenia zawodowego, ochrony właściwych warunków wykonywania zawodu lekarza oraz z ochrony i pomocy prawnej w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, a także ze świadczeń społecznych izb lekarskich oraz działalności samopomocowej. ■

Powyższe omówienie podstawowych kompetencji samorządu lekarskiego było niezbędne celem przekazania Szanownym Czytelnikom podstawowych informacji o działaniu naszej izby.

Kolejne artykuły, publikowane w następnych numerach Biuletynu, pozwolą Państwu zapoznać się z zasadniczymi zmianami, jakie wprowadziła nowa ustawa o izbach lekarskich w poszczególnych obszarach działalności samorządu lekarskiego.

*Oprac. Radca Prawny BIL
Jadwiga Jarząbkiewicz-Górniak
(prowadząca Kancelarię Radcy Prawnego)*

Honorowy Tytuł Przyjaciela Bydgoszczy dla doktor Haliny Grzybowskiej-Rogulskiej

„Towarzystwo Miłośników Miasta Bydgoszczy, najstarsze w Polsce stowarzyszenie miłośników miast, z rodowodem sięgającym 1832 roku, składa Pani najserdeczniejsze podziękowanie za pomoc i współrealizację spotkań autorskich służących kultywowaniu tradycji naszego miasta.

Wyrazem naszej wdzięczności jest przyznanie Pani Honorowego Tytułu Przyjaciela Bydgoszczy.”

Tytuł ten został nadany i uroczystie ogłoszony wszystkim członkom i gościom Towarzystwa Miłośników Miasta Bydgoszczy zebranym podczas dorocznego spotkania Towarzystwa w styczniu 2010 w sali kongresowej Opery „Nova” w Bydgoszczy. Panią doktor Halinę Grzybowską prezes TMMB Jerzy Derenda uhonorował m. innymi jako organizatorkę spotkań w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej, poświęconych prezentacji historii Bydgoszczy. W sali opery zebrało się liczne i znakomite grono czynnych miłośników Bydgoszczy. Miło było słuchać i widzieć, że wśród uczestników, uhonorowanych wdzięcz-

nością, dyplomami i książkami (o Bydgoszczy – oczywiście!) są bydgoscy lekarze.

Przypominając dokonania Towarzystwa w roku 2009 wymieniano doktora Mieczysława Boguszyńskiego (autora wydanej w 2009 roku książki „Od warsztatu balwierskiego do szpitala klinicznego”) i dr Radosławę Staszak – Kowalską, poprzedniego prezesa BIL (książka z historii bydgoskiego leczenia ukazała się dzięki znaczącemu, finansowemu wsparciu Bydgoskiej Izby Lekarskiej), w gronie tych osób, które przyczyniły się w ubiegłym roku do pomnożenia wiedzy i – poprzez to – do zbliżenia się do swego mia-



sta. Bo przecież: „By pokochać, trzeba poznać”, tak napisała doktor Halina Grzybowska, relacjonując w „PNN” to, „bydgoskie” spotkanie w Izbie Lekarskiej.

(t.b.)



Tradycyjna, lecz jakże inna, „Medyczna Noc” w Operze

Jak co roku środowisko lekarskie i jego przyjaciele bawili się w Operze Nova. W tym roku zainteresowanie balem wśród lekarzy było nieco mniejsze, ale dopisali przyjaciele i frekwencja – koniec końców – była nienajgorsza. Może warto by wrócić do pomysłu, który kiedyś już podałem, aby właśnie to spotkanie poświęcić na wręczenie odznaczeń, dyplomów, wyróżnień. Dzieje się to na Zjazdach Delegatów czy oddzielnych, a tak można by to zrobić w obecności wielu Koleżanek i Kolegów.

12 lutego rozpoczęto tradycyjnie koncertem. W latach ubiegłych przygrywał nam El Jazz, a w ten piątek czekała nas nie-

spodzianka. Wystąpiła Orkiestra pod dyrykcją Marka Czeakały i soliści, a wśród nich – na fortepianie Piotr Salaber. Jednak gwiazdami wieczoru okazali się podopieczni Fundacji „Pro Omnibus” z Ciechocinka. Ci niepełnosprawni młodzi śpiewacy po prostu rzucili wszystkich na kolana. Nie poddają się chorobie czy ułomnościom ciała, a rozwijają wspaniały talent śpiewaczy. Tak pięknych głosów nie zawsze dane jest słuchać nawet w operze. Wielka chwała dla ich sponsorów, opiekunów i muzyków, którzy ćwiczą z tą młodzieżą. Mottem koncertu mogłyby być słowa piosenki-hymnu fundacji.

*„Za uśmiech serce weźcie dziś
Nie lukrowane lecz prawdziwe.
Łatwiej Wam wtedy będzie iść
Przez tego świata ścieżki krzywe”*

Tych uśmiechów było na sali wiele, ale udziałem też i autentyczne łzy wzruszenia. Owacje na stojąco, trwające wiele minut, zakończyły ten niezwykły koncert.

A po koncercie – tradycyjne tańce pod muzykę „Żuków”. No i nocne Polaków rozmowy. A jak wiadomo, jest o czym.

Wojciech Szczęsny

PS. Relacja obejmuje bal do godziny 23.30. No cóż, następnego dnia miałem dyżur.

Marek Jurgowiak



Czy potrzebna jest popularyzacja nauki?

„Wtedy tylko można zrozumieć istotę rzeczy, jeśli zna się ich pochodzenie i rozwój”

Heraklit z Efezu (540–480 p.n.e)

W grudniu minionego roku rozstrzygnięty został konkurs „Popularyzator Nauki 2009” Serwisu Nauka w Polsce, Polskiej Agencji Prasowej SA, przy współudziale Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Celem, już V Edycji Konkursu, było wyłonienie spośród parających się nauką i dziennikarstwem naukowym w Polsce tych osób, które w szczególności przyczyniają się do popularyzacji osiągnięć współczesnej nauki, w tym nauki polskiej.

Jako nominowany do Konkursu, co uważam za sporą nobilitację, skreślałam tych kilka słów na temat popularyzacji wiedzy, która to działalność stale w niektórych środowiskach uchodzi za niezbyt istotną, chociaż bywa już zauważana i doceniana. Jest to z całą pewnością sukces samych popularyzatorów uprawiających tę działalność, jak i osób oraz instytucji decydujących o kształcie i funkcjonowaniu nauki w Polsce, a także samych odbiorców prac popularyzatorskich.

Popularyzacja nauki jest „prawdziwą sztuką” ukazywania w przystępny sposób tego, co w nauce najciekawsze i skomplikowane zarazem. Na ile to twierdzenie jest prawdziwe, wie każdy, kto podejmował się działań popularyzatorskich. Rolę takiego przekazu wiedzy uświadomimy sobie wraz ze zrozumieniem, że o ile nie wszyscy są twórcami nauki, mającymi wpływ na jej rozwój, o tyle wszyscy jesteśmy jej konsumentami. Wszyscy czerpiemy z postępu w nauce, z jej osiągnięć, choćby korzystając z najnowszej ge-

neracji leków czy najnowocześniejszych form terapii, bądź wszelakich nowinek technologicznych. Natomiast pośrodku między twórcami i odbiorcami postępu naukowego znajduje się popularyzator wykonujący trudne zadanie zebrania, uporządkowania i wyjaśnienia odbiorcy zawartości najnowszych dokonań i osiągnięć zespołów badawczych. Każda dyscyplina naukowa posługuje się ponadto własnym językiem – żargonem, coraz bardziej wyodrębnionym i coraz trudniejszym. Upowszechniając wiedzę należy stosować przynajmniej dwa języki – swój dyscyplinarny i ten ogólnoludski, przy zachowaniu jednocześnie wszelkich walorów naukowych omawianego zagadnienia. Zatem nie tylko warto, ale wręcz należy, naukę wyprowadzać z ciemnych sal wykładowych i stron fachowych pism naukowych na światło dzienne i dzielić się tym, co interesujące w nauce, z każdym, ciekawym świata człowiekiem niezależnie od wieku i wykonywanej profesji.

Żyjemy w czasach szybkiego przepływu informacji i zarazem gwałtownego postępu technologicznego i naukowego. Codziennie ukazuje się ogrom publikacji w każdej dziedzinie, tak, że niemożliwym jest śledzenie tego, co najnowsze w nauce w ogóle, ale nawet w swojej wąskiej specjalistycznej sferze badań naukowych, nie wspominając już o ludziach zawodowo nie parających się nauką, ale nią żywo zainteresowanych. Wyznacza to nowe sfery działań upowszechniania zdobyczy współczesnej nauki i wyjaśniania w przystęp-

ny sposób tego, co w nauce najciekawsze i mające wpływ na szybki postęp w sferze szeroko pojętej ewolucji kulturowej i cywilizacyjnej.

Zawsze staram się prowadzić wykłady i pisać teksty w myśl zasady, którą przekazuję słuchaczom i czytelnikom, że wykład i tekst, a szczególnie popularyzujący, nie powinien ograniczać się tylko do ścisłego przekazu wiedzy, a powinien zawierać pierwiastek intelektualny, wykraczający poza nurt głównych naukowych treści niesionych przez popularyzatora.

Przekazując wiedzę słuchaczom i czytelnikom staram się też, aby postrzegali naukę jako narzędzie do poznania otaczającego nas świata i w tym nas samych. Choć pewnie nigdy nie uda się sformułować ostatecznej, kompletnej definicji życia i pojąć jego absolutnej istoty, to warto do tego celu zmierzać. Zatem nauka wydaje się być nieskończoną dziedziną działań człowieka, a popularyzacja nauk biomedycznych powinna służyć człowiekowi w rozumieniu tego, co dzieje się w laboratoriach naukowych i pośrednio przecież dotyczy nas samych, gdyż to często my jesteśmy podmiotem tego postępu i jednocześnie ostatecznymi konsumentami efektów prac badawczych.

Myślę, że nawet najdrobniejsze działania na tym polu są cenne i godne uwagi, a dostrzeżenie ich przez innych może przynieść nie tylko satysfakcję intelektualną, ale co najważniejsze wzmocnienie wiary, że warto parować się tym zajęciem.

Bronisław Zachara



Czy selen jest lekarstwem?

Odpowiadając na postawione w tytule pytanie, od razu należy stwierdzić, że selen nie jest lekarstwem, ale powszechnie uważa się, że jego niedobór w organizmie może prowadzić do rozwoju niektórych chorób, a jego pobieranie – u osób z niedoborem (niskie stężenie w krwi) – może niektórym chorobom zapobiegać.

Selen jest pierwiastkiem śladowym, tzn., że występuje w organizmie w niewielkich, śladowych ilościach. Pierwiastek ten został odkryty w 1817 r. przez szwedzkiego chemika i lekarza, J.J. Berzeliusa. Od tej daty, przez ponad 100 lat, był on prawie niezauważany przez naukowców. Na przełomie lat 1930/40 sądzono, że selen jest pierwiastkiem toksycznym i rakotwórczym. Taka interpretacja była związana z faktem, że naukowcy źle interpretowali wyniki swoich badań. Dopiero w 1957 r., amerykański uczone, Klaus Schwarz (na zdjęciu) i współpracownicy wykazali, że tzw. czynnik 3, wyizolowany ze sproszkowanej nerki, dodany do paszy, zapobiega martwicy wątroby u szczurów i skazie wysiękowej u drobiu. Głównym składnikiem tego czynnika był selen. Odkrycie to dowiodło, że selen jest niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania tkanek

i wzrostu organizmu, a jego niedobór prowadzi do uszkodzenia komórek. W późniejszych latach wykazano, że niedobór selenu u jagniąt i cieląt prowadzi do rozwoju pokarmowej dystrofii mięśni, a u dorosłych zwierząt do poronień i upadków. U młodych świń niedobór selenu był przyczyną choroby morwowatego serca. Dodatek selenu do paszy zapobiegał rozwojowi tych chorób, ale nie cofał zmian w już uszkodzonych narządach.

Selen jest także pierwiastkiem toksycznym. Zatrucia selenem obserwowano u zwierząt gospodarskich, które przez dłuższy czas spożywały rośliny zawierające toksyczne ilości selenu. Chorobami tymi były między innymi choroba alkaliczna i błędna kołowacizna. Ostatnio na świecie obserwuje się głównie choroby związane z niedoborem selenu, bardzo rzadko z zatruciem (z wyjątkiem zatruc przypadkowych).

Najczęstszymi chorobami związanymi z niedoborem selenu u ludzi są: nowotwory złośliwe, choroby sercowo-naczyniowe i niektóre inne, mniej udokumentowane. Na przełomie lat 1960/70, w badaniach przeprowadzonych na terenie USA, wykazano, że u osób mieszkających w stanach, w których gleba miała niską zawartość selenu i ludność spożywała mało tego pierwiastka, zapadalność i umieralność na raka różnych narządów była wyższa niż u mieszkańców stanów bogatoselenowych, spożywających artykuły bogatsze w selen. Podobne obserwacje otrzymano w badaniach ludności mieszkańców ponad 20 innych krajów. Wykazano, że u ludzi spożywających żywność ubogoselenową stężenie selenu w krwi było niższe niż w grupach odżywianych się artykułami zawierającymi wyższe ilości selenu i, że u chorych na raka stężenie selenu w krwi było znacznie niższe niż w grupie osób zdrowych. Wyniki badań przeprowadzone w kilku prowincjach Chin (regiony ubogoselenowe) również potwierdziły istnienie zależności pomiędzy niskim stężeniem selenu w krwi a zachorowalnością i umieralnością na raka wątroby, żołądka i przełyku.

W badaniach wykonanych w końcu lat 1990. Clark i wsp. (USA) wykazali, że u ludzi, którym podawano przez okres około 10 lat po 200 µg selenu dziennie (w postaci drożdży bogatoselenowych), zapadalność i umieralność na raka płuc, jelita grubego i gruczołu krokowego była (w sumie) o 50% niższa niż w grupie otrzymującej drożdże bezselenowe (placebo). Stężenie selenu w osoczu krwi osób pobierających selen było o około 70% wyższe w porównaniu grupą przyjmującą placebo. Badania wykonane w ostatnim ćwierćwieczu wykazały, że minimalne dzienne zapotrzebowanie na selen u ludzi wynosi od 55 (kobiety) do 70 µg (mężczyźni), co odpowiada około 1 µg Se/kg masy ciała. Wiele naukowców sądzi jednak, że człowiek powinien spożywać w diecie taką ilość selenu, aby jego stężenie w krwi wynosiło około 100 ng/ml. W wielu krajach eu-

ropejskich stężenia te wynoszą od 50 do 70 ng/ml. Selen cechuje się wąskim zakresem bezpieczeństwa pomiędzy dawką niedoborową i toksyczną. Uważa się, że dzienne pobieranie selenu u ludzi nie powinno przekraczać dawki 600 µg.

Pośród chorób sercowo-naczyniowych niska zawartość selenu w organizmie może prowadzić do endemicznej, młodzieńczej kardiomiopatii (tzw. choroba Keshan), nieendemicznej kardiomiopatii, innych chorób sercowo-naczyniowych, wśród nich zawału serca. Choroba Keshan jest schorzeniem występującym na terenie Chin (region Keshan, gleba ma krytycznie niską zawartość selenu) i dotyczy głównie dzieci w wieku do 15. roku życia oraz kobiet w okresie płodności. Osoby, u których stwierdzano tę chorobę spożywały dziennie około 11 µg selenu, a stężenie w krwi wynosiło 8-10 ng/ml. Na początku lat 1970. zaczęto dzieciom podawać profilaktycznie selen. Początkowo liczba zachorowań i zgonów zmniejszyła się, a po kilku latach śmiertelność z powodu tej choroby została wyeliminowana. Opisane są przypadki kardiomiopatii u osób odżywianych pozajelitowo. Ponieważ płyny odżywcze nie zawierały selenu, dochodziło do drastycznego obniżenia stężenia pierwiastka we krwi i do rozwoju choroby. Z powodu późnego rozpoznania przyczyny, doszło do uszkodzenia mięśnia sercowego i podanie selenu nie pozwoliło na utrzymanie chorych przy życiu. Należy pamiętać, że selen nie jest lekiem, nie leczy choroby, on może jej jedynie zapobiegać.

W innych chorobach serca obserwuje się również niskie stężenie selenu w krwi. Fińscy naukowcy wykazali istnienie zależności pomiędzy niskim stężeniem selenu w krwi a ryzykiem śmierci z powodu zawału mięśnia sercowego. Wykazali także, że u ludności mieszkającej w tych częściach kraju, w których zawartość selenu w glebie jest niska (Finlandia jest krajem o najniższej w Europie zawartości selenu w glebie), częstość występowania zawału serca jest 2-krotnie wyższa w stosunku do ludności zamieszkującej regiony o wyższej zawartości selenu w glebie.

Wiele autorów zwraca uwagę, że w niektórych innych stanach chorobowych [muskowiscydoza, zaćma, choroby wirusowe (AIDS, HBV), przewlekła choroba nerek] stężenie selenu w krwi jest niższe w porównaniu z osobami zdrowymi. Również w niektórych stanach fizjologicznych jak np. ciąża, karmienie piersią, stężenie selenu jest niskie gdyż część tego pierwiastka matka przekazuje rozwijającemu się płodowi lub wydziela z mlekiem. W takich stanach zaleca się podawanie preparatów selenowych.

Artykuły żywnościowe są dla człowieka zwierząt głównym źródłem selenu. Pierwiastek ten jest wbudowany do białek w postaci aminokwasów: selenocysteiny – w białkach zwierzęcych i selenometioniny – w białkach roślinnych. Ilość selenu wbudowana do

białek roślinnych jest bardzo zróżnicowana, zależnie od regionu, w którym zboża i rośliny były hodowane lub skąd pochodziła pasza, którą zwierzęta były karmione (z Ameryki Północnej – wysoka zawartość selenu, z Europy – od 8 do 10 razy niższa zawartość pierwiastka). Zawartość selenu w glebie różnych krajów jest bardzo zróżnicowana: jest niska w Finlandii, Nowej Zelandii i w regionie Keshan, natomiast wysoka w Ameryce Północnej, Wenezueli i niektórych innych krajach Ameryki Południowej. Gleby krajów europejskich są raczej ubogie w selen. Wobec powyższego ilość selenu spożywana w diecie przez ludzi zależy od miejsca zamieszkania. Mieszkańcy USA i Kanady pobierają dziennie od około 70 do ponad 200 µg, Wenezueli – ponad 200 µg. Stosunkowo małą ilość selenu pobierają mieszkańcy krajów europejskich (od 30 do 60 µg). Badania mojego zespołu wykazały, że w Polsce ilość selenu pobierana dziennie z pokarmem wynosi około 40 µg. Bogatym źródłem selenu są „owoce” morza, ryby, potrawy mięsne i jaja. Czosnek oraz orzechy brazylijskie są także bogatym źródłem selenu. Warzywa i owoce cechują się niską zawartością tego pierwiastka. Wykazano, że mieszkańcy Japonii, z powodu spożywania dużej ilości ryb i „owoców” morza pobierają dziennie od 100 do 160 µg selenu. Selen organiczny (białka, drożdże wzbogacone w selen) jest bezpieczniejszy i lepiej przyswajalny niż selen nieorganiczny.

Biologiczna rola selenu polega na działaniu białek do których pierwiastek jest wbudowany. Wykazano to w 1973 r., niezależnie w dwóch ośrodkach: w Tübingen (Niemcy) i w Wisconsin (USA). Wykazano wówczas, że selen wchodzi w skład centrum aktywnego peroksydazy glutationowej – enzymu, który rozkłada szkodliwe dla komórek: nadtlenuk wodoru i nadtlenuki organiczne. W tej chwili znanych jest 5 peroksydaz glutationowych i w sumie około 30 selenobiałek. Funkcją peroksydazy jest rozkład nadtlenuków. Enzymy te, we współdziałaniu z innymi układami antyoksydacyjnymi, chronią organizm przed działaniem reaktywnych form tlenu (RFT). RFT są nieustannie produkowane w organizmie i uszkadzają między innymi DNA, białka i składniki lipidowe błon komórkowych. Ciągłe uszkodzanie tych składników jest między innymi przyczyną rozwoju niektórych chorób, takich jak np. nowotwory złośliwe.

Dr Jeejeebhoy (Toronto, Kanada) radzi: „Pierwiastki śladowe powinno się brać od początku, bez czekania na pojawienie się objawów ich niedoboru”. Wiele specjalistów zajmujących się selenem stosuje się do tej zasady.

Prof. dr hab. med. Bronisław Zachara zajmuje się metabolizmem selenu u ssaków od ponad 30 lat. Był kierownikiem Katedry Biochemii w WAM w Łodzi, ATR i AM w Bydgoszczy. Obecnie jest rektorem Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy i wykładowcą biochemii w tej szkole. Adres internetowy: bronzach@yahoo.com, bronzach1@gmail.com

Jerzy Kąkol



Cierpienie ...czyli zamyślenia nad przemijaniem

Każdy z nas zetknął się z różnymi formami własnego cierpienia, cierpienia kogoś bliskiego lub pacjenta. Mamy okres Wielkiego Postu, który nas katolików nastraja do refleksji nad sensem życia i sprawami ostatecznymi. Choć minęło już kilka lat od śmierci Jana Pawła II, kończącej pasmo ogromnych męczarni, jakie znosił w związku z chorobą i podeszłym wiekiem, jest on nadal przykładem heroizmu w walce z własnymi słabościami, przy całkowitym zawierzeniu woli Bożej. Doskonale odczytywali jego wielkość nie tylko wierzący, ale także osoby innych wyznań i niewierzące.

Jako lekarz często stawałem i stoję wobec cierpienia moich pacjentów, którym nie zawsze mogę pomóc. Ma ono różne wymiary. Ból fizyczny w wielu wypadkach potrafimy opłacać nowoczesnymi środkami i metodami. Znacznie trudniej przeciętnemu lekarzowi pochylić się nad tak zwanym cierpieniem „duchowym”. Bo jak wytłumaczyć je choremu, który został zupełnie sam, opuszczony przez bliskich, zajętych własnymi „niezwykle ważnymi” sprawami. Co powiedzieć staremu ojcu lub matce, która codziennie czeka na odwiedzin w szpitalu lub hospicjum na swoje dzieci, które zapomniały o nich? Często choroba wiąże się z dramatycznym pogorszeniem sytuacji ekonomicznej, a niespłacone zobowiązania ściągane bezlitośnie przez komornika, doprowadzają do ruiny ekonomicznej,

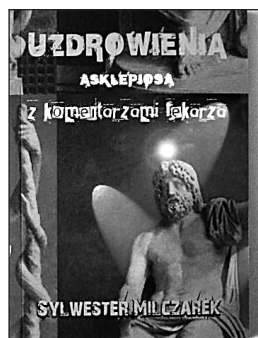
widma głodu i skrajnego ubóstwa. Jak powiedzieć zboleiałym rodzicom, że dla ich dziecka nie ma już ratunku? Dla osób niewierzących jest to dramat i koniec wszystkiego, gdy tymczasem chrześcijanie-katolicy dostrzegają ów nadprzyrodzony wymiar cierpienia.

Pamiętam słowa mojej Mammy starowinki, która doświadczyła od młodych lat, poprzez lata wojny i okresu powojennego tak wielu bolesnych doświadczeń, że można by nimi „obdzielić” kilka życiorysów, a my, jej dzieci, dowiedzieliśmy się o tym bardzo późno i zupełnie przypadkowo, bo nigdy o tym nie mówiła. Zawsze z wielkim wyczuciem i taktem pomagała tym, którzy byli jeszcze bardziej doświadczani przez nieszczęścia. Do tej pory ma w sobie wiele serdecznego ciepła, które wyczuwają zupełnie obce jej osoby i traktują ją jak własną matkę. A mnie, kiedy mam jakieś trudności, mówi: „nawet jak nad tobą zbierają się czarne chmury, pamiętaj, że nad nimi nie przestaje świecić słońce”. Nie ma co patrzeć w ziemię, bo tam słońeczka nie ma”. I jeszcze jedno powiedzenie tej prostej kobiety: „widocznie Bóg bardzo ciebie kocha, bo „byłe komu” cierpienia nie daje. Skoro na barki własnego Syna włożył krzyż, a przecież to nie jest „byłe kto”, to spotkało ciebie szczególne wyróżnienie. Bóg nigdy nie pozostawia cierpiącego w osamotnieniu (w odróżnieniu od ludzi) i zawsze przysyła mu „Cyrenejczyka”, aby pomógł nieść twój krzyż cierpienia”.

Dla niewierzących to wszystko nie ma sensu, lecz osoba, dla której Chrystus jest wzorem człowieczeństwa, na nowo odkrywa inny wymiar swojego bolesnego doświadczenia. Wspólnie z Nim łatwiej nam znosić niedolę, upokorzenie, ból, odrzucenie i samotność.

Jakże wielu współczesnych świętych wdziało w sponiewieranym biologicznie, duchowo i moralnie człowieku, cierpiącego Jezusa i w sposób heroiczny zatracali się w niesieniu im wielorakiej pomocy. Może warto pokusić się o refleksję nad bolesnym wymiarem naszej egzystencji, wszak nie będziemy wiecznie młodzi, sprawni intelektualnie i fizycznie. Nie znaczy to, że mamy być posępni i życie spędzać w pokutnym worze. Cieszymy się życiem, a refleksja nad przemijaniem i bólem pozwoli nam pełniej odkryć jego niepowtarzalny urok.

Jerzy Kąkol – dr nauk medycznych (37 lat pracy), specjalista hematolog, specjalista chorób wewnętrznych, zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej ubiegłej i obecnej kadencji, prezes Oddziału Kujawsko-Pomorskiego Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, pierwszy senior i członek zarządu Domu Bydgoskiego Archikonfraterni Literackiej pw. Niepokalanego Poczęcia N. Maryi Panny.



„Lekarskie” książki

Uzdrowienia Asklepiosa z komentarzami lekarza

W krakowskim wydawnictwie „Miniatu-
ra” ukazała się kolejna, bo już piąta, moja książka pt.: „Uzdrowienia Asklepiosa z komentarzami lekarza”.

Książka składa się z dwóch części. Część pierwsza zawiera tłumaczenia siedemdziesięciu opisów cudownych uzdrowień pacjentów we śnie, w świętym obwodzie w Epidaurze (Grecja), przez boga medycyny Asklepiosa, spisanych na czterech kamiennych stelach. Każde uzdrowienie – „cud” jest skomentowane w duchu współczesnej medycyny. Ta część nosi tytuł „Uzdrowienia we śnie boga Asklepiosa”, Część druga, to obszerny esej na temat medycyny staroegipskiej i jej wpływu na medycynę starogrecką, głównie oniryczną, pt. „Hieron Asklepiosa w Epidaurze”. Warto podkreślić, że wiadomości o medy-

cynie staroegipskiej zaczerpnięto z najnowszych, niepublikowanych dotychczas badań polskich egiptologów. Za ich udostępnienie i wyjaśnienia autor serdecznie dziękuje Panu prof. dr hab. Andrzejowi Niwińskiemu z Uniwersytetu Warszawskiego. Treść pracy wzbogacono ilustracjami z archiwum autora i cenną bibliografią. Książka liczy 144 strony. Każda książka popularno – naukowa z historii medycyny, a taka jest prezentowana, wzbogaca świat lekarski o wartości humanistyczne i tej przyświeca taki sam cel. Czytelniku – „Niech bogowie Apollon i Asklepios obdarują Cie szczęściem”

Sylwester Milczarek

Tę książkę i inne moje, można nabyć w krakowskim wydawnictwie „Miniatu-
ra” Kraków, 30–307, ul. Barska 13, tel. 12 267 10 39.

Ostromecko – kurortem?

Rozmowa z dr. n. med. Sylwestrem Milczarkiem, pomysłodawcą i liderem grupy inicjatywnej

– Pomysł narodził się 9 lat temu, kiedy zamieszkałam na terenie gminy Dąbrowa Chełmińska i zająłem się historią tej ziemi, w tym Ostromecka. Jako regionalista – poczułem jak tu jest ... jaki krajobraz, powietrze, ziemia, roślinność. Zachwycam się coraz bardziej urokiem tej ziemi. A Ostromecko? Wiele wskazywało, że gdyby nie wybuch II wojny światowej, to Ostromecko już wcześniej stałoby się podbydgoskim kurortem..., a częściowo już nim było, gdyż od kilkudziesięciu lat czynny tu jest źródło – „Maria”.

■ Ale Pan spojrzął na ten teren również jako onkolog ...

– Owszem i jako lekarz – sądzę, że Ostromecko byłoby idealnym miejscem do stworzenia tutaj ośrodka sanatoryjnego, dla ludzi po specjalistycznym leczeniu w ośrodkach onkologicznych, w tym w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, z którego się wywodzę. Inna grupa ludzi to pacjenci z najróżniejszymi chorobami, mający w historii epizod choroby onkologicznej. Z autopsji wiem, jak trudno takich pacjentów umieścić w sanatoriach ogólnie dostępnych. Badania wykazują, że po leczeniu onkologicznym do końca życia pozostaje w organizmie pewna pula komórek nowotworowych, które „tylko czekają” na osłabienie ustroju – co wielokrotnie obserwowałem w praktyce, pisałem też o tym w mojej pracy doktorskiej i artykułach na-

ukowych – a więc zasadnicze znaczenie ma takie prowadzenie pacjenta, aby nie dopuścić do tego. Żeby choroba nie mogła nas atakować powtórnie, odezwać się, konieczna jest tak zwana *profilaktyka wtórna*, czyli zespół działań zmierzających do nieujawnienia się choroby nowotworowej po zasadniczym leczeniu... To sanatorium podeszłoby do pacjenta po chorobie onkologicznej ze szczególną starannością, z uwzględnieniem specyfiki choroby, nie byłoby nastawione na „mechaniczną” fizjoterapię, ale byłoby tu leczenie klimatyczne, radzenie sobie ze stresem itp. Wprowadzono by praktyki szeroko stosowane na Zachodzie i w USA. A tutaj przyroda stworzyła idealne miejsce dla prowadzenia takiej działalności. Te warunki powinniśmy wykorzystać... Szerzej piszę na ten temat w broszurce pt: „Ostromecko Zdrój”.

■ Dlaczego właśnie tutaj?

– Z wielu powodów: bliskość Centrum Onkologii – miejsca, gdzie pacjenci mogliby w razie konieczności skorzystać z pomocy, brak stresu klimatycznego związanego z gwałtowną zmianą miejsca i klimatu, a także bliskość wykształconej i doświadczonej kadry medycznej. Mogliby tu leczyć się pacjenci z całego Niżu Polskiego. A samo Ostromecko znane jest z wyjątkowego mikroklimatu. Jego położenie w granicach Parku Krajobrazowego Doliny Dolnej Wisły, to dodatkowy walor.

■ Co Pan zrobił w tej sprawie?

– Przedstawiłem pomysł mieszkańcom Ostromecka. W październiku ubiegłego roku Rada Sołecka Ostromecka prawie jednogłośnie opowiedziała się za staraniem

o przekształcenie swojej miejscowości w uzdrowisko. Dalszy etap to wyrażona wstępna zgoda rady gminy, a następnie to za interesowanie władarzy województwa, Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Ale przecież wiadomo, że samo przekwalifikowanie nazwy miejscowości z Ostromecka na Ostromecko Zdrój nie uczyni z niej uzdrowiska. To dopiero otwarcie bram dla działania w tym kierunku. Ja podałem myśl. Jestem tylko pomysłodawcą, a społeczny komitet już powstaje, są tam znaczne osoby, które będą się zajmowały realizacją. Mamy już wytyczoną „mapę drogową” działania.

■ Jest to wielkie przedsięwzięcie. Czy wierzy Pan w jego realizację?

– Jak dotąd jest to idea, ale przecież „to marzenia zmieniają świat”, a ja nie jestem sam. Rada Gminy już dostrzegła promocję niebogatej gminy i wiele nowych miejsc pracy w kompleksie sanatoryjnym. Może ten pomysł wydaje się mało realny? Odrzucam taką myśl, gdyż nie widzę, poza malkontentem, realnych argumentów przeciw. Ostatnio zatwierdzono budowę luksusowej asfaltowej drogi prowadzącej przez las, gdzie wstępnie planuje się powstanie kompleksu sanatoryjnego. Starostwo Powiatowe już stara się o środki finansowe na nią, w tym unijne. To może być dobry początek...

Rozm. T.B.

Warto dodać, że w grudniu 2009 ostromecki park zdobył drugie miejsce (na 50 zgłoszonych) w konkursie na „Najpiękniejszy Polski Park 2009”!

Byłam w podobnej sytuacji...

...jak pani doktor Iwona Sadowska-Krawczyńska, autorka artykułu „Jestem lekarzem, nic mi nie jest” z numeru 2/2010 „Primum non nocere”.

9 marca 1968 – oczywiście, to były zupełnie inne warunki, inne czasy, inne samochody, a o pasach bezpieczeństwa wówczas nikt nie mówił – byłam uczestnikiem zderzenia czołowego dwóch samochodów, w centrum miasta, przy obecnym Banku Pocztowym. Przejeżdżający taksówkarz wyciągnął mnie, wsadził do swego samochodu i zawiózł do stacji Pogotowia Ratunkowego przy ul. Markwarta. I tam, podobnie jak pani doktor Iwona Sadowska-Krawczyńska – też miałam swoje zdanie: że nic mi nie jest. Na co usłyszałam od pracującego wówczas tam doktora Wojciecha Staszewskiego: „Tak głupio po wypadku, to zawsze mówi tylko lekarz – pro-

szę leżeć i nie gadać!” Wykonano rtg czaszki – kości całe, ale jednak wystąpiły objawy wstrząsu pnia mózgu, no i rozległy krwiak okolicy czołowej i oczodołów, twarzy. A dolegliwości – tak jak Pani Doktor napisała – nasiliły się po kilku dniach. Dlatego – ku uwadze moich młodszych kolegów piszę te słowa, przytaczając postępowanie i słowa wspaniałego chirurga, który mi wówczas powiedział: „lekarz to zwyczajny pacjent, a w szoku pourazowym plecie głupstwa”.

Panią, Koleżanko, pozdrawiam, a te „wstrząsowe bóle głowy”, będą Pani jeszcze przez jakiś czas dokuczać. Cierpliwości!

A co samochodu, potem w sądzie, dowiedziałam się, że Wołga pękła, no a moje kości – całe!

*Krystyna Kędzierska-Jasińska
(dyplom rok 1952)*

17 kwietnia

● Kurs dla stomatologów: Jak uniknąć powikłań w leczeniu kanałowym?



Powikłania w leczeniu kanałowym często są wynikiem nieprzestrzegania standardów postępowania i mają charakter jatrogeny.

W wykładzie zostaną przedstawione następujące zagadnienia:

- powikłania związane z nieprawidłowym rozpoznaniem (niewłaściwa interpretacja objawów subiektywnych, testów klinicznych, zdjęć rtg)
- powikłania związane z dostępem do jamy zęba (zbyt małe poszerzenie ułatwiające, niedostateczne opracowanie komory, niebezpieczne wiertła, perforacja komory)
- powikłania związane z chemo-mechanicznym opracowaniem kanałów korzeniowych (trata długości roboczej, poszerzenie otworu fizjologicznego, „wyprostowanie” kanału, niecałkowite usunięcie zanieczyszczeń, perforacja kanału, złamanie narzędzia, podrażnienie tkanek okołowierzchołkowych)
- powikłania związane z wypełnieniem kanału korzeniowego (niepełne wypełnienie kanału, przepchnięcie materiału poza wierzchołek, pionowe pęknięcia korzeni)
- powikłania różne (wtórna infekcja, aspiracja narzędzi)
- powikłania późne (przebarwienie zęba, przewlekłe zapalenie tkanek okołowierzchołkowych, resorpcja wewnętrzna)

Wykładowca: dr hab. n. med. Elżbieta Bończak-Rzepkowska – adiunkt Zakładu Stomatologii Zachowawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kurs organizuje: Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej. Szkolenie odbędzie się w dniu 17.04.2010 (sobota) w sali konferencyjnej Sanatorium Kolejowego w Ciechocinku przy ul. Zdrowej 17. Początek zajęć o godzinie 10.00.

Prosimy o przekazywanie wpłat na konto równocześnie z zapisywaniem się na kurs. Ostateczny termin nadsyłania zgłoszeń i wpłat do 12.04.2010.

Opłata z kursu w wysokości 240zł (koszt szkolenia + obiad, kawa, napoje, ciastka).

Wpłaty na konto: 06 102 051 700 000 120 200 651 620, Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, 87-800 Włocławek, ul. Królowiecka 1a/2

Uprzejmie prosimy o zaznaczenia na wpłatach daty kursu, której dotyczy opłata.

Będą wydawane rachunki oraz zaświadczenia o ukończeniu kursu z przyznanymi 8 – punktami edukacyjnymi.

Formularz zgłoszeniowy na naszej stronie www.stomatologia.edu.pl

Sama wpłata bez zgłoszenia na kurs nie stanowi o uczestnictwie w kursie.

Dodatkowe informacje, zgłoszenia: (54) 231 51 57, 694 724 871.

26–29 maja

● X Zjazd Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego



Mamy przyjemność poinformować Państwa, że w dniach 26–29 maja 2010 roku w Bydgoszczy odbędzie się X Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Zaszczycił zorganizowania Zjazdu przypadł Katedrze i Klinice Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego im. A. Jurasza w Bydgoszczy. Jest to szczególne wydarzenie, ponieważ właśnie w Bydgoszczy w 1983 roku odbył się I Zjazd Polskiego Towarzystwa

Nefrologicznego, a nasza Klinika jest jednym z najmłodszych ośrodków nefrologicznych w Polsce.

Mamy nadzieję, że przygotowany program naukowy Zjazdu, który jest owocem intensywnych prac całego Komitetu Naukowego, spełni przynajmniej część oczekiwań Uczestników. Udział w Zjeździe potwierdziły znakomite autorytety w dziedzinie nefrologii, hipertensjologii, transplantologii, chorób wewnętrznych oraz nauk stosowanych z Polski i liczni goście zagraniczni. Patronat honorowy nad obchodami objęli – Prezydent miasta Bydgoszczy, J.M. Rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Prorektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika ds. Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Pełne informacje na temat Zjazdu obecne są na naszej stronie www.nerka.cpro.pl, do której odwiedzenia serdecznie zapraszamy.

24–26 czerwca

● VII Światowy Kongres Polonii Medycznej



Jest nam niezmiernie miło poinformować Państwa, że Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu oraz Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych podjęli się organizacji w nowym terminie 24–26 czerwca 2010 r. VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej. Zapraszamy serdecznie do Torunia, pięknego miasta Mikołaja Kopernika.

Ideą Kongresów jest nawiązanie utraconych więzi z macierzą, integrowanie środowisk polonijnych. Tematem Kongresu będzie „Medycyna XXI wieku, możliwości i zagrożenia”.

Po uroczystej inauguracji zaplanowano wykład gościa specjalnego Kongresu prof. Marii Siemionow. Temat wykładu „Całkowity przeszczep twarzy – marzenie i rzeczywistość”.

Kongres jest wydarzeniem, które daje możliwość konsolidacji środowisk polskich i polonijnych z całego świata. Jest okazją do wymiany doświadczeń, przedstawienia zdobyczy nauki, wymiany kulturalnej, pokazania zmian, jakie dokonały się w naszym kraju przez ostatnie lata. Poprzez Kongres chcemy poprowadzić dialog ze światem medycyny XXI wieku, pokazać, że jesteśmy godnymi partnerami w jego tworzeniu. a poza tym najważniejszą rzeczą będzie wspólne spotkanie z ojczyzną, z polskim światem medycznym i ze wszystkimi Kolegami, których los rozsiął po świecie.

Głęboko wierzymy, że odwiedzicie Państwo Toruń, dacie nam przyjemność wspólnego spotkania, wymiany poglądów nie tylko fachowych.

*Kujawsko-Pomorska Okręgowa
Izba Lekarska w Toruniu*

26 czerwca

● Konferencja naukowo-szkoleniowa w Bizielu



Oddział Neurologii i Leczenia Padaczki z Pododdziałem Udarowym Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr. Jana Biziewicza w Bydgoszczy przy współpracy Polskiego Towarzystwa Neurologicznego Oddział w Bydgoszczy oraz firmy Boehringer Ingelheim mają zaszczyt zaprosić Państwa na Konferencję naukowo-szkoleniową, która odbędzie się **26 marca 2010r. o godz. 11:00** w sali konferencyjnej Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 w Bydgoszczy, ul. Ujejskiego 75.

Program Konferencji:

- powitanie uczestników konferencji przez ordynatora Oddziału, uroczyste otwarcie konferencji – prof. dr hab. med. Roman Mazur.
- Tromboliza w ostrym udarze niedokrwiennym mózgu – czy można leczyć więcej? – prof. dr hab. med. Anna Członkowska.
- Ocena skuteczności leczenia trombolitycznego udaru niedokrwiennego mózgu w oparciu o doświadczenia własne – lek. Magdalena Konieczna-Brazis.

Za udział w konferencji przyznane będą punkty edukacyjne.

O Cleveland Clinic

W lutowe, śnieżno-mroźne popołudnie wrażeniami ze swego półtoroczego stypendium w Cleveland Clinic podzielił się z członkami Klubu Lekarza Seniora nasz młody kolega Arkadiusz Jundziłł. Ale o tym za chwilę...

Początek zebrania zaskoczył nas wszystkich (i jakże mile zaskoczył), gdyż „otworzył” je ...sam nowo wybrany na VI kadencję naszej Izby – Prezes, dr n. med. Stanisław Prywiński. Po ciepłych, serdecznych słowach powitania przedstawił w zarysie plan spraw, którymi zamierza się zająć Izba, w nim także sprawy emeryckie i to wcale nie na poślednim miejscu. Należy tylko życzyć, aby się udało! Na naszą prośbę Prezes wyraził zgodę na dłuższe z nami spotkanie 6 maja 2010 w czwartek (gdyż wszystkie środy ma zajęte). Trzymamy za słowo, Panie Prezesie, a za uczyniony nam dzisiaj zaszczyt – dziękujemy!

A potem spotkanie z młodym chirurgiem, doktorem Arkadiuszem Jundziłłem, który miał szczęście być w Cleveland Clinic, światowej sławy instytucji, postrzeganej jako druga w rankingu najlepszych szpitali i jednostek naukowych w USA. Prelegent – pracownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w Szpitalu Uniwersyteckim im. Jurasza w Bydgoszczy, był w latach 2008–2009 przez prawie półtora roku, jako „amerykański” stypendysta w laboratorium profesor Marii Siemionow, pochodzącej z Poznania Polki. Światowe uznanie zawdzięcza pani Profesor dokonaniu w grudniu 2008, pierwszemu w USA, przeszczepowi twarzy u postrzelonej przez męża w twarz kobiety (materiał do przeszczepu pochodził od kobiety, która zginęła w wypadku).

Prace, przygotowujące do tej unikalnej operacji trwały bardzo długo, między innymi także dlatego, by ustrzec się przed jakimikolwiek powikłaniami, gdyż mogłoby to wywołać falę bardzo wysokich odszkodowań, co w Ameryce jest praktyką prawie nagminną. Za przykład może posłużyć przypadek kobiety, której po wypadku uratowano życie, ale... krzywo złożono złamany palec, co stało się powodem jej „wielkiego psychicznego dyskom-

Wielkość nie boi się iść razem z małym.

Przeciętność trzyma się na uboczu.

Rabindranath Tagore

fortu” i wysokich, odszkodowawczych żądań.. I właśnie, te długo trwające prace przygotowawcze, spowodowały, że w przeprowadzeniu tej unikalnej operacji wyprzedzili ją w „pierwszeństwie na świecie”: najpierw lekarz francuski – w 2005, chiński – w 2006 i ponownie francuski – w 2007 r.

Pani Profesor pracuje obecnie głównie nad immunoterapią stosowaną przy przeszczepach oraz regeneracją uszkodzeń nerwów. Jest świetnym kierownikiem laboratorium, wymagającym, ale i bardzo opiekuńczym (w tym także dla Polaków, którym pomaga w uzyskiwaniu miejsc stypendialnych). Grono pracowników i stypendystów jest międzynarodowe, w tym liczni Polacy, Turcy, Chińczycy. A jak się tam pracuje? Przeciętnie lekarz zarabia w USA około 400 tys. dol. rocznie, ale bywa, że i więcej. Każdy lekarz oddziałowy ma swój pokój, łącznie z położonym vis a vis pokojem jego sekretarki. Zakłady medyczne „walczą” o lekarzy, a im węższa specjalizacja, tym wyżej finansowo są cenieni (np. ortopedzi, operujący tylko kolano lub stawy biodrowe). Nasze dyplomy lekarskie wymagają nostryfikacji, co nie jest wcale łatwe. Pieniądze na działalność laboratorium nie pochodzą z budżetu państwa, ale z Kliniki oraz ... wojska. Laboratorium jest świetnie, nowocześnie wyposażone i posiada bogatą zwierzętarnię. Praca personelu lekarskiego trwa od godziny 8.00 do 17.00 z godziną przerwą na lunch.

Oprócz intensywnej pracy naukowej dr Jundziłł znajdował także czas na turystykę, w czasie której był świadkiem zaskakującego zdarzenia. Otóż w czasie wycieczki do oceanarium zgromadzeni przed pokazem ludzie, na widok obecnych na pokazie weteranów wojny w Iraku i ich rodzin – odśpiewali hymn państwowy i powitali ich gorącymi brawami. Taki spontaniczny, patriotyczny gest, a my tymczasem coraz częściej chcemy pojęcie patriotyzmu, jako anachroniczne, odłożyć do lamusa. Czy nie powinniśmy się trochę zarumienić ze wstydu?

To była piękna i jakże ciekawa prelekcja, bogato ilustrowana slajdami (po której niestrudzony Prelegent cierpliwie odpowiadał na nasze, liczne pytania) i za nią serdecznie dziękujemy. A na zakończenie spotkania jakże wzruszyło nas „oświadczenie” naszego gościa, że ... bardzo chętnie pojedzie za granicę, by się uczyć i nabywać doświadczenia, ale żyć i pracować chce tylko w Polsce! Brawo, młody Kolego, wielkie brawa!

A więc może z tym patriotyzmem u nas nie jest jeszcze tak źle?

Halina Grzybowska-Rogulska
Klub Lekarza Seniora



Fot. Mieczysław Tomasiak

OFERTA – „DOM ZDROWIA” w Toruniu

Oferujemy do wynajęcia lub sprzedaży lokale w nowo budowanym obiekcie „Dom Zdrowia” w Toruniu przy zbiegu ulicy Szosy Chełmińskiej z ulicą Małachowskiego. Budynek trzykondygnacyjny o **łącznej powierzchni ok. 1200 m²** (po 400 na każdej z kondygnacji).

- ▶ Na parterze zlokalizowana będzie apteka i przychodnia POZ. Na I i II piętrze przychodnie specjalistyczne, gabinety lekarskie, bądź inne działalności medyczne.
- ▶ Istnieje możliwość kupna (wynajmu) całej kondygnacji lub mniejszych lokali.
- ▶ Budynek wyposażony będzie w windę i parking podziemny.
- ▶ Przewidujemy termin zakończenia inwestycji III/IV kwartał 2011 roku.
- ▶ Oferty można przysyłać na adres: **pietrzakp65@gmail.com**



Informacji udziela: **Piotr Pietrzak**, tel. **+48 667 672 445**

Zapraszamy na wycieczkę!

Komisja Socjalna Bydgoskiej Izby Lekarskiej zaprasza na wspólny wyjazd w **rejon Gór Świętokrzyskich w dniach 19–22 maja 2010 r.**

W programie: Oblęgorek, Kielce, Jaskinia Raj, Chęcińsko-Kielecki Park Krajobrazowy, Młodziany Małe (Ogród na Rozstajach), Busko-Zdrój, Opatów, Sandomierz, Ujazd.

Przewidziany koszt na jednego uczestnika (po dofinansowaniu przez Izbę Lekarską) ok. 500 zł. Chętnych prosimy o zgłoszenia do końca marca 2010 r. Przy zapisie zaliczkowa wpłata 200 zł. Zapisy: w BIL (p. Jolanta Klewicz, tel. 346 07 80) lub w administracji Przychodni „Gdańskiej” (ul. Gdańska 88).

Zaproszenia dla Czytelników do Teatru!

- **21.03**, godz. 18.00 Elfriede Jelinek **O zwierzętach** – 3x2
- **28.03**, godz. 16.00 Słowacki **5 dramatów. Rekonstrukcja historyczna** – 1x2

Czekamy na telefony 19 marca od godziny 9 do 11
– Jolanta Klewicz 052 346 00 84.

**Repertuar
marzec 2010**



- **21.03** Elfriede Jelinek **O zwierzętach** Mała Scena TPB, 18.00, 20.00
- **23.03** Słowacki **5 dramatów. Rekonstrukcja historyczna** Duża Scena TPB, cz.1 19.00
- **24.03** Słowacki **5 dramatów. Rekonstrukcja historyczna** Duża Scena TPB, cz.2 19.00
- **26.03** **Płatonow** wg Antoniego Czechowa – prezentacja festiwalowa podczas XVIII Olsztyńskich Spotkań Teatralnych
- **28.03** Słowacki **5 dramatów. Rekonstrukcja historyczna** Duża Scena TPB, 16.00

Nowości z księgarni

termedia
wydawnictwa
medyczne

ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań
tel./faks: +48 61 6562200,
tel. +48 61 6562202
www.termedia.pl



Psychologiczne aspekty stwardnienia rozsianego

pod redakcją Andrzeja Potemkowskiego
ISBN 978-83-62138-05-0
format B5
liczba stron 146
oprawa miękka

Niniejsza monografia to pierwsza w polskim piśmiennictwie pozycja tak szeroko opisująca problemy psychologiczne będące następstwem zachorowania na stwardnienie rozsiane. Przedstawiono w niej poglądy neurologów, psychiatrów i psychologów. Skierowana jest przede wszystkim do lekarzy powyższych specjalności, ale także lekarzy rodzinnych, często na co dzień i przez wiele lat opiekujących się chorymi na stwardnienie rozsiane. Autorzy są przekonani, że wiele zawartych w książce treści przyczyni się do lepszej współpracy lekarzy i chorych na SM.

Mój jest ten kawałek podłogi!...



*Prognozy są bardzo trudne,
szczególnie w odniesieniu do przyszłości.*

Woody Allen

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Zainspirowany marcowym szaleem Oskarowym postanowiłem i ja, za Woody Allenem, zastanowić się nad przyszłością.

I tu, podobnie jak On zgadzam się, że prognozy są bardzo trudne, na tyle trudne, że prorokowanie, kto i za co zdobędzie Oskara to „mały pikus” (modne ostatnio słowo w TV, więc dlaczego nie mam nadążyć za modą?)!

I znowu prognozowanie wiąże się nieodparcie z polityką, bo o ile, kto został prezydentem sąsiedniej Ukrainy to już wiemy, to, kto nim zostanie u nas, to już trudno przewidzieć.

Inny problem, pośrednio związany z polityką, to prognozowanie: czy i kiedy skończą swoje działania liczne komisje sejmowe, powoływane chyba tylko po to, aby poprawić wizerunek niektórym „naszym” wybrańcom!

Zejdźmy z polityki i zastanówmy się, czy zbliżające się kwietniowe Święta zastaną nas jeszcze w okowach śniegu, czy też, aby poświęcić pokarmy, będziemy musieli popłynąć łódką?

Nie wiem, czemu Woody Allen, który zawsze powoduje, że na mojej twarzy pojawia się uśmiech, tym razem nastraja mnie smętnie i pesymistycznie? Chyba, że to nie on, a spodziewany remont mieszkania i konieczność mego wygnania z niego na okres około trzech tygodni, jest sprawcą takiego pieskiego samopoczucia.

Ale, pomimo że prognozowanie, co do przyszłości jest bardzo trudne, to jednak przewiduję poprawę samopoczucia w następnym „kawałku mojej podłogi”!

A. Martynowski

PRACA

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie zatrudni **lekarza specjalistę neonatologa** w oddziale noworodkowym w godzinach ordynacji i poza godzinami ordynacji (dyżury medyczne) oraz **lekarza w zespołach wyjazdowych Pomocy Doraźnej** w godzinach ordynacji i poza godzinami ordynacji (system całodobowy).

Oferujemy atrakcyjną bardzo dobrze płatną pracę. Jesteśmy przychylnie nastawieni do kształcenia się lekarzy. ZOZ w Chełmnie posiada wdrożony i certyfikowany System Zarządzania Jakością zgodny z wymaganiami norm ISO. Rodzaj umowy i wynagrodzenie do uzgodnienia. Zainteresowanych naszą ofertą prosimy o kontakt: telefon +48 56 6772607, e-mail: sekretariat@zoz.chelmno.pl

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęborku ul. Węgrzynowicza 13 zatrudni w oparciu o umowę o pracę lub umowę cywilno-prawną:

- lekarzy specjalistów lub chcących specjalizować się do pracy na **oddziale położniczym, patologii ciąży i ginekologii**, specjalistów lub chcących się specjalizować z **neonatologii** oraz **pediatrów do pracy na oddziale neonatologii**.

- lekarzy posiadających **specjalizację z chorob wewnętrznymi** lub **kardiologii**, a także chcących się specjalizować w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz lekarza zainteresowanego rozwojem w **endoskopii przewodu pokarmowego** do pracy w oddziale chorób wewnętrznych i kardiologii, **diabetologa** do pracy w poradni diabetologicznej i oddziale chorób wewnętrznych.

- **lekarza kierującego oddziałem chorób wewnętrznych i kardiologii** oraz **lekarza kierującego szpitalnym oddziałem ratunkowym** w oparciu o umowę o pracę lub umowę cywilno-prawną.

Zapewniamy dobre warunki pracy i płacy, a także możliwość rozwoju zawodowego.

Bliższych informacji udzieli Naczelny Lekarz Szpitala SPS ZOZ w Łęborku 59 863 52 71. Oferty prosimy przysyłać na adres: SPS ZOZ 84-300 Łębork ul. Węgrzynowicza 13.

NZOZ „Twoje Zdrowie” w Kruszwicy woj. kujawsko-pomorskie zatrudni do pracy w POZ **lekarza rodzinnego, internistę** lub w trakcie specjalizacji z powyższych specjalności. Zapewniamy dobre warunki finansowe. Telefon 607 684 607.

NZOZ „Omega” w Strzelnie nawiąże współpracę z **lekarzem ortodontą**. Kontakt: 52 31 83 020; 509 440 650.

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr E. Warmińskiego w Bydgoszczy, ul. Szpitalna 19, Bydgoszcz pilnie zatrudni **lekarza pediatrę, neonatologa, rezydenta** lub lekarza chcącego specjalizować się w tym zakresie. Forma zatrudnienia do uzgodnienia. Chętnych prosimy o kontakt: dr Szulczyński tel. 52 370 92 80. Dział Kadr tel. 52 370 91 23.

Zatrudnię **lekarza stomatologa** do pracy w NZOZ-ie. Informacje: po 20-tej pod telefonem: 602 44 22 52.

WYNAJME

Gabinet lekarski do wynajęcia w działającej praktyce lekarskiej – Bydgoszcz osiedle Bartodzieje tel. 608 429 474.

Dwa, przystosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych, gabinety lekarskie (jeden z kabiną higieny intymnej) w nowo powstałym NZOZ-ie w Strzelnie. Zapewniamy rejestratorkę i sterylizację narzędzi. Kontakt: 52 31 83 020; 509 440 650.

SPRZEDAM

Gabinet stomatologiczny (lokal własnościowy) w pełni wyposażony – Bydgoszcz, ul. Mrotecka, Osowa Góra. Kontakt: 52 341 02 18 lub 605 876 105.

Sprzedam urodynamik Ellipse firmy Andromeda) z oprogramowaniem oraz USG mini Focus firmy BK z głowicą brzuszną i rektalną oraz igłą do biopsji-pótroczny na gwarancji. Tel. 501 792 802.

Sprzedam dom w Łochowie 215/1003 m



Atrakcyjna niepowtarzalna architektura. Z zewnątrz gotowy. W środku do małego wykończenia wg własnej aranżacji. Solidne wykonanie. Działka pięknie położona ze ścianą lasu. Przystanek 200 m oraz szosa bydgoska; 1,8 km obwodnica. **Tel. 510 208 227**

Spotkanie lekarzy-seniorów

● Komisja Seniorów zaprasza **7 kwietnia na godzinę 15.00** do siedziby Izby Lekarskiej.

Gościem lekarzy-seniorów będzie tym razem dr. n. med. Sylwester Milczarek, autor książek: „Tako rzecze Kohelet”, „Tryptyk Tatarski” i „Uzdrowienia Asklepiosa”.

Zapraszamy wszystkich zainteresowanych!

Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach organizuje

Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy

■ Konkurs zostanie przeprowadzony w dwóch kategoriach: 1. Człowiek, środowisko, architektura; 2. Temat dowolny.

■ Data nadsyłania prac: do 30.04.2010 r.

■ Każdy lekarz może nadesłać od 1 do 5 fotografii w formacie 30×40 cm (lub większym).

■ Każda praca winna być opatrzona godłem oraz kopertą zawierającą dane osobowe autora.

■ Nagrodzone prace nie będą odesłane, staną się częścią pokonkursowej wystawy.

■ Uroczystość wręczenia nagród oraz otwarcie wystawy nagrodzonych prac odbędzie się 14 czerwca 2010 roku w siedzibie Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej o godz. 12.00.

■ Adres do korespondencji: Świętokrzyska Izba Lekarska, 25-389 Kielce, ul. Wojska Polskiego 52 (z dopiskiem „Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy w Kielcach”).

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. Szubińska 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