

W NUMERZE

Z BIL	2
WHO IS WHO	3
Członkowie ORL BIL	6
Z „JURASZA”	
Ten szpital można uratować	6
Surgeon to surgeon	10
Z „BIZIELA”	
Leczenie trombolityczne niedokrwienego udaru mózgu	8
ŚWIATOWY DZIEŃ NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO	9
NOWE W NAUCE	
Czy DNA potrzebny jest uracy?	11
PORADY PRAWNE W BIL	12
INFORMUJEMY	
Od Komisji Nauki i Kształcenia	13
Dyżury członków ORL BIL	13
Z „MIEJSKIEGO”	
20 lat pediatrii	14
Z CM UMK	15
SPOTKANIA	16
Z PAMIĘTNIA ERASMUSA	17
KURSY, ZJAZDY, KONFERENCJE ...	18
FELIETON I	
Komunikacja interpersonalna	10
Mój jest ten kawałek podłogi	19
Zaproszenia do Teatru	19
W PIGUŁCE	20

Zdjęcie na okładce: Anna Kłosińska

Szanowne Koleżanki i Koledzy!



Wieść o tragedii dotarła do mnie w Warszawie, kiedy to ktoś przerwał wykład prof. Dzińskiego i oświadczył, że nie żyje Prezydent. W czasie czterech godzin jazdy, słuchając radia, uświadamiałem sobie rozmiar tragedii. Pojawili się też pytania: „Co będzie dalej?” Koło Płońska minęła mnie kolumna rządowych pojazdów, zmierzających ku stolicy.

A potem dni smutku, żalu, niedowierzania. My – lekarze zaznajomieni ze śmiercią – też ukradkiem wycieraliśmy łzy. Tłumy ludzi, tysiące zniczy i kwiatów, i pytanie o sens, miejsce i wymiar realny i metafizyczny tej katastrofy.

Przypomniał mi się wtedy artykuł dr. Kąkole o cierpieniu i jego sensie. Pomyślałem, że może śmierć tych ludzi spowoduje zmiany myślenia, działania czy debaty. Tyle tylko, że świat usłyszał o Katyniu. Już po czterech dniach rozgorzały, jakże niskie i jakże polskie, spory. O miejsce pochówku, o to, kto ma prawo płakać, a kto nie. O wypowiedziane kiedyś słowa. Były i gazety, zamieszczające artykuły, wskazujące jednoznacznie i bezdyskusyjnie na Rosjan jako sprawców tragedii, a nawet byli ludzie, którzy (sic!) „widzieli” żołnierzy rosyjskich, dobijających rannych pasażerów, jakby ktoś mógł przeżyć tę hekatombę.

Umarłym należy się hołd i cześć. Zginęli nasi przywódcy, zginął nasz Kolega, lekarz Prezydenta i nasza Koleżanka. Zginęli bardzo młodzi ludzie, a wśród nich prezydencki tłumacz, pochodzący z Bydgoszczy, a o ile wiem, był krewnym jednego z naszych Kolegów.

Zachowajmy ich w pamięci, a niech milczenie, nie zaciekły jazgot będzie modlitwą za zmarłych.

Życie tymczasem toczy się dalej. Niestety, nie dostarcza nam wielu radości. Dyrekcja Szpitala „Jurasza” zapowiedziała zwolnienie około 900 pracowników. Ma to związek z kolosalnym zadłużeniem lecznicy, które – mimo już chyba dwuletniego programu naprawczego – powiększyło się. Nie wiem, jak będzie wyglądała codzienna praca po odejściu tylu osób. Jakże piętno będą miały osoby zwolnione, a poszukujące nowej pracy (zwolniony – znaczy zły?). Jakże będą kryteria zwolnień? Tego jeszcze nie wie chyba nikt.

Wiosna nie zaczęła się – ani w Polsce, ani w bydgoskiej służbie zdrowia – dobrze. Miejmy nadzieję, że z chwilą rozwinięcia się listków, pojawi się i nadzieja. A może i jej spełnienie.

Wojciech Szczęsny
Rzecznik prasowy BIL,
przewodniczący Rady Programowej
„Primum non nocere”

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Redakcja: e-mail: primum@bil.org.pl, agnieszka.banach@hipokrates.org tel. 52 3460785



WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska, 85-681

Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11;

telefony: 52 3460084, 52 3460780;

Numer konta BIL: PKO BP II O/Bydgoszcz

95102014750000830200191197;

e-mail: bil@bil.org.pl; <http://www.bil.org.pl>

• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

e-mail: rzecznik@bil.org.pl tel. 52 3461257

• 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 Araszkiewicz, red.: mgr Agnieszka Banach, red. nac.: mgr Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszyński, dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, dr n. med. Marek Jurgowiak, lek. Józef Karwowski, dr n. med. Jerzy Kochan, dr n. med. Andrzej Martynowski, lek. stom. Marek Rogowski, dr hab. n. med. Jan Styczyński.

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Przewodniczący Rady Programowej: Wojciech Szczęsny, tel. 602 395 654; redaktor naczelny: Teodora Bogdańska tel. 52 346 07 85, 696 016 262; redaktor: Agnieszka Banach agnieszka.banach@hipokrates.org

DRUK: KLAUDIA-DRUK, Inowrocław tel. 52 3576910

SKŁAD: MAGRAF, Bydgoszcz tel. 52 3791435

Oświadczenie

**Prezesa
Bydgoskiej Izby Lekarskiej
Stanisława Prywińskiego
z dnia 23 kwietnia 2010 r.**

W związku z informacjami dotyczącymi mojej osoby, podawanymi w mediach, zwołałem w pilnym trybie Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej i złożyłem wniosek o zawieszenie mandatu Prezesa Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Prezes ORL BIL – Stanisław Prywiński

Oświadczenie

**Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej
z dnia 23 kwietnia 2010 r.**

Po przedstawieniu wyjaśnień, złożonych przez Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej Stanisława Prywińskiego, Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Bydgoszczy nie podjęło decyzji o zawieszeniu jego mandatu.

Podpisali obecni na posiedzeniu Prezydium:

dr n. med. Radosława Staszak-Kowalska – Wiceprezes

lek. dent. Andrzej Kuliński – Skarbnik

lek. med. Hanna Śliwińska – Sekretarz

dr n. med. Andrzej Chrobot

lek. dent. Jolanta Kwaśniewska

Z Okręgowej Rady Lekarskiej (15 kwietnia 2010 r.)

● Zgodnie z programem ORL przedyskutowano ponownie rozpoczęty na posiedzeniu Prezydium w dniu 08.04.2010 temat dotyczący konieczności podjęcia działań mających na celu ochronę szeroko pojętych praw lekarzy i lekarzy dentystów, członków BIL. W wyniku dyskusji ORL jednogłośnie podjęła uchwałę nr **154/VI/10** w sprawie powołania **Komisji Ochrony Praw Lekarzy i Lekarzy Dentystów**. Skład Komisji jest następujący:

- Przewodniczący: dr Dariusz Ratajczak
- Członkowie: dr med. Marek Bronisz, dr med. Andrzej Chrobot, dr med. Krzysztof Dalke, dr Włodzimierz Kasierski, prof. Zygmunt Mackiewicz, dr med. Stanisław Pilecki, dr med. Wojciech Szczęśny.

Następnie ORL postanowiła, że Komisja opracuje szczegółowy zakres swojego działania.

Treść uchwały zostanie umieszczona na stronie internetowej BIL, zamieszczona w biuletynie BIL oraz zostanie wysłana do NRL.

● Podczas posiedzenia ORL BIL poza podjęciem uchwał dotyczących wizytacji prywatnych praktyk lekarskich i zezwoleń na prowadzenie indywidualnej pl, indywidualnej specjalistycznej pl, grupowej pl. i omówienia spraw bieżących – rozpatrywano też dwie prośby lekarzy, wynikające z trudnej sytuacji, o zwolnienie ze składki członkowskiej, decyzje w obu sprawach były pozytywne.

● Jeszcze raz wrócono do sprawy składek: ORL zapoznała się z listą osób przebywających za granicą z zaległymi składkami członkowskimi, bez możliwości dostarczenia korespondencji i informacji o zatrudnieniu. Postanowiono przekazać Radcy Prawnemu BIL ww. sprawę do rozpatrzenia pod względem prawnym i stwierdzenia, czy są ew. możliwości wykreślenia z rejestru lekarzy, którzy nie pracują na terenie podlegającym BIL, a od dłuższego czasu przebywają za granicą.

● Rozpatrywano też dwa wnioski lekarzy o pomoc finansową – na szkolenie i dofinansowanie do wycieczki.

● Jednogłośnie podjęto też uchwały w/s potwierdzenia spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy dla Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego i Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

● Na zaproszenie Prezesa NRL na doroczne spotkanie Pełnomocników do spraw zdrowia lekarzy – ORL postanowiła udzielić delegacji dr W. Kasierskiemu.

● Rozpatrzone też wnioski Okręgowego Sądu Lekarskiego BIL o przeprowadzenie postępowania przewidzianego w art. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wobec jednego z lekarzy.

● Przeczytano Pismo Głównego Inspektoratu Sanitarnego, będące odpowiedzią na Rezolucję nr 2/XXVIII/10 Okręgowego Zjazdu Lekarzy BIL.

● Informację dla członków Komisji Stomatologicznej NRL nt. projektu rozporządzenia w sprawie promieniowania jonizującego przekazano Komisji Stomatologicznej BIL.

● ORL przedyskutowała temat przebiegu egzaminu testowego dla lekarzy kończących specjalizację z anestezjologii i intensywnej terapii. Prezes ORL dr med. Stanisław Prywiński został upoważniony przez Radę do wystąpienia pisemnego do CEM w Łodzi w powyższej sprawie.

Obecni na posiedzeniu: dr med. Stanisław Prywiński, dr med. Radosława Staszak-Kowalska, dr med. Witold Hrynciewicz, lek. dent. Andrzej Kuliński, dr med. Maciej Borowiecki, dr med. Andrzej Chrobot, dr med. Krzysztof Dalke, lek. dent. Marek Rogowski, dr med. Wojciech Szczęśny, lek. med. Dariusz Ratajczak, lek. dent. Jolanta Kwaśniewska, lek. med. Krzysztof Gawęł, lek. med. Małgorzata Świątkowska.

Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej BIL z dnia 15.04.2010 r. w sprawie powołania Komisji Ochrony Praw Lekarzy i Lekarzy Dentystów

Na podstawie art. 4 pkt 14 w zw. z art. 25 pkt 4 i 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich oraz §34 ust. 3 uchwały Nr 17/90/1 Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 5 maja 1990r. w sprawie ramowych regulaminów organizacji i trybu działania okręgowych zjazdów lekarzy, okręgowych rad lekarskich i okręgowych komisji rewizyjnych (Biuletyn NRL Nr 4/90, Nr 1/7/91 wraz z późn. zm.) Okręgowa Rada Lekarska Bydgoskiej Izby Lekarskiej postanawia:

§ 1

Powołać Komisję Ochrony Praw Lekarzy i Lekarzy Dentystów w następującym składzie: przewodniczący: dr Dariusz Ratajczak; członkowie: dr med. Marek Bronisz, dr med. Andrzej Chrobot, dr med. Krzysztof Dalke, dr Włodzimierz Kasierski, prof. Zygmunt Mackiewicz, dr med. Stanisław Pilecki, dr med. Wojciech Szczęśny.

§ 2

Realizując zadania samorządu lekarskiego przewidziane w art. 5 pkt 14 – działania na rzecz ochrony zawodu lekarza, w tym występowanie w obronie godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych

członków samorządu lekarzy, Komisja Ochrony Praw Lekarzy i Lekarzy Dentystów będzie się zajmowała w szczególności następującymi sprawami:

- przyjmowanie informacji o stosowaniu przez pracodawcę w stosunku do lekarzy–pracowników mobbingu,
- przyjmowanie informacji o naruszeniu zasady równego traktowania w zatrudnieniu w stosunku do lekarzy,
- wyjaśnianie okoliczności naruszenia godności osobistej lekarzy, w szczególności przez pacjentów oraz media,
- przygotowanie propozycji do Okręgowej Rady Lekarskiej w zakresie udzielenia pomocy lekarzom,
- przygotowywanie propozycji ochrony prawnej lekarzy, którzy zamierzają dochodzić swoich praw przed sądem cywilnym (naruszenie dóbr osobistych), sądem karnym (zniewaga, pomówienie) lub sądem pracy (mobbing, dyskryminacja w zatrudnieniu).

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej BIL



Dr n. med. STANISŁAW PRYWIŃSKI
prezes ORL BIL,
delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy

Dr n. med. Stanisław Prywiński, chirurg, pracuje jako adiunkt w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 CM UMK, wcześniej pełnił też obowiązki zastępcy dyrektora ds. medycznych Szpitala. Rocznic 1947, w zawodzie pracuje od roku 1971. W poprzedniej kadencji BIL był Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej BIL.

Jako prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej zamierza m.in. zabiegać o wprowadzenie zmian systemowych w ochronie zdrowia oraz wzrost nakładów na leczenie, będzie walczył o wprowadzenie umocowań prawnych umożliwiających samorządowi lekarskiemu skuteczną obronę interesów lekarzy na zewnątrz. BIL z prezesem Prywińskim na czele zajmie się też pomocą prawną przy zawieranych indywidualnie kontraktach z pracodawcami i będzie podejmować działania prawne w przypadku łamania zawartych umów o pracę, jak i cywilno-prawnych. W planach jest także współpraca ze związkami zawodowymi, a zwłaszcza z OZZL. Zamierza też bronić lekarzy przed mobbingiem, obecnym szczególnie często w takich strukturach, jak kliniki czy oddziały szpitalne.



Dr n. med. PAWEŁ BIAŁOŻYK
wiceprezes
Okręgowej Rady Lekarskiej BIL

W samorządzie będzie reprezentować interesy lekarzy dentyistów, działać na rzecz poprawy dostępu lekarzy do nieskrępowanego doskonalenia zawodowego i podwyższania kwalifikacji specjalizacyjnych. Najistotniejsze zadania dla samorządu to według doktora Białożyka: „wzmocnienie roli samorządu lekarskiego w zakresie legislacji dotyczącej ochrony zdrowia (wpływ na tworzenie aktów prawnych)”.

Paweł Białożyk ma 52 lata, jest specjalistą chirurgii szczękowo-twarzowej. Pracuje w medyczno-stomatologicznym NZOZ-ie, gdzie jest kierownikiem i ordynatorem oddziału chirurgii szczękowo-twarzowej. Zawodowo interesuje się implantologią, transplantologią, traumatologią i orzecznictwem. Pozazawodowo: muzyką klasyczną, operą i operetką, literaturą faktu, historią i łowiectwem.



Dr n. med. RADOSŁAWA STASZAK-KOWALSKA
wiceprezes ORL BIL,
delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy

W latach 2001–2009 była prezesem BIL. Cel jej pracy w samorządzie to „działania na rzecz zapewnienia każdemu lekarzowi i lekarzowi dentyście warunków do nieskrępowanego doskonalenia zawodowego i ułatwienia członkom samorządu (szczególnie młodym) doskonalenia się poprzez organizowanie kształcenia przez izby lekarskie, wspieranie finansowe wysiłków lekarzy i lekarzy dentyistów w zakresie

kształcenia podyplomowego oraz wspieranie rozwoju zawodowego młodych lekarzy i lekarzy dentyistów, szczególnie poprzez pomoc w poszukiwaniu odpowiedniej pracy, interwencje w sprawach pracowniczko-zawodowych, ułatwianie dostępu do różnych form kształcenia.”

Czym powinien w pierwszej kolejności zajmować się lekarski samorząd? „Bronić dobrego imienia lekarzy i lekarzy dentyistów, zwłaszcza tam, gdzie wymaga to wsparcia prawnego lub interwencji w środkach masowego przekazu. Tworzyć ogólnopolski fundusz oraz mechanizmy ochrony prawnej lekarzy i lekarzy dentyistów w celu obrony godności zawodu oraz przeciwdziałania szkalowaniu lekarzy i lekarzy dentyistów. Zabiegać o rozwiązania prawne, które będą służyły godnemu wykonywaniu zawodów lekarza i lekarza dentyisty oraz całemu środowisku lekarskiemu. Otaczać opieką koleżeńską lekarzy seniorów i lekarzy dentyistów seniorów. Działać na rzecz organizowania przez izby lekarskie różnorodnych form bezpłatnego doskonalenia zawodowego dla lekarzy i lekarzy dentyistów. Współdziałać z organizacjami związkowymi w celu zapewnienia ustawowo gwarantowanych minimalnych stawek wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentyistów.”

Radostawa Staszak-Kowalska ma 52 lata, jest specjalistą w dziedzinie pediatrii i pneumonologii. Pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy, gdzie pełni funkcję ordynatora Oddziału Pediatrii, Pneumonologii i Alergologii z pododdziałem niemowlęcym. Zawodowo szczególnie interesuje się leczeniem i profilaktyką schorzeń układu oddechowego u dzieci, zwłaszcza pacjentów z mukowiscydozą i gruźlicą.

Zainteresowania pozazawodowe doktor Staszak to turystyka, muzyka – od klasycznej do rocka, literatura i narciarstwo alpejskie.



Lek. dent. ANDRZEJ KULIŃSKI
skarbnik BIL,
członek prezydium ORL BIL,
delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy

W samorządzie sprawuje pieczę nad sprawami finansowymi. Zdaniem doktora Kulińskiego najistotniejszym zadaniem samorządu jest integracja środowiska oraz kształcenie podyplomowe.

Doktor Andrzej Kuliński ma 61 lat, posiada specjalizację ze stomatologii ogólnej, pracuje w NZOZ „Okole” w Bydgoszczy. Zawodowo interesuje się protetyką stomatologiczną, pozazawodowo: historią krajów śródziemnomorskich oraz Bliskiego Wschodu, zwłaszcza Ziemi Świętej, muzyką poważną oraz uprawą roślin ozdobnych.



Lek. med. HANNA ŚLIWIŃSKA
sekretarz
Okręgowej Rady Lekarskiej BIL,
członek Prezydium ORL,
delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy

W samorządzie chce zająć się kształceniem podyplomowym, pomagać lekarzom w sprawach materialno-bytowych, podejmować starania o większy udział środowiska lekarskiego w kształtowaniu dobrego wizerunku lekarzy w społeczeństwie i właściwych postaw zawodowych lekarzy.

Hanna Śliwińska jest specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii oraz organizacji ochrony zdrowia. Pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. Jurasza. Pozazawodowo interesuje się fotografią, malarstwem, nurkowaniem i podróżami.



Dr n. med. WITOLD HRYNCEWICZ
zastępca sekretarza ORL
członek Prezydium ORL

W izbie zamierza dalej pracować nad zwiększeniem wpływu samorządu na kształcenie przed- i podyplomowe, w tym na programy specjalizacji; śledzić prace legislacyjne. Jego celem jest propagowanie etycznych zachowań oraz przeciwdziałanie patologiom w tym zakresie. Chce też rozwijać kontakty z innymi samorządami zawodowymi, zwłaszcza działającymi w ochronie zdrowia, a także z parlamentarzystami, samorządami terytorialnymi i związkami zawodowymi. Będzie zachęcał członków samorządu lekarskiego do bardziej aktywnego uczestniczenia w życiu społecznym, kulturalnym, sportowym naszego regionu.

Zdaniem doktora Hryniewicza najistotniejszymi zadaniami, których powinien się podjąć samorząd, są: „szeroko pojęta kwestia kształcenia przed-, a przede wszystkim podyplomowego i wpływu na nią samorządu lekarskiego; zwiększanie wiedzy lekarzy na temat prawa oraz etyki w celu lepszej ochrony całego środowiska, jak i pojedynczych lekarzy; dalsza „walka” o większy wpływ samorządów zawodów medycznych na prawodawstwo dotyczące ochrony zdrowia oraz rozwiązania organizacyjne i ekonomiczne w tym zakresie”.

Witold Hryniewicz ma 51 lat. Specjalizuje się w chirurgii ogólnej, pracuje w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyni CM UMK, w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1. Zawodowo interesuje się diagnostyką i leczeniem chorób naczyń, etyką lekarską oraz historią medycyny, a zwłaszcza chirurgii.

Po pracy chętnie poświęca czas wędkarstwu. Promuje region, a zwłaszcza jego walory przyrodnicze, historyczne, kulturalne i turystyczne.



Dr n. med. MACIEJ BOROWIECKI
członek Prezydium ORL,
przewodniczący OKW,
delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy

W latach 1997–2001 był prezesem Bydgosko-Pińskiej Izby Lekarskiej. „W obecnej kadencji będę dążył – mówi dr Borowiecki – do wprowadzenia w życie nowej ordynacji wyborczej, umożliwiającej głosowanie korespondencyjne przy wyborach delegatów na okręgowy zjazd lekarzy”. Za najważniejsze zadanie dla samorządu uznaje doprowadzenie do prawnego uznania zawodu lekarza za zawód wolny.

Doktor Maciej Borowiecki ma specjalizację II stopnia z epidemiologii, II stopnia z organizacji ochrony pracy i II stopnia z higieny pracy oraz I stopnia z medycyny społecznej. Obecnie pracuje w Collegium Medicum UMK jako adiunkt w Zakładzie Higieny i Epidemiologii oraz jako starszy specjalista w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym. Zainteresowania zawodowe to: higiena, epidemiologia, zdrowie publiczne, medycyna pracy, a pozazawodowe: turystyka i brydż.



Dr n. med. ANDRZEJ CHROBOT
członek prezydium ORL,
członek Komisji
ds. Ochrony Praw Lekarzy

W samorządzie zamierza pracować nad organizacją punktu pomocy kryzysowej, którego rolą miałyby być wspieranie i ochrona lekarzy przed mobbingiem. Jakże są najważniejsze zadania dla samorządu wg

dr. Chrobota? Zapewnienie lekarzom możliwości kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego, pomoc prawna dla lekarzy, integracja środowiska lekarskiego.

Andrzej Chrobot ma 43 lata, jest specjalistą chorób dzieci. Pracuje w Szpitalu Tucholskim Sp. z o.o., gdzie pełni funkcję ordynatora oddziału pediatrycznego. Zawodowo interesuje się pediatrią i neonatologią, pozazawodowo – podróżami.



Lek. dent. JOLANTA KWAŚNIEWSKA
członek Prezydium ORL,
delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy,
przewodnicząca
Komisji Stomatologicznej

„Od początku mojej pracy w samorządzie nieustannie dla mnie priorytetem są sprawy stomatologów, w tym kontrakty z NFZ. – mówi Jolanta Kwaśniewska – Zamierzam też pra-

cować nad poprawieniem systemu kształcenia podyplomowego stomatologów, również poprzez współpracę z Komisją Stomatologiczną NRL.” Zdaniem doktor Kwaśniewskiej samorząd powinien walczyć o utworzenie silnego lobby lekarskiego i starać się podniesienie rangi samorządu.

Jolanta Kwaśniewska jest specjalistą protetyki, pracuje w Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Bydgoszczy, gdzie jest dyrektorem.

W wolnych chwilach słucha muzyki i uprawia turystykę.

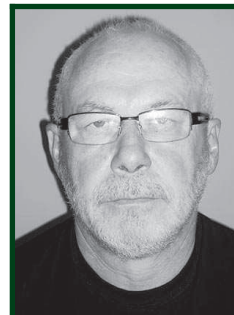


Dr n. med. KRZYSZTOF DALKE
członek
Okręgowej Rady Lekarskiej BIL,
delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy,
członek Komisji
ds. Ochrony Praw Lekarzy

Zamierza: „zająć się w sposób aktywny, problematyką relacji: pracodawca-lekarz, lekarz-lekarz, lekarz-pacjent, jak również identyfikacją zachowań mobbingowych w placówkach opieki zdrowia”, Chce

organizować przy izbie lekarskiej punkt konsultacyjny dla osób poszkodowanych. Najistotniejsze zadania dla samorządu to wg doktora Dalke: „aktywne uczestnictwo w gremiach mających wpływ na kształtowanie się szeroko pojętej opieki zdrowotnej w regionie, współorganizacja kształcenia podyplomowego lekarzy, rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów młodych lekarzy, a także aktywizacja tej grupy na rzecz pracy w samorządzie”.

Krzysztof Dalke ma 47 lat, specjalizuje się w otolaryngologii. Jest adiunktem w Klinice Otolaryngologii CM UMK w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy. Interesuje się chirurgią nosa oraz chirurgią endoskopową nosa i zatok. Poza pracą – muzyką rockową, narciarstwem, filmem i ... swoim psem.



Dr n. med. KRZYSZTOF GAWĘŁ
członek
Okręgowej Rady Lekarskiej BIL,
delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy

W samorządzie ma zamiar wspierać działania Komisji: Socjalnej, Sportu i Rekreacji oraz Etyki. Według doktora Gawęły samorząd powinien zająć się realizacją zadań zgłoszonych w uchwale programowej XXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy BIL.

Krzysztof Gawel ma 57 lat, jest specjalista ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz medycyny sportowej, pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Biziela. Zawodowo interesuje się endoprotezoplastyką stawu biodrowego i kolanowego, złamaniami u dorosłych i dzieci oraz ortopedią dziecięcą. Czas wolny poświęca na sport, narciarstwo, żeglarstwo, historię, muzykę i film.



Lek. med. DARIUSZ RATAJCZAK
członek ORL BIL,
przewodniczący Komisji
ds. Ochrony Praw Lekarzy

Podczas swojej pracy w samorządzie chce zwrócić uwagę na sprawy socjalno-bytowe lekarzy, zająć się działaniami antymobbingowymi. Wg niego w pierwszej kolejności samorząd lekarski powinien się zająć: „poprawą sytuacji socjalno-bytowej lekarzy; działaniami nad usprawnianiem systemu opieki zdrowotnej a zwłaszcza poprawą finansowania; poprawą systemu szkolenia podyplomowego i jego finansowania; integracją środowiska oraz działaniami na rzecz poprawy wizerunku zawodu i samorządu.”

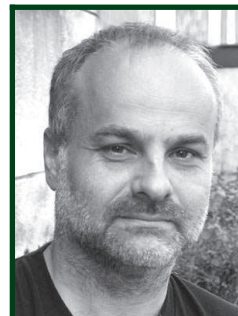
Dariusz Ratajczak ma 46 lat, jest specjalistą 1st. z chirurgii dziecięcej, 2 st. z urologii. Pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Toruniu na Oddziale Urologii i Chirurgii Dziecięcej, w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Biziela w Bydgoszczy na Oddziale Chirurgii Dziecięcej z Pododdziałami Urologii i Leczenia Oparzeń oraz w gabinecie prywatnym. Interesuje się chirurgią dziecięcą i urologią.



Lek. dent. MAREK ROGOWSKI
członek ORL BIL,
członek
Komisji Stomatologicznej

Jego rola w samorządzie to, jak określa: praca nad „poprawą sytuacji młodych lekarzy (specjalizacje, wynagrodzenia) i warunków wykonywania zawodu lekarza stomatologa (ułatwienie prowadzenia praktyk indywidualnych, dążenie do urealnienia wycen procedur stomatologicznych refundowanych przez NFZ), „e-Izba” (nowa strona WWW, możliwość załatwienia spraw poprzez Internet), opiniowanie aktów prawnych zmieniających warunki wykonywania zawodu lekarza w Polsce, wychodzenie z inicjatywami zmierzającymi do zmiany prawa niekorzystnego dla lekarzy.” Najistotniejsze zadania dla samorządu lekarskiego to wg doktora Rogowskiego: „skuteczna obrona szeroko pojętych interesów środowiska lekarskiego, godne reprezentowanie środowiska lekarskiego, integracja środowiska lekarskiego, wzmacnianie pozycji samorządu oraz dbanie o wizerunek zawodu lekarza.”

Marek Rogowski ma 30 lat, pracuje w Prywatnej Praktyce Stomatologicznej. Zawodowo interesuje się endodoncją i stomatologią estetyczną, ale jego zainteresowania to także polityka, fotografia, Bydgoszcz, sporty (żeglarstwo, tenis, narty, windsurfing), anime i komiks.



Dr n. med. WOJCIECH SZCZĘSNY
członek ORL BIL,
rzecznik prasowy BIL,
członek Komisji
ds. Ochrony Praw Lekarzy

W samorządzie zajmie się pracą nad „zwiększeniem roli izb lekarskich w stosunku do wszystkich lekarzy, walką z szarlatanerią osób spoza środowiska oraz nieuczciwością środowiska”. Czym m.in. powinien zajmować się samorząd wg doktora Szczęsnego? Działaniami, które wpłyną na „zwiększenie roli samorządu w stosunku do lekarzy, w tym pracowników naukowych uczelni medycznych; prewencją zjawisk patologicznych (alkohol, łapówkarstwo itp.); obroną lekarzy przed atakami mediów i osób fizycznych (nieuczciwe lub „naciągane” oskarżanie lekarza powinno zakończyć się wyrokiem sądownym!); powołaniem rzecznika praw lekarza; pracą nad zwiększeniem roli samorządu w relacjach z NFZ i staraniami o złamanie monopolu tegoż”.

Wojciech Szczęsny ma 48 lat, pracuje w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej CM UMK w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. Jurasza. Jest specjalistą chirurgii ogólnej. Interesuje się chirurgią przepuklin, badaniami nad etiopatogenezą przepuklin, gastrologią, problemami Stomii. W wolnym czasie czynnie „uprząwia” publicystykę, interesuje się literaturą, muzyką, numizmatyką.



Lek. med. MAŁGORZATA ŚWIĄTKOWSKA
członek ORL BIL,
zastępca przewodniczącej
Komisji Socjalnej i prezes Fundacji
„Dom Lekarza Seniora”

W samorządzie zajmie się opieką nad lekarzami najuboższymi oraz lekarzami-seniorami. Zdaniem doktor Świątkowskiej najistotniejszym zadaniem dla samorządu lekarskiego jest praca nad podniesieniem jego rangi oraz opieka nad lekarzami najuboższymi: młodymi bezrobotnymi, starszymi z małą emeryturą, chorymi i bezradnymi.

Małgorzata Świątkowska ma 60 lat, jest specjalistą chorób oczu. Pracuje w Przychodni „Gdańska”, gdzie pełni funkcję dyrektora i prezesa spółki. Zawodowo zajmuje się okulistyką i medycyną ogólną.

Podróże, poezja, proza, psychologia – to pozazawodowe pasje doktor Świątkowskiej.

Oprac. a.b.

Z Ustawy o izbach lekarskich

(Dz.U. z dnia 22 grudnia 2009)

- Art. 26. 1.** W skład okręgowej rady lekarskiej wchodzi prezes okręgowej rady lekarskiej i jej członkowie wybrani przez okręgowy zjazd lekarzy.
- 2.** Prezydium okręgowej rady lekarskiej stanowią prezes oraz wybrani przez radę spośród jej członków wiceprezesi, sekretarz, skarbnik i członkowie prezydium. Co najmniej jeden z wiceprezesów jest lekarzem dentystą.
- 3.** Prezydium okręgowej rady lekarskiej działa w imieniu rady w sprawach określonych uchwałą rady, z wyłączeniem zadań określonych w art. 5 pkt 4 i 6 oraz w art. 25 pkt 6 i 9.
- 4.** Okręgowa rada lekarska może, w drodze uchwały, upoważnić prezydium do podejmowania uchwał w sprawach lekarzy, do których na

podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty stosuje się przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego odnoszące się do decyzji administracyjnych.

Art. 27. Prezes okręgowej rady lekarskiej w szczególności:

- 1) kieruje pracą rady i prezydium rady;
- 2) przewodniczy obradom rady i prezydium rady.

Art. 28. 1. Przewodniczącemu okręgowej komisji rewizyjnej, przewodniczącemu okręgowemu sądu lekarskiego, okręgowemu rzecznikowi odpowiedzialności zawodowej służy prawo udziału w posiedzeniach okręgowej rady lekarskiej i jej prezydium z głosem doradczym.

2. Do udziału w posiedzeniach okręgowej rady lekarskiej i jej prezydium mogą być zapraszane inne osoby niż wymienione w art. 26 ust. 1 i 2, w tym byli prezesi okręgowej rady lekarskiej.

Ten szpital można uratować...

Medyczny potentat – Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Jurasza – rocznie udziela ponad 170 tys. porad specjalistycznych i hospitalizuje około 37 tys. chorych. W normalnej rzeczywistości, gdzie pieniądze idą za pacjentem, ten największy wyspospecjalistyczny ośrodek regionu miałby stabilną sytuację finansową, a pracownicy świetne zarobki. Ale rzeczywistość normalna nie jest i Jurasz, zamiast zysków, notuje coraz większe finansowe straty. W wywiadzie dla marcowego „Primum non nocere” dyrektor ds. ekonomiczno-finansowych jednostki informował o zobowiązaniach na poziomie 125 mln zł. Dzisiaj Szpital, mimo trwającej od zeszłego roku restrukturyzacji, mówi o jeszcze większym zadłużeniu: „W tej chwili nasze zobowiązania wynoszą 135 mln zł.” – informuje Kamila Wiecińska rzeczniczka Uniwersyteckiego.



Na początku kwietnia Komisja Budżetowa UMK zakwestionowała plan rzeczowo-finansowy lecznicy, w którym Szpital zakładał stratę – o połowę mniejszą niż w 2009 r., ale i tak na skalę 15 mln zł. Zażądano lepszego wyniku finansowego lecznicy. Co na to Szpital? Postanowił ciąć koszty. Na pospiesznie zwołanym zebraniu poinformowano pracowników o... redukcji zatrudnienia we wszystkich grupach zawodowych. Szokiem dla wszystkich była liczba osób, które powinny być zwolnione – chodzi o około 900 osób pracujących w szpitalu na etatach i związanych umowami cywilno-prawnymi, czyli 30 proc. z 2700 zatrudnionych. Procentowo największej ma zostać zwolnionych lekarzy i osób zatrudnionych w administracji. Wszystko dlatego, że jest ich za dużo w stosunku do kontraktu, który Jurasz podpisał z Funduszem. Szpital – jak powiedziano – może zwalniać 29 etatowych pracowników miesięcznie, nie więcej, bo inaczej spadłyby na niego dodatkowe formalności np. zgłoszenie zwolnionych do urzędu pracy. Redukcja – jak dowiedzieli się pracownicy – będzie dotyczyć także łóżek. Ich stan ma się zmniejszyć o około 150.

Ostatnie wiadomości wprowadziły ogromny niepokój w szeregach lekarzy zatrudnionych w Szpitalu. Nie zga-

dzamy się z taką formą informowania nas o zamierzeniach zarządu. Poza tym, to błąd, że dyrekcja planuje zwolnić tak wielu znakomicie wyszkolonych specjalistów. – twierdzi Krzysztof Dalke, przewodniczący OZZL w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 – Zatrudnił się gdzie indziej i nigdy już ich Szpital nie odzyska. Jesteśmy rozczarowani, bo myśleliśmy, że działania zarządu będą zmierzały w kierunku pozyskania lepszego kontraktu z NFZ, co przyczyniłoby się do wzrostu przychodu i zmniejszenia długu szpitala. A teraz, jeżeli uda się uzyskać wyższy kontrakt na kolejny rok, to kto go będzie realizował? Spodziewaliśmy się redukcji zatrudnienia, słyszeliśmy o zwolnieniach 300 osób w dwóch szpitalach uniwersyteckich, ale nie o 900 w jednym! Będziemy się pilnie przyglądać działaniom dyrekcji i reagować w sytuacji, gdy bezpieczeństwo pacjentów zostanie zagrożone.”

Nerwową atmosferę wśród pracowników wyczuwa się natychmiast. Na korytarzach tylko jeden temat i najbardziej szokujące spekulacje np. taka, że to, co się dzieje w Juraszu, to próba celowego doprowadzenia lecznicy do upadku, by potem ktoś go przejął za przysłowiową złotówkę.

„Zostaliśmy zaskoczeni – mówi jeden z kontraktowych pracowników Jurasza – Dyrekcja nigdy z nami nie rozmawiała, nie in-

formowała o swoich planach i nagle to pospiesznie zwołane zebranie... Informacja o zwolnieniach. A przecież niedawno zgodziliśmy się na obniżenie swoich kontraktów w zamian za zapewnienia, że zwolnień nie będzie. Tymczasem co się dzieje? Czujemy się oszukani. – i dodaje – Wyrzuci się ludzi, bo nie można podpisać lepszego kontraktu z NFZ? Od dwóch lat wiemy, że kontrakt kończy się w październiku. To oznacza, że trzeba negocjować inne stawki. A co robi w tym zakresie dyrekcja? Chętnie byśmy o tym usłyszeli, a także o tym co robi i za jakie pieniądze Centrum Konsultingowe, którego efektów pracy jakoś nie widać?”

Pracownicy komentują także plany dyrekcji zmierzające do redukcji 150–200 łóżek. Mówią, że nie byłyby puste, gdyby nie znowu ten sam powód – kiepski kontrakt z NFZ. Kierownicy klinik teraz dwa razy pomyślą zanim przyjmą pacjenta na jedno z tych łóżek skazanych na redukcję, bo boją się finansowych konsekwencji. Czasami jednak mimo wszystko chorych przyjmują – w tym roku Jurasz zanotował kolejne nadwykonania na kwotę 3 mln zł. Tymczasem coraz częściej zdarza się, że pacjenci z poważnymi schorzeniami, „nie ratującymi życia”, jak to mówi NFZ, (choć w krótkim czasie mogą się w takie zamienić) są odsyłani ze Szpitala.

Spokojniej patrzy na ostatnie wydarzenia w Juraszu prof. Zbigniew Włodarczyk, kierownik Kliniki Transplantologii w Uniwersyteckim nr 1: „Jak każdy pracownik jestem zaniepokojony sytuacją Szpitala, ale jestem jak najdalej od tak alarmujących tonów. – komentuje reakcje pracowników Jurasza na ostatnie wydarzenia. Kondycja finansowa placówki nie jest najlepsza, ale też nie wyjątkowo tragiczna. Wiele szpitali klinicznych w Polsce jest w podobnej sytuacji. Informowanie, że jednostka jest w katastrofalnym położeniu jeszcze bardziej ją pogrąża i powoduje panikę. Trudno się wtedy dziwić dostawcom, że reagują nerwowo, nagle zaczynając dochodzić swoich długów. – i dodaje – Jedynym rozsądnym postępowaniem jest zajęcie się kondycją jednostki poprzez przeprowadzenie niezbędnych zmian. Na pewno konieczna jest redukcja kosztów, związana nie tylko ze zwolnieniami, chociaż u nas poziom zatrudnienia jest wyższy niż w innych jednostkach akademickich. Czy konieczne są zwolnienia na poziomie prawie 40 proc.? Nie wiem. Myślę, że jeżeli tak, to rozłożone na 3–4 lata. Może takie działania spowodowałyby podwyżkę zarobków tych, którzy pozostaną. Przypuszczam, że 900 osób nie straci pracy natychmiast. Już teraz w wielu klinikach struktura zatrudnienia zbliżona jest do optymalnej, a zwolnienia mogłyby doprowadzić do ograniczenia usług, co pogorszyłoby wynik finansowy jednostki. Ten Szpital można uratować. – podkreśla – Potrzebna jest tylko dobra wola zarządu szpitala, o której jestem przekonany, ale również pracowników, władz miejskich, wojewódzkich i uczelni – nie tylko Collegium Medicum, ale i UMK.”

Temat redukcji zatrudnienia w szpitalu Jurasza nie jest niczym nowym. O, związanych z restrukturyzacją Szpitala zwolnieniach, dotyczących łącznie ok. 300 osób w dwóch szpitalach uniwersyteckich, dyrekcja informowała już pod koniec zeszłego roku. Dlaczego jednak nagle dowiadujemy się o tym, że aż 900 pracowników Jurasza może stracić pracę – pytam Marię Budnik-Szymoniuk, dyrektora ds. pielęgniarstwa, reprezentującą zarząd Szpitala? „Ta liczba wynika z prostego przelicznika – liczby łóżek na liczbę osób zatrudnionych. Należy jednak pamiętać, że jesteśmy szpitalem akademickim, którego jedną z głównych funkcji jest dydaktyka, co będzie miało wpływ na omawiany wskaźnik. W Szpitalu pracuje 2726 osób, a mamy 940 łóżek, których liczbę jeszcze będziemy redukować, więc mamy do czynienia z przerostami zatrudnienia.”

Zatrudnienie w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1

	31.12. 2008	31.03. 2010
RAZEM	2721	2726
Lekarze	617	617
Inny wyższy personel medyczny	120	130
Pielęgniarki, położne	946	945
Inny średni personel medyczny (sekretarki medyczne, rejestratorki)	281	287
Personel administracyjno-ekonomiczny	157	154
Technicy medyczni	134	137
Niższy personel medyczny (salowe, sanitariusze)	213	226
Zaplecze techniczne	67	68
Pracownicy gospodarczy i obsługa	143	119
Kuchnia	43	43

Źródło: Szpital Uniwersytecki nr 1

Prosty rachunek pokazuje, że w Szpitalu im. Jurasza na jedno łóżko przypada 2,9 pracowników. Tymczasem w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 na 1623 pracowników przypada 713 łóżek – wskaźnik wynosi 2,3. Jeszcze niższy wskaźnik ma Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie, bo 2.

Ile rzeczywiście łóżek zostanie zlikwidowanych i ilu pracowników zostanie zwolnionych, zarząd Szpitala na razie nie zdradza: „Redukcje zostaną poprzedzone m.in. bardzo dokładną analizą wykorzystania łóżek przez poszczególne kliniki i weryfikacją stanu zatrudnienia pod kątem limitów określonych przez NFZ. Na pewno już teraz można powiedzieć, że nasz kontrakt z Funduszem jest za mały w stosunku do posiadanych zasobów.” – mówi dyrektor Szymoniuk.

Co istotne dla lecznicy: „Szacujemy, że redukcja potencjału Szpitala powinna pozwolić nam się zbilansować.” – mówi Kamila Wiecińska.

Wyniki analizy mają być znane pod koniec kwietnia (już po zamknięciu tego wydania PNN), wtedy też padnie konkretna liczba osób, z którą Szpital rozwiąże umowę, zostanie ustalony harmonogram zwolnień i określona liczba łóżek do redukcji. Ostateczne decyzje, uzgodnione z osobami zarządzającymi klinikami oddziałami czy zakładami, o tym, kto zostanie zwolniony mają należeć do dyrektorów pionów (dyrektora ds. lecznictwa, dyrektora ds. pielęgniarstwa, dyrektora ds. ekonomicznych, dyrektora ds. administracyjno-eksploatacyjnych). Dyrektor ds. lecznictwa Przemysław Paciorek już skierował do sze-

fów jednostek pytania w tej sprawie. Dodajmy, że zwolnieni w związku z restrukturyzacją pracownicy, a tak właśnie jest w przypadku Jurasza, mają prawo do odpraw.

Restrukturyzacja zatrudnienia, to nie jedyny sposób Szpitala w walce o lepszy wynik finansowy. „Jest jeszcze wiele innych mechanizmów, które uruchamiamy, żeby oszczędzać m.in.: racjonalizujemy gospodarkę lekami czy materiałami jednorazowymi. Nieustannie analizujemy koszty poszczególnych jednostek, sprawdzamy też, która klinika przekracza limity określone przez NFZ. Cały czas trwa szczegółowy kontroling medyczny i finansowy” – wylicza Maria Budnik-Szymoniuk.

Poczynania Szpitala Uniwersyteckiego od paru miesięcy uważnie śledzi Bydgoska Izba Lekarska. „Okręgowa Rada Lekarska BIL wyraża zaniepokojenie sytuacją finansową największej lecznicy w regionie – czytamy w stanowisku BIL, wydanym w lutym 2010 – Bydgoska Izba Lekarska bacznie przygląda się działaniom zarządów szpitali uniwersyteckich jednocześnie domaga się prawa do opiniowania i współuczestniczenia w procesie restrukturyzacji ww. szpitali. Przemiany muszą brać pod uwagę nie tylko interes Collegium Medicum UMK, ale również wysokokwalifikowanej kadry medycznej i mieszkańców, potencjalnych pacjentów naszego regionu.”

Agnieszka Banach
agnieszka.banach@hipokrates.org

Leczenie trombolityczne udaru niedokrwinnego mózgu

Udar mózgu jest trzecią co do częstości przyczyną śmierci i główną przyczyną trwałego kalectwa u osób dorosłych, a zmiany demograficzne powodują zwiększenie zarówno zapadalności, jak i chorobowości. Udar jest drugą pod względem częstości przyczyną ołpienia, najczęstszą przyczyną padaczki u osób w podeszłym wieku oraz częstą przyczyną depresji. Dlatego tak ważna jest kompleksowa opieka nad chorym z udarem mózgu.

W 2000 r. po raz pierwszy zostały opublikowane zalecenia EUSI (*European Stroke Initiative*) dotyczące postępowania w udarze mózgu, które zostały zmodyfikowane w 2008 r. przez powołane nowe europejskie towarzystwo – *European Stroke Organization* (ESO); przejęło ono zadanie uaktualniania wytycznych. Oprócz ogólnego postępowania w udarze mózgu, profilaktyki pierwotnej i wtórnej, zapobiegania i leczenia powikłań, a także rehabilitacji, istotne znaczenie dla poprawy rokowania i poprawy wyników leczenia chorych ze świeżym udarem niedokrwinnym jest leczenie swoiste. Takim leczeniem jest dożylne leczenie trombolityczne za pomocą rtPA.

W 1995 r. w „*The New England Journal of Medicine*” zostały opublikowane wyniki wieloośrodkowego randomizowanego badania NINDS (*The National Institutes of Neurological Disorders and Stroke*), które udowodniło skuteczność leczenia udaru niedokrwinnego za pomocą rt-PA (rekombinowany tkankowy aktywator plazminogenu) podawanego dożylnie. Po tej publikacji lek – Alteplaza został zaakceptowany do stosowania w Stanach Zjednoczonych w 1996 r. W krajach Unii Europejskiej (EU) doszło do rejestracji w 2002 r.

przez EMEA, po spełnieniu jednakże warunków prowadzenia monitorowania bezpieczeństwa leczenia trombolitycznego. Powstała ogólnosiwiatowa baza danych SITS-MOST (*The multinational Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke – Monitoring Study*). W Polsce po raz pierwszy zastosowano leczenie trombolityczne w zawale mózgu w 2003 r. Wszystkie kraje, które nie przystąpiły do EU przed 2002 r. należą do międzynarodowego rejestru SITS-ISTR (*Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke – International Stroke Thrombolysis Register*).

Do tej pory w światowej bazie SITS zarejestrowano ponad 35 tysięcy chorych leczonych trombolitycznie, z czego 3,29 % stanowią pacjenci z polskiego rejestru (tj. ponad 1550 pacjentów).

W Oddziale Neurologii i Leczenia Padaczki z Pododdziałem Udarowym Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr. Jana Bizuela dożylne leczenie trombolityczne udaru niedokrwinnego za pomocą rt-PA stosujemy od lipca 2006 r. Do kwietnia 2010 r. zakwalifikowaliśmy 104 chorych. W ubiegłym roku wykonaliśmy ponad 15 % wszystkich tromboliz zarejestrowanych w krajowej bazie, co stawia nasz ośrodek na 2. miejscu w Polsce w 2009 r.

Podczas rekrutacji najważniejszym kryterium do włączenia leczenia trombolitycznego jest czas, który nie może przekroczyć 180 min. od początku wystąpienia objawów udaru. Inne kryteria włączające to: wiek chorego (18–80 lat), ciężkość udaru oceniana za pomocą skali udarowej NIHSS (*National Institutes of Health Stroke Scale*) (6–25 punktów), brak cech krwotoku śródczaszkowego w badaniu KT. Przeciwwskazaniem do leczenia nie jest przebyte TIA – przemijające niedokrwienie mózgu, przyjmowanie

leków przeciwplatekcyjnych, stosowanie heparyny lub doustnych leków przeciwkrzepliwych, gdy INR nie przekracza 1,7 i APTT mieści się w zakresie górnej granicy normy.

Istnieje wyrażenie „czas to mózg”, które oznacza, że leczenie udaru musi być uznane za stan nagły. Bardzo ważne jest sprawne funkcjonowanie i pełna współpraca opieki przedszpitalnej (pogotowie ratunkowe, lekarze rodzinni), Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Oddziału Udarowego, a także Zakładu Radiologii i Laboratorium.

W Województwie Kujawsko-Pomorskim pacjenci trafiają do Szpitala im. dr. Bizuela zazwyczaj w ciągu 65 min. Czas potrzebny na zdiagnozowanie chorego i kwalifikację do podawania rt-PA dożylnie, tzw. „*Door-to-needle time*” w naszym Oddziale wynosi 67 min. (*median*), co stanowi lepszy wynik w stosunku do danych ogólnopolskich i porównywalny do danych światowych. Podsumowując, chorzy mieli włączane leczenie trombolityczne zazwyczaj w ciągu 136 min. Jest to znacznie krótszy czas w porównaniu do danych, tak z ośrodków polskich, jak i światowych (odpowiednio 150 min., 145 min.).

W naszym ośrodku uzyskaliśmy istotną klinicznie poprawę stanu neurologicznego w ciągu pierwszych 24 godzin w 70 % przypadków, a tylko w 4 % – nastąpiło pogorszenie. Bardzo ważne jest uzyskanie pełnej samodzielności, oceniane po 3 miesiącach za pomocą zmodyfikowanej skali Rankina, co występowało u 62 % naszych pacjentów leczonych trombolitycznie. Śmiertelność wśród chorych leczonych za pomocą rt-PA w naszym Oddziale jest porównywalna do chorych z rejestru SITS-ISTR. Jako powikłania określane są objawowe krwotoki śródmózgowe, które pogarszały stan neurologiczny lub powodowały zgon. W naszym ośrodku zaobserwowaliśmy 5 objawowych krwotoków (4 zakończone zgonem i 1 – pogorszenie stanu neurologicznego pacjenta). Wyniki te są porównywalne do danych z innych ośrodków krajowych i światowych.

Leczenie trombolityczne jest uznane za skuteczną i bezpieczną metodą leczenia świeżego udaru niedokrwinnego. Efektywność tej metody przewyższa możliwe powikłania. Daje większą możliwość samodzielności pacjentów, zmniejsza stopień ich niepełnosprawności oraz śmiertelność.

Widok chorych trafiających do szpitala często z dużym deficytem neurologicznym, którym, my lekarze, jesteśmy w stanie pomóc i często po prostu dać szansę na całkowicie samodzielne życie od razu jest najlepszą motywacją do kontynuowania stosowania leczenia trombolitycznego.

Barbara Maśłowska

Magdalena Konieczna-Brazis



Na zdjęciu zespół lekarski Oddziału Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 (od lewej): Karolina Lizińska, Paulina Sobieszak-Skura, Magdalena Konieczna-Brazis, Joanna Szeffe, Józef Kościelniak, Violetta Palacz-Duda, Dorota Dżianott-Pabijan, Milena Switońska, Krzysztof Słomiński, ordynator Barbara Maśłowska, Paweł Lisewski, Marta Wyszowska, Piotr Pleszka

Światowy Dzień Nadciśnienia Tętniczego

To kolejna, już szósta edycja prozdrowotnej kampanii obejmującej swym zasięgiem niemal wszystkie państwa świata. Pomyśłodawcą tego wydarzenia jest Światowa Liga Nadciśnienia Tętniczego. Każda z dotychczasowych akcji organizowana była pod innym hasłem przewodnim, akcentującym odrębny problem związany z zapobieganiem, wykrywaniem lub leczeniem nadciśnienia tętniczego. W tym roku hasło przewodnie brzmi: **Zdrowa waga – zdrowe ciśnienie tętnicze** („HEALTHY WEIGHT – HEALTHY BLOOD PRESSURE”).

Wyniki badań epidemiologicznych potwierdziły zależność ciśnienia tętniczego od masy ciała. Wzrostowi masy ciała o każde 5 kg towarzyszy wzrost ciśnienia skurczowego o 4,5 mmHg. Wykazano, że ryzyko nadciśnienia tętniczego jest 3-krotnie większe u osób otyłych niż u szczupłych, a w grupie osób w wieku 20–45 lat ryzyko to zwiększa się 6-krotnie! Należy podkreślić, że nadciśnienie tętnicze i jego powikłania to pierwsza przyczyna zgonów w krajach rozwiniętych, a trzecia po niedożywieniu i paleniu tytoniu w krajach rozwijających się. Każdego roku z powodu powikłań nadciśnienia tętniczego umiera 7 milionów osób!

*Miej zawsze na uwadze
dwa wskaźniki w przymierz
jeden z nich jest na wadze
drugi w ciśnieniomierzu*

Tadeusz Tomaszewski

ludzi na świecie, a liczba osób z nadciśnieniem tętniczym jest podobna.

W celu zdefiniowania nadwagi i otyłości wprowadzone zostało pojęcie wskaźnika masy ciała (BMI – body mass index), oznaczającego stosunek masy ciała w kg do wzrostu wyrażonego w m². Prawidłowy BMI powinien wynosić **poniżej 25 kg/m²**, przy wskaźniku 25–30 rozpoznaje się nadwagę, a 30 i więcej – otyłość.

Szczególnym zagrożeniem dla zdrowia jest otyłość brzuszna, inaczej określana jako centralna lub „typu jabłka”. W tym rodzaju otyłości trzewna tkanka tłuszczowa, zlokalizowana w obrębie jamy brzusznej, wytwarza szereg substancji biologicznie czynnych, odgrywających rolę w rozwoju nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, dyslipidemii oraz miażdżycy i jej powikłań (zawał serca, udar mózgu). Prawidłowo wg Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej IDF **obwód tali** nie powinien przekraczać **80 cm** u kobiet i **94 cm** u mężczyzn. Powyżej tych wartości rozpoznajemy otyłość brzuszną. Obecnie wiadomo, że obwód pasa jest lepszym miernikiem ryzyka sercowo-naczyniowego niż wskaźnik masy ciała.

Optymalne ciśnienie tętnicze to wartości **poniżej 120/80 mmHg**, prawidłowe: 120–129/80–84 mmHg, wysokie prawidłowe: 130–139/85–89 mmHg. Nadciśnienie tętnicze rozpoznaje się, jeśli ciśnienie przekracza wartości 140 dla ciśnienia skurczowego i/lub 90 dla ciśnienia rozkurczowego.

Podstawowe znaczenie dla utrzymania prawidłowej wagi i prawidłowego ciśnienia tętniczego ma zdrowy styl życia – zwłaszcza odpowiednia kaloryczność diety i jej skład oraz regularna aktywność fi-

zyczna. Dieta powinna zawierać dużo warzyw i owoców, produkty z pełnego ziarna, ryby, rośliny strączkowe, chude mięso i nabiał. Należy maksymalnie ograniczyć spożycie tłuszczów zwierzęcych i węglowodanów prostych. Trzeba też przestrzec przed spożywaniem alkoholu, który sprzyja powstawaniu nadwagi. Niezwykle ważne jest ograniczenie spożycia soli. Nie zapominajmy o regularnej aktywności ruchowej. Zaleca się zwłaszcza spacerować, jeździć na rowerze, pływać, gry zespołowe przez 30–60 minut codziennie, lub co najmniej 3 razy w tygodniu. A może warto kupić lub przegarnąć psa? Z czworonożnym przyjacielem obowiązkowe spacerować będą przyjemnością!



Zdrowa waga Zdrowe ciśnienie tętnicze

kontroluj swój obwód pasa jedz warzywa



uprawiaj sporty ogranicz spożycie soli

Zainicjowany przez Światową Ligę Nadciśnienia Tętniczego

ŚWIATOWY DZIEŃ NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO 17 maja, 2010

Akcję popierają: Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych, Katedra i Zakład Lekarski Rodzinnego CM im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Fundacja NERKADAR, Hypertension Excellence Centre Bydgoszcz

Partnerzy: 

zyczna. Dieta powinna zawierać dużo warzyw i owoców, produkty z pełnego ziarna, ryby, rośliny strączkowe, chude mięso i nabiał. Należy maksymalnie ograniczyć spożycie tłuszczów zwierzęcych i węglowodanów prostych. Trzeba też przestrzec przed spożywaniem alkoholu, który sprzyja powstawaniu nadwagi. Niezwykle ważne jest ograniczenie spożycia soli. Nie zapominajmy o regularnej aktywności ruchowej. Zaleca się zwłaszcza spacerować, jeździć na rowerze, pływać, gry zespołowe przez 30–60 minut codziennie, lub co najmniej 3 razy w tygodniu. A może warto kupić lub przegarnąć psa? Z czworonożnym przyjacielem obowiązkowe spacerować będą przyjemnością!

*Dla dobra serca swego
jak również swej duszy
nie rezygnuj z miłości
lecz z nadmiaru tuszy*

Tadeusz Tomaszewski

Niniejszy artykuł jest wyrazem poparcia Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum UMK dla idei Światowego Dnia Nadciśnienia Tętniczego. Staje się już tradycją, że nasz zespół

lekarski aktywnie uczestniczy w promowaniu i organizowaniu akcji edukacyjno-profilaktycznych. Odwołując się do hasła przewodniego zbliżającego się Dnia Nadciśnienia pragniemy zaakcentować priorytetowe znaczenie zdrowego stylu życia oraz zachęcić do wykonywania pomiarów masy ciała, obwodu pasa i ciśnienia tętniczego. Otyłości i nadciśnieniu tętniczemu można zapobiegać, chociażby poprzez przestrzeganie zaleceń, których ilustracją jest załączony plakat.

lek. Ewa Romanowska-Mysliwy
dr med. Rafał Donderski
prof.dr hab.med. Jacek Manitius

Plakat: www.worldhypertensionleague.org – opracowanie polskie: lek. Joanna Wiechecka-Korenkiewicz

Fraszki, których autorem jest Tadeusz Tomaszewski, powstały specjalnie z okazji Światowego Dnia Nadciśnienia Tętniczego.

więcej informacji na stronie: www.nerka.cpro.pl

SURGEON TO SURGEON

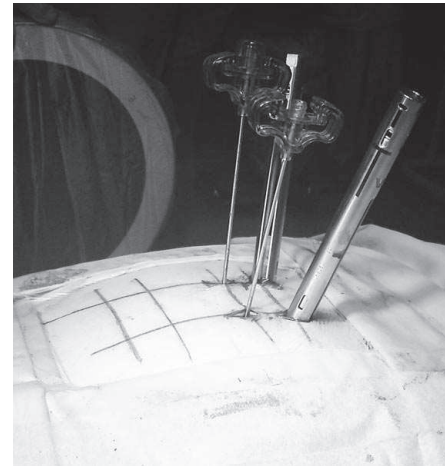
Od października 2009 wszystkie zabiegi stabilizacji kręgosłupa, m.in. w przypadku złamań, guzów, zwyrodnień czy nawet zapaleń, neurochirurdzy ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Jurasza wykonują małoinwazyjnie, używając przezskórnych tytanowych stabilizatorów. Ta nowoczesna metoda operacyjna wprowadzana została do Polski kilka miesięcy wcześniej. Od tego czasu specjaliści z Jurasza zabiegów tego typów wykonali najwięcej w kraju i teraz zaczynają szkolić innych. Bydgoszcz jest pierwszym – i na razie jedynym – ośrodkiem w Polsce, gdzie ortopedzi i neurochirurdzy zajmujący się leczeniem kręgosłupa będą mogli tej metody się nauczyć. Pierwszy kurs odbył się tu w kwietniu.

Neurochirurdzy z Jurasza mówią, że sami zainteresowali się tą techniką operacyjną z powodu... szacunku do tkanek. „Im więcej operujemy, tym mniej chcemy niszczyć, a małoinwazyjne zabiegi stabilizacji kręgosłupa pozwalają znacząco zmniejszyć traumatyzację tkanek przykręgosłupowych. – podkreśla zalety stosowanej techniki doktor Maciej Prywiński z Kliniki Neurochirurgii, który wspólnie

z docentem Maciejem Śniegockim i doktorem Tomaszem Tykwińskim prowadzi kursy szkoleniowe. – Poza tym ograniczone zostają operacyjne dolegliwości bólowe i śródooperacyjna utrata krwi. Operacja wymaga tylko niewielkiego nacięcia, co ważne np. w przypadku bardzo obciążonych chorych. Pacjenci po zabiegu od razu wstają, mogą chodzić. Co także istotne, czas rekonwalescencji skraca się tu do 72 godzin, tymczasem w przypadku zabiegów tradycyjnych chorzy muszą spędzić w szpitalu tydzień.”

Zabiegi wykonane małoinwazyjną techniką są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Koszt śrub używanych w tego typu operacji jest o tysiąc złotych większy niż w przypadku operacji klasycznej. Zysku dla pacjenta trudno jednak przeliczyć na pieniądze.

Jak wygląda zabieg? Podczas rentgenowskiego podglądu kręgosłupa wyznacza się pole operacyjne. Następnie do trzonu kręgosłupa wbijane są igły, przez nie wprowadza się druty Kirchnera, które wyznaczają miejsce wejścia stabilizujących śrub. Igły można wyciągnąć, a chirurg sięga po tzw. dilatator, który rozpreparowuje mięśnie przykręgosłupowe na obszarze 1,5 cm. Kolejny krok to użycie „dziurkującego” nasadę kręgosłupa perforatora, co umożliwi łatwe wejście śrub, które są wkręcane w odpowiednie, zależne od wskazań miejsce. Poprzez wyznaczony przez śru-



Wprowadzone dotrzonowo śruby i igły

by tunel, wprowadzane są potem specjalne pręty, zakłada się nakrętki i już po zabiegu stabilizacji kręgosłupa.

Podczas pierwszego kursu w Juraszu zoperowano dwóch chorych. Nie były to łatwe przypadki – pacjentka z kręgozmykiem i chory z ciężkim zwyrodnieniem kręgosłupa lędźwiowego. Wszystko przebiegło pomyślnie i po 3 dobach, bez żadnych dolegliwości wrócili do domu. Szkolenie nie polegało tylko na podglądaniu warsztatu, ale pod okiem operatorów można było samemu „wypróbować” nową technikę operacyjną.

Agnieszka Banach

Informacje o kolejnych kursach w sekretariacie Kliniki Neurochirurgii Szpitala Uniwersyteckiego pod telefonem: 52 5854510. Szkolenie jest bezpłatne. Oprócz Bydgoszczy, w Polsce powstaną jeszcze dwa szkolące ośrodki.

„Komunikacja interpersonalna”

Niedawno uczestniczyłem w szkoleniu, które miało nauczyć mnie rozmawiania z drugim człowiekiem. Instytucje, które opierają swoje działanie na kontaktach z ludźmi, dbają o to, aby pracownicy ową sztukę posiedli.

Pamiętam kabaret sprzed wielu lat, w którym Jan Kobuszewski grał majstra hydraulika uczącego nowego adepta rozmowy z „klejentem”. Obecnie, kiedy techniki elektroniki cyfrowej pozwalają na tworzenie przysłówiowych cudów, może się okazać, że zapatrzeni w ich możliwości lekarze zapomną jak rozmawiać z pacjentem i jak przeprowadzić prawidłowo badanie podmiotowe. Może czekają nas w przyszłości sceny wyjęte z filmu science fiction, w którym udający się do wirtualnego lekarza pacjent usłyszy: „włóż chip, podaj swój identyfikator i personalia. Jeżeli jesteś pacjentem pierwszorazowym – wciśnij 1, po powtórkę recepty – wciśnij 2... itd., a następnie otocz nas

macki czujników, które pobiorą próbki tkanek i płynów ustrojowych i po dokonaniu błyskawicznej analizy postawią diagnozę i zaproponują odpowiednie leczenie. A może uznają nas za niezdolnych do podjęcia decyzji i wykonają stosowny zabieg bez pytania o zgodę? Na ekranie zobaczymy uśmiechniętego „doktora”, który słodkim głosem podziękuje za współpracę w procesie leczenia i zaprosi nas ponownie. Z naszego konta zostanie automatycznie odpisana odpowiednia suma za usługę. A jeśli okaże się, że środki uległy wyczerpaniu – słodki głos obwieści, że usługa nie może być wykonana z powodu braku środków na koncie. Czy będziemy mogli mieć pretensje do maszyny?

Dzisiaj wiele firm posługuje się elektroniczną informacją telefoniczną, w której algorytmy odpowiedzi wgrane w wirtualnego informatora mają za zadanie zastąpić człowieka. Przyznam, że bardzo cenię owe zdobywcze ludzkiego geniuszu, jednak są sytuacje, w których wolę rozmawiać z żywą osobą.

Ogromnie ważny jest stosunek do człowieka, szczególnie naznaczonego cierpieniem, w którym wielokrotnie uczestniczą także jego bliscy. Jeżeli potraktujemy go oschle, niecierpliwie, a może z wyuczoną miną i „przyklejonym” uśmiechem, szybko rozpozna to i nigdy nie zdobędziemy jego zaufania, tak bardzo potrzebnego w procesie leczenia. Medycyna jest sztuką, a tej nie da się uprawiać bez właściwej wrażliwości wewnętrznej, przygotowania intelektualnego i opanowania odpowiednich technik.

Technik można się wyuczyć, zaopatrzyć się w narzędzia, lecz nie zastąpią one tej szczególnej wrażliwości i umiejętności tworzenia relacji międzypersonalnych oraz owej „ars medica”, którą, mając talent, można rozwiniąć tylko pod okiem prawdziwego mistrza. Do tego jednak potrzebny jest odpowiedni system wartości, w którym drugi człowiek traktowany jest z szacunkiem i godnością mimo swoich ułomności cielesnych, intelektualnych, a nawet moralnych.

Jerzy Kąkol



Marek Jurgowiak

Czy w DNA potrzebny jest uracyl, czyli łamanie dogmatu

W nauce pasjonujące jest to, że dostarcza nam stale emocji związanych z odkrywaniem nowych faktów, pozwala nam stale wnikać w zagadki życia i skłania do rozwiązywania ich tajemnic. Postęp w nauce pozwala także na nowe spojrzenie na wydarzenia, które już nie kryjące w sobie zbyt wielu zagadek elementy układanki zwanej życiem. Tak, jak w przypadku odkrycia, że w DNA może występować typowa dla RNA zasada azotowa, jaką jest uracyl, co złamało wieloletni dogmat biologii molekularnej.

Obecnie nikt ze świata nauki nie wątpi w fakt, że pierwotnym materiałem genetycznym na Ziemi był kwas rybonukleinowy (RNA). Do końca jednak nie jest jasne, dlaczego w przebiegu ewolucji, gdy kwas deoksyrybonukleinowy (DNA) przejął funkcję podstawowej cząsteczki kodującej informację genetyczną uracyl obecny w RNA został w DNA zastąpiony tyminą. Jedno z wyjaśnień zakłada, że tymina zastąpiła uracyl w DNA w parach z adeniną, aby zapobiec w ten sposób zmianom o charakterze mutacji. Wiadomo bowiem, że na skutek spontanicznej deaminacji cytozyna może być zamieniana w uracyl, a takie zmiany mogą skutkować nieprawidłowym działaniem genomu. Powstający w takim procesie uracyl może wówczas być rozpoznany jako uszkodzenie i usuwany z DNA przez odpowiednie enzymy (glikozyazy).

Dlaczego zatem uracyl może pojawiać się w DNA i jakie ma to konsekwencje biologiczne?

Uracyl, który jest zasadą typową dla cząsteczki RNA, występuje jak się okazało w toku wielu badań, także w niewielkich ilościach w DNA. Jest to wynik spontanicznej lub enzymatycznej deaminacji cytozyny, lub wynik włączania dUMP zamiast dTMP podczas replikacji (kopiowania) DNA. Nie ma wątpliwości, że powstawanie wówczas par U:G (wynik deaminacji cytozyny) może być przyczyną mutacji C:T. Nie wiadomo jednak, na ile obecność par U:A (wynik włączania dUMP do DNA) destabilizuje strukturę i funkcję DNA.

Ponieważ uracyl w DNA nie jest zasadą kanoniczną i może być przyczyną mutacji jest on zwykle rozpoznawany i usuwany przez glikozyazy działające w ramach mechanizmu naprawy typu BER (naprawa przez wycinanie zasad, ang. *Base Excision Repair*). W komórkach eukariotycznych występują co najmniej cztery takie białka (UNG, SMUG, TDG i MBD4). Zatem nasz genom chroniony jest w dużym stopniu przed pojawianiem się w nim uracylu, który może się jednak w nim pojawiać.

Niespodzianką okazały się niedawne odkrycia, które ujawniły, że **obecność uracylu w DNA limfocytów B jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania układu immunologicznego** i to zarówno w przypadku rozwoju odporności swoistej, jak i nieswoistej. Co więcej, na początku obecnego wieku odkryto gen, którego białkowy produkt pełni funkcję deaminazy cytozyny przekształcającej w cząsteczce DNA limfocytów B cytozynę w uracyl (ang. *Activation-Induced Cytidine Deaminase*, AID, indukowana aktywacją limfocytów B deaminaza cytydyny). Obecność uracylu w genach kodujących immunoglobuliny (Ig) jest jednym z mechanizmów prowadzących do różnorodności przeciwciał i pełni ważną rolę zarówno przy powstaniu somatycznych hipermutacji (ang. *Somatic Hypermutation-SHM*), jak i somatycznej rekombinacji prowadzącej do przetaczania izotypów przeciwciał (ang. *Class Switch Recombination – CSR*).

Uracyl w DNA a różnicowanie przeciwciał

Organizmy kręgowców, w tym człowieka, zdolne są do wytwarzania dużego zestawu przeciwciał (Ig) w odpowiedzi na obecność różnego typu antygenów. Organizm wytwarza Ig zdolne do wiązania każdego antygenu, nawet jeśli wcześniej nie miał z nim kontaktu, zarówno w przebiegu filogenezy, jak i ontogenezy. Nie da się zatem wytłumaczyć tak dużego potencjału różnorodności w produkcji Ig wyłącznie adaptacją ewolucyjną. Liczbę różnych przeciwciał, jakie może produkować nasz organizm podczas całego okresu życia szacuje się na 10^9 , co przewyższałoby możliwości kodowania genomu człowieka. Tak jednak nie jest, a duża różnorodność przeciwciał wydaje się być raczej

wynikiem procesu somatycznej dywersyfikacji (różnicowania) genów.

Zróżnicowanie przeciwciał wynika, między innymi, z różnorodności ich części zmiennych V (variable). Pomiędzy segmentami V i C genów Ig (C koduje obszar stały przeciwciała, tzw. ramię efektorowe), zlokalizowane są sekwencje kodujące segmenty łączące J (joining), oraz segmenty różnorodności D (diversity). DNA kodujący fragment przeciwciała rozpoznający antygen jest składany poprzez rearanżację genu we wczesnej fazie dojrzewania limfocytów B. Integracja segmentów V, D i J immunoglobulin skutkuje tworzeniem pierwotnej różnorodności i specyficzności przeciwciał. Kształtowanie tej różnorodności pochodzi zarówno z wyboru pierwotnej linii segmentów V, D, J genów Ig podczas integracji (zróżnicowanie rekombinacyjne), jak i integracji miejsc V, D, J powiązanej z delecjami i insercjami nukleotydów, co generuje różnorodność tych połączeń.

Geny kodujące przeciwciała podlegają różnicowaniu w procesie somatycznej hipermutacji (SHM). Region zmienny V przeciwciała jest stabilny tylko do momentu aktywacji limfocytu B. Związanie antygeny indukuje proces mutacji somatycznych w regionie V, co prowadzi do większego zróżnicowania rejonów zmiennych. Efektem jest pojawienie się w trakcie odpowiedzi immunologicznej przeciwciał o coraz większym powinowactwie do antygeny. Częstotliwość tych mutacji szacuje się na 10^3 par zasad rejonu V na jedno pokolenie komórkowe. Jest to częstość 10^3 – 10^4 razy większa niż w przypadku mutacji spontanicznych w innych genach. Do niedawna nie było pewności, jaki mechanizm doprowadza do tak dużej częstości mutacji w tym ściśle określonym rejonie genu.

Obecnie zakłada się, że hipermutacje somatyczne są wynikiem deaminacji cytozyny w segmentach V genu Ig, podczas różnicowania i dojrzewania przeciwciał. Hipermutacje te zachodzą z udziałem AID (indukowanej aktywacją limfocytów B deaminaza), enzymu katalizującego deaminację cząsteczek deoksycytydyny w DNA. Działanie AID generuje uszkodzenia typu U:G, determinujące różne substytucje zasad obserwowane w procesie somatycznych hipermutacji.

Co ciekawe, jeśli jednak takie zmiany pojawiają się w innych niż geny Ig regionach genomu może to nawet prowadzić do procesu nowotworzenia. Obecnie bogata jest literatura dyskutująca rolę zaburzeń aktywności AID, jako czynnika w procesie kancerogenezy, ale omówienie tego zagadnienia wymagałoby osobnego opracowania.

Czytelnik zainteresowany uracylem w DNA znajdzie więcej informacji w artykule z którego zaczerpnęto część informacji do powyższego opracowania: **Oliński R., Jurgowiak M. Uracyl w DNA – przysiaciel czy wróg? Postępy Biochemii 55 (1) 2009.**

Wszyscy członkowie samorządu mają prawo do korzystania z porad prawnych w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentysty, co gwarantuje Państwu ustawa o izbach lekarskich, a realizuje ją Bydgoska Izba Lekarska.

Porady prawne udzielone członkom BIL w 2009 r.

Kancelaria Radcy Prawnego prowadzona przez Jadwigę Jarząbkiewicz-Górniak oprócz zajmowania się obsługą prawną niektórych organów Bydgoskiej Izby Lekarskiej udzielała porad prawnych lekarzom i lekarzom dentystom, członkom samorządu w zakresie wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty. Porady udzielane były w siedzibie Izby w każdy poniedziałek między godz. 14.00–15.00 nie tylko osobiście, ale również telefonicznie pod nr 602575350 i 52 3460780.

Ponadto, świadczyła pomoc prawną osobiście lub telefonicznie od poniedziałku do piątku w godz. 10.00–15.00 w siedzibie Radcy Prawnego przy ul. Dworcowej 19 w Bydgoszczy, nr tel. 52 3223394.

Tematem porad prawnych w 2009 r. były między innymi następujące sprawy:

- czas pracy lekarzy i lekarzy dentystów (klauzula opt-out, dyżury a godziny nadliczbowe, godziny nadliczbowe a wykonywanie zawodu przez lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, wliczanie dyżurów na podstawie kontraktu do czasu pracy lekarza-pracownika);

- uprawnienia kobiet-lekarzy w związku z ciążą i sprawowaniem opieki nad dzieckiem do lat 3 (sprawowanie dyżurów przez lekarza-kobietę w ciąży, pełnienie dyżurów przy ograniczonym prawie wykonywania zawodu, praca w porze nocnej i godzinach nadliczbowych);

- wynagrodzenie związane z wykonywaniem tzw. „kontraktów”, czyli umów zawartych przez lekarza prowadzącego indywidualną lub grupową praktykę lekarską a publicznym zakładem opieki zdrowotnej (wyjaśnianie zasad ustalania wynagrodzenia, zastępstwo a wynagrodzenie, prawo do otrzymywania wynagrodzenia w wysokości ustalonej w umowie);

- współpraca lekarzy z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w zakresie wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy (zasady ewentualnej odpłatności za wystawianie zaświadczeń przez lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, wyjaśnienie zasad kontroli lekarza przez ZUS, tok postępowania zmierzający do odebrania lekarzowi uprawnień do wydawania zaświadczeń);

- wyjaśnianie spraw emerytalnych (zaliczanie okresów pracy do okresu związanej z nabyciem uprawnień oraz sposobu obliczania wysokości świadczenia);

- obowiązki w zakresie przeszkolenia na skutek niewykonywania zawodu przez okres 5 lat (co oznacza niewykonywanie zawodu, omówienie rodzajów umów niweczających obowiązek przeszkolenia lekarza);

- odpowiedzialność lekarza związana z wykonywaniem zawodu na podstawie umowy o pracę (wyjaśnienie odpowiedzialności sformułowanej w Kodeksie pracy przy winie umyślnej i nieumyślnej lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych);

- odpowiedzialność lekarza związana z wykonywaniem umowy cywilnoprawnej (wyjaśnienie zakresy obowiązujących przepisów, a w szczególności ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, Kodeksu cywilnego itd.);

- prawidłowa kwalifikacja zaświadczeń wydawanych przez lekarzy finansowanych ze środków publicznych (rodzaje zaświadczeń wynikające z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);

- informowanie lekarzy o przysługujących im prawach do obrony w wypadku prowadzenia postępowania przygotowawczego przez prokuraturę (przedstawienie istoty prawa do obrony na podstawie Kodeksu postępowania karnego, zakres i sposób zwolnienia z zachowania tajemnicy lekarskiej);

- możliwość odstąpienia od leczenia lub nie podjęcia leczenia na podstawie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (jak winien postąpić lekarz w wypadku żądania przez pacjenta zastosowania metody leczenia przy braku umiejętności, jakie są możliwości odstąpienia od leczenia);

- wyjaśnianie wagi rzetelnej dokumentacji medycznej oraz współpracy z zakładami ubezpieczeń w wypadku wystąpienia o jej udostępnienie (badanie obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, wyjaśnienia dotyczące zakresu udzielanych przez lekarza informacji);

- prawa lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę w zakładzie opieki zdrowotnej, a kontrola NFZ dotycząca prawidłowego wykorzystania środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnych;

- zachowanie tajemnicy lekarskiej, w szczególności przed sądami powszechnymi w wypadku, gdy lekarz jest stroną lub świadkiem (wyjaśnienie przepisów procedury cywilnej i karnej dotyczących obowiązku zachowania tajemnicy);

- ewentualne wszczęcie postępowania sądowego w wypadku naruszenia godności osobistej lekarzy lub lekarzy dentystów przez pacjenta na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego lub Kodeksu karnego;

- wyjaśnianie funkcjonowania praw pacjenta i korelacji z obowiązkami lekarza na podstawie obowiązujących przepisów (m.in. prawo obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego);

- wyjaśnianie szczegółowego zakresu wykonywania zawodu przez lekarza na podstawie ograniczonego prawa wykonywania zawodu (istota ograniczonego prawa wykonywania zawodu - ograniczenia);

- wyjaśniania rzeczywistego brzmienia i przedstawianie prawidłowego pod względem formalno-prawnym brzmienia postanowień

kontraktów zawieranych przez lekarzy z zakładami opieki zdrowotnej (opiniowanie całego zakresu kontraktów);

- sposób rozwiązywania umów zawieranych przez lekarzy z firmami zagranicznymi o ulokowaniu indywidualnej praktyki lekarskiej w katalogach (wyjaśnienie wagi zawartych umów, pomoc przy ich rozwiązywaniu);

- możliwość zatrudniania innych lekarzy w indywidualnych praktykach lekarskich prowadzonych przez lekarzy i lekarzy dentyistów (przedstawienie obowiązujących przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz ich interpretacja);

- wykonywanie zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez cudzoziemców (wyjaśnienie trybu i warunków otrzymywania prawa wykonywania zawodu);

- związane z zakresem działania art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty i art. 7 o zakładach opieki zdrowotnej (działania lekarzy w sytuacji niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia

ciała, ciężkiego rozstroju zdrowia i w innych przypadkach niecierpiących zwłoki);

- zaniechanie uporczywej terapii – obowiązki lekarzy w przypadku leczenia pacjenta w stanie terminalnym (autonomia decyzji lekarza leczącego, brak wpływu zdania bliskich pacjenta, z którym nie można się porozumieć);

- wyjaśnianie czynności zmierzających do założenia niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej (wyjaśnienia dotyczące obowiązujących przepisów oraz wskazanie zalet i wad lekarzowi-przedsiębiorcy, który podjął taką decyzję);

- wydawanie zaświadczeń przez dyżurującego lekarza rezydenta w przypadku pacjenta doprowadzonego przez policję (wyjaśnienie podstaw prawnych obowiązku lekarza);

- uprawnienia lekarzy stażystów (m.in. niemożność samodzielnego uczestnictwa w transporcie sanitarnym chorego);

- kształcenie podyplomowe lekarzy (szczegółowe informacje dotyczące sposobu obli-

czania punktów, ich ilości oraz obowiązującego okresu);

- ochrona danych osobowych pacjenta – wskazanie zakresu obowiązku poszanowania danych osobowych pacjenta przez lekarza, z uwzględnieniem tajemnicy lekarskiej;

- uprawnienia lekarza-pracownika, z którym rozwiązano umowę o pracę (doradztwo po otrzymaniu wypowiedzenia w zakresie kwestionowania przyczyny);

- najem lokalu w celu wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej (w szczególności przepisy dotyczące rozwiązania umowy przez wynajmującego).

Wyżej wymienione porady nie obejmują wszystkich, które były udzielane w 2009 r. Przedstawione porady były udzielane wielokrotnie, oczywiście w brzmieniu adekwatnym do stanu faktycznego przedstawionego przez lekarza. Często lekarz po udzieleniu porady telefonicznej, uzyskał pomoc potrzebną mu w danej chwili.

*Radca Prawny
Jadwiga Jarząbkiewicz-Górniak*



informuje

Dyżury członków ORL BIL

- 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

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

Od Komisji Nauki i Kształcenia

Od lutego pracuje w Izbie komisja, która zajmie się sprawami nauki i kształcenia podyplomowego. Celem jej działań jest m.in. pomoc lekarzom w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych. Jesienią mamy zamiar zorganizować nieodpłatne kursy/szkolenia dla członków BIL, zwłaszcza lekarzy POZ. Proponujemy następujące tematy: **współczesna chirurgia przepuklin pachwinowych i brzusznych, współczesne metody chirurgicznego leczenia otyłości, choroby jelita grubego, choroby wewnętrzne, cukrzyca – podstawy diagnostyki i terapii, choroby naczyń**. Zapraszamy także na warsztaty: komunikacja lekarz-pacjent (13 maja odbyły się po raz pierwszy), szkolenie z zakresu umów cywilnoprawnych i zdrowia publicznego. Czekamy na inne propozycje tematyki

kursów – zgłoszenia propozycji tematyki szkoleń: szkolenia@bil.org.pl (kontakt w BIL Karina Lemanik-Dolny: 52 3460084 wew. 12).

Chcielibyśmy by lekarze rezydenci mieli możliwość bezpłatnego uczestnictwa w zjazdach naukowych. W związku z tym zwracamy się z ogromną prośbą do organizatorów zjazdów/konferencji/sympozjów organizowanych na obszarze działania naszej izby o umożliwienie nieodpłatnego uczestnictwa w nich dla kilku rezydentów z danej specjalności.

Ponawiamy zaproszenie do prac w Komisji dla Koleżanek i Kolegów będących na początku drogi medycznej!

*Krzysztof Tojek
Komisja Nauki i Kształcenia*

Andrzej Martynowski

20 lat pediatrii

W pierwszych dniach listopada 2009 dotarła do mnie wiadomość, iż Szpital Miejski w Bydgoszczy, tzw. „Szpital na Kapuściskach”, czci będzie okrągłą rocznicę pięćdziesięciu lat swego istnienia. Z tej to okazji poproszono mnie, abym opisał dwudziestoletni „epizod” istnienia oddziałów pediatrycznych w tymże szpitalu.

Zadanie trudne, bo jak opisać czas, w którym hospitalizowano przeszło 21 tysięcy dzieci, czas, w którym to 51 osób zdobyło pierwszy stopień specjalizacji z zakresu pediatrii a 25 osób udoskonaliło swoją wiedzę poprzez zdanie drugiego stopnia specjalizacji. Czas, który umożliwił trzem osobom uzyskać stopień doktora nauk medycznych a także pozwolił na opublikowanie 11 prac naukowych w periodykach medycznych oraz na wygłoszenie 12 referatów na zebraniach towarzystw naukowych. Wreszcie czas, który pozwolił prawie trzystu lekarzom odbyć staż podyplomowy. Jak wielu z nich dalej rozwijało w tym szpitalu swoje umiejętności, zdobywając kolejne stopnie różnych specjalizacji i osiągając stanowiska zastępców ordynatora, ordynatora a nawet dyrektora szpitala.

A przecież dwadzieścia lat istnienia oddziału to nie tylko suche podanie kilku danych statystycznych, to także ludzie, którzy zostawili w nim część swego życia, jak i wydarzenia, które w nim miały miejsce. Dlatego też pragnę – w wielkim skrócie – przedstawić historię tego dwudziestolecia.

Zaczęło się to od wybudowania w szpitalu czterokondygnacyjnego pawilonu, z którego to dwie najniższe kondygnacje przeznaczone zostały dla potrzeb 60-cio łóżkowego oddziału dziecięcego dla dzieci w wieku od 3 do 15 lat. W planach szpital przewidywał stworzenie oddziału niemowlęcego na 50 łóżek.

A potem, to:

„I nastał” rok 1981, rok pierwszy

1 stycznia – ordynatorem oddziału (jeszcze w budowie) zostaje dr nauk med. Andrzej Nagórny-Martynowski.

28 marca. Zakonczenie prac budowlanych, pielęgniarką oddziałową zostaje mgr Ewa Topolewska

4 maja. Oddział dziecięcy przyjmuje pierwsze dzieci, a „kadra” przedstawia się następująco: lek. Krzysztofa Nowicka – Sypniewska zastępca ordynatora, lek. Eugeniusz Kucharski – zastępca ordynatora, lek. Krystyna Słaboszewska – starszy asystent, neurolog dziecięcy, Danuta Polińska st. pielęgniarka odcinka, Danuta Zembrzycka st. pielęgniarka odcinka.

1-go września rozpoczyna swą działalność szkoła – pierwszym pedagogiem opiekującym się dziećmi zostaje Jadwiga Jakubowska.

Rok 1982

Sierpień – ze względu na wzmożoną ilość zachorowań na wirusowe zapalenia móżdgu i opon oddział zostaje czasowo przekształcony w oddział zakaźny.

1 listopada – parter oddziału dziecięcego „użycz”, jak się wówczas wydawało czasowo, pomieszczeń dla potrzeb oddziału niemowlęcego. Ordynatorem zostaje lek. Krystyna Mielczarska, a jej zastępcą lek. Aleksandra Drzewiecka. Pielęgniarką oddziałową dwóch oddziałów jest nadal mgr Ewa Topolewska, na oddziale niemowlęcym jej zastępczynią zostaje Elwira Wojewoda. Z funkcji zastępcy ordynatora oddziału dziecięcego rezygnuje lek. Eugeniusz Kucharski.

Rok 1983

Rozpoczyna pracę w oddziale w charakterze sekretarki medycznej Ewa Kempieńska.

Rok 1984

Jako psycholog kliniczny podejmuje pracę w oddziale mgr Ewa Napierała.

Wrzesień – po odejściu ze stanowiska pedagoga szkolnego Jadwigi Jakubowskiej, funkcję tę obejmuje Helena Masztalerz.

Rok 1985

Lek. Sylwia Jankiewicz zostaje starszym asystentem oddziału niemowlęcego.

Grudzień – mgr Ewa Topolewska-Mancini po wyjściu za mąż, opuszcza Polskę i rezygnuje ze stanowiska pielęgniarki oddziałowej.

Rok 1986

Lipiec – pierwszy bieżący remont oddziału.

Sierpień – pielęgniarką oddziałową oddziału dziecięcego zostaje Danuta Polińska, a jej zastępczynią Anna Bandaży, zaś pielęgniarką oddziałową oddziału niemowlęcego Mariola Hinz, a jej zastępczynią Mirosława Moryń.

Rok 1988

Wrzesień – po zakończeniu pracy przez Helenę Masztalerz, jej obowiązki pedagoga szkolnego przejmuje Renata Kamieńska.

Rok 1989

Zastępczynią pielęgniarki oddziałowej oddziału dziecięcego zostaje Anna Górna.

W oddziale wprowadza się novum – powstają grupy psychoterapeutyczne, w których przez kilka tygodni leczy się dzieci z mimowolnym moczeniem nocnym.

W okresie letnim zostaje przeprowadzony drugi remont bieżący oddziału dziecięcego.

Rok 1992

Psycholog kliniczny mgr Ewa Napierała inicjuje w lutym swój stały udział w Szkole Rodzenia, działającej w Szpitalu.

Rok 1993

Grudzień – zastępca ordynatora oddziału dziecięcego lek. Krzysztofa Sypniewska kończy swą pracę w oddziale, z rozpoczęciem nowego roku przechodzi na emeryturę.

Rok 1994

Styczeń – zastępcą ordynatora oddziału dziecięcego zostaje lek. Elżbieta Kasprovicz.

Rok 1995

30 czerwca – kończy swoją pracę w związku z przejściem na emeryturę ordynator oddziału niemowlęcego lek. Krystyna Mielczarska.

Dyrektor Szpitala zleca dr Andrzejowi Martynowskiemu nadzór ordynatorski nad oddziałem niemowlęcym.

Rok 1996

1 stycznia – decyzją Dyrektora Szpitala z dniem tym oddział dziecięcy stanowi jedną organizacyjną całość.

Luty – po przeprowadzonym postępowaniu konkursowym ordynaturę nad oddziałem ponownie przejmuje dr Andrzej Nagórny-Martynowski.

Wiosną oddział żegna przechodzącego na emeryturę pedagoga szkolnego Renatę Kamieńską, a obowiązki jej z wrześniem przejmuje Ewa Kapustka.

Na etat starszego asystenta oddziału – odcinka niemowlęcego przyjęta zostaje lek. Beata Badeńska. Oddział wprowadza łóżka hotelowe dla matek. Etapowo oddział wchodzi w generalny remont połączony z przebudową. W wyniku zaistniałych potrzeb, odcinek niemowlęcy uszczuplony zostaje przez Dyрекcję Szpitala o siedem pomieszczeń. Przeznaczone one zostają dla potrzeb ogólnej diagnostyki kardiologicznej, laryngologicznej oraz na poradnię endoskopii gastroenterologicznej.

Rok 1997

Oddział kończy kapitalny remont z początkiem roku.

Pielęgniarki Mariola Hinz i Danuta Polińska po zdaniem egzaminie uzyskują specjalizację pielęgniarek pediatrycznych.

Ma miejsce pierwszy konkurs na stanowiska pielęgniarek oddziałowych odcinka niemowlęcego i dzieci starszych. W wyniku postępowania konkursowego stanowiska te obejmują Mariola Hinz i Danuta Polińska.

11 listopada – ma miejsce publiczna obrona pracy doktorskiej zastępcy ordynatora lek. Elżbiety Kasprovicz, która uzyskuje tytuł doktora nauk medycznych.

Rok 1998

Listopad – 12-go ordynator oddziału odbiera z rąk wojewody bydgoskiego honorową oznakę „Za wzorową pracę w służbie

zdrowia” przyznana przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

Grudzień – 8-go na posiedzeniu Rady Społecznej Szpitala zapada decyzja ograniczenia działalności oddziału dziecięcego do jednej kondygnacji. Odcinek niemowlęcy ma zostać przejęty przez oddział chirurgiczny.

9 grudnia – ordynator oddziału kieruje na ręce Prezydenta Miasta list otwarty oprotostowujący wyżej wymienioną decyzję – działanie to nie zmieniło planów redukcji oddziału o połowę.

Rok 1999

Styczeń – z ostatnim dniem miesiąca kończy swoją pracę w oddziale dotychczasowy ordynator dr Andrzej Nagórny-Martynowski.

Luty – obowiązki ordynatora pełni dr Jacek Szućczyński.

Marzec – połączenie oddziału dziecięcego i niemowlęcego do jednej kondygnacji, na parterze tworzy się oddział chirurgiczny. Oddział liczy 34 łóżka, w tym 23 łóżka niemowlęce.

Czerwiec – z-ca ordynatora lek. Aleksandra Drzewiecka kończy swoją pracę w oddziale w związku z przejściem na emeryturę.

Sierpień – lek. Sylwia Jankiewicz kończy swoją pracę w oddziale w związku z przejściem na emeryturę.

Wrzesień – lek. Krystyna Słaboszewska kończy swoją pracę w oddziale w związku z przejściem na emeryturę.

10 listopada – ma miejsce publiczna obrona pracy doktorskiej lek. Renaty Kuczyńskiej, która z dniem tym uzyskuje tytuł doktora nauk medycznych.

Rok 2000

Dalsza redukcja łóżek dziecięcych do 22 i przenosiny oddziału na parter budynku. Piętro przejmuje nowopowstały oddział neurologii.

Dr Elżbieta Kasprowicz obejmuje obowiązki ordynatora oddziału. Z pracy szpitalu rezygnują lek. Beata Badeńska, która niezadługo broni pracę doktorską, oraz dr Renata Kuczyńska.

Rok 2001 – rok ostatni

Oddział praktycznie zakończył swoją działalność, udzielając jedynie diagnostycznych porad ambulatoryjnych

Dr Elżbieta Kasprowicz rezygnuje z pracy w szpitalu.

Na koniec zadaje sobie pytanie. Dlaczego dobrze funkcjonujący oddział dziecięcy, zapewniający dzieciom bardzo dobre warunki hospitalizacji musiał przestać istnieć?

I tu, smutna refleksja – tak często wygłaszana przez dorosłych maksyma „lex parvulorum suprema lex” okazuje się być niczym więcej jak pustostawem! Niestety nadal w ogólnym przekonaniu przeważa pogląd, że dziecku mniej się należy, a ważniejsze są interesy człowieka dorosłego!

Ja natomiast uważam zamknięcie oddziału dziecięcego w Szpitalu Miejskim za swoją największą zawodową porażkę w życiu.

A Szpitalowi, mimo wszystko, życzę dalszego rozwoju!

Doktoraty



Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy informuje, że niżej wymienione osoby dnia 14.04.2010 r. uzyskały stopień naukowy dr. n. med.:

Przemysław Michna z 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy dn. 14.04.2010 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny

tytuł rozprawy: „Kliniczne i organizacyjne aspekty rozpoznawania śmierci mózgu w regionie kujawsko-pomorskim”

promotor: prof. hab. Zbigniew Włodarczyk, prof. UMK, CM UMK

recenzenci: prof. hab. Krzysztof Kusza, prof. UMK, CM UMK; prof. dr hab. Wojciech Rowiński, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Dorota Śmigiel-Staszak uczestn. stud. doktoranckich w Katedrze Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych dn. 14.04.2010 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej

tytuł rozprawy: „Ocena zależności między stężeniem TGF-β i VEGF w osoczu a czynnością nerek u chorych na nieleczone nadciśnienie tętnicze pierwotne”.

promotor: prof. dr hab. Jacek Manitus, CM UMK

recenzenci: prof. dr hab. Jacek Kubica, CM UMK, prof. dr hab. Krystyna Widecka, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie



Rada Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z dnia 08.03. i 15.04.2010 r. informuje, że niżej wymieniona osoba uzyskała stopień naukowy doktora nauk medycznych:

Jolanta Kowalik zatrudniona w Wydziale Zamiejscowym Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi

promotor: dr hab. Danuta Roś, prof. UMK

tytuł rozprawy: „Fizyczne i psychospołeczne funkcjonowanie chorych na stwardnienie rozsiane poddanych rehabilitacji”

recenzenci: prof. dr hab. Wiesław Drozdowski, kierownik Kliniki Neurologii Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; prof. dr hab. Roman Ossowski, kierownik Katedry i Zakładu Psychologii Klinicznej UMK w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

Agnieszka Strepikowska, zatrudniona w NZOZ Poradnia Neurologiczna Olsztyn

promotor: dr hab. Adam Buciński, prof. UMK

tytuł rozprawy: „Analiza czynników prognostycznych udaru mózgu z wykorzystaniem sztucznych sieci neuronowych”

recenzenci: prof. dr hab. Marek Wesotowski, kierownik Katedry i Zakładu Chemii Analizy Gdański Uniwersytet Medyczny; prof. dr hab. Marek Harat, Kierownik Kliniki Neurochirurgii i Chirurgii Głowy 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy

Dorota Gregorowicz-Warpas, zatrudniona w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie

promotor: dr hab., Jacek Klawe, prof. UMK

tytuł rozprawy: „Monitorowanie i rejestracja zakażeń szpitalnych w praktyce polskich pielęgniarek epidemiologicznych”

recenzenci: dr hab. Maria Szewczyk, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego UMK Toruń CM Bydgoszcz; prof. dr hab. Jan Karczewski, Katedra i Zakład Higieny i Epidemiologii UM w Białymstoku

Niezwykłe

„trójprelegentowe” spotkanie

*Dobrem jest nie samo życie
lecz piękne życie*

Seneka Starszy

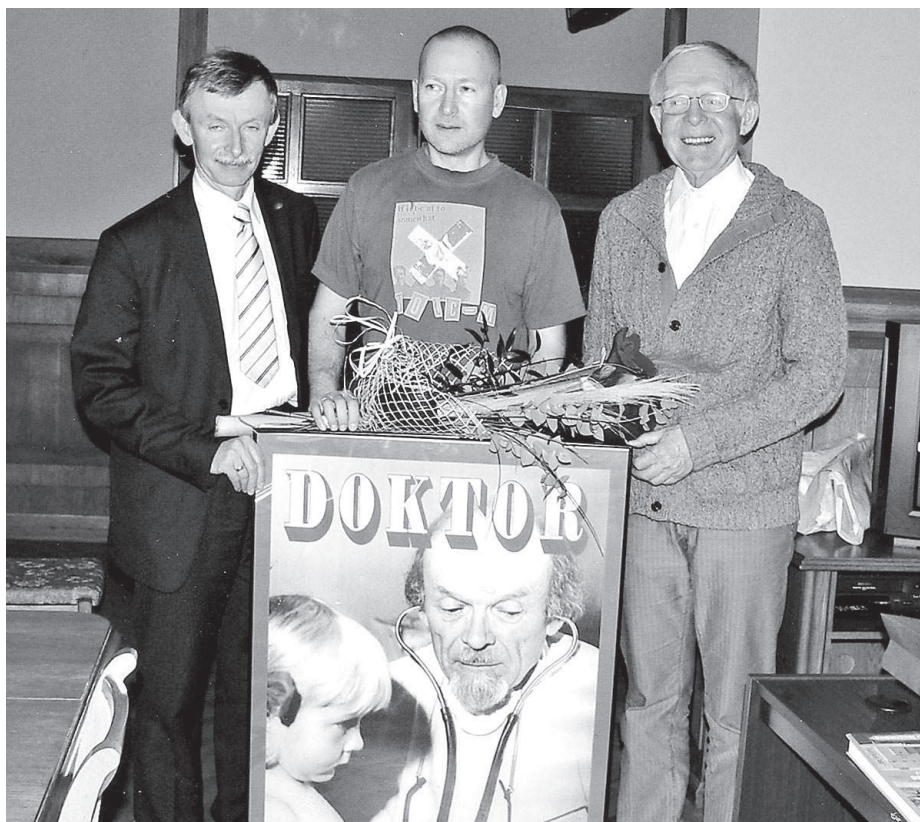
Niezwykłe, bo po raz pierwszy gościem naszego Klubu (3 marca 2010) był... reżyser, prawdziwy filmowy reżyser, p. Łukasz Karwowski, a do tego w asyście dwóch członków rodziny! A byli nimi: ojciec reżysera, prof. Jacek Karwowski, nasz dotychczasowy, dwukrotny prelegent z 2008 r. ze swoim bratem, dr. Józefem Karwowskim, znanym dyrektorem bydgoskiego „Intercoru”.

A obecna prelekcja była także niecodzienna... bo filmowa, opowiadająca o dziadku p. Łukasza, Ottonie, lekarzu z Grębocina. Otóż, dawno, dawno temu (jak w bajce, ponurej „polskiej bajce”) pradziadek Ottona – Stefan, za uczestnictwo w powstaniu styczniowym w 1863 roku został zesłany wraz z rodziną na Sybir. Tam to, po latach, jego wnuk, a ojciec Ottona, Jerzy, ukończył studia prawnicze, a po dojściu do władzy bolszewików został skazany na śmierć. Szczęśliwie, dzięki wymianie jeńców, uniknął jej i po powrocie do Polski zamieszkał wraz z rodziną w Nowogrodzku. Tu właśnie mały Otton (urodzony jeszcze w syberyjskim Tobolsku 28 grudnia 1912 r.) spędził swoje dzieciństwo. Tu skończył gimnazjum, a następnie w Wilnie Wydział Lekarski USB. Już w czasie studiów pełnił funkcję asystenta Zakładu Anatomii Prawidłowej pod kierownictwem prof. Michała Reichera.

W czasie drugiej wojny światowej pracował jako lekarz w różnych jednostkach służby medycznej, także w szpitalach polowych, trafiając do bolszewickiej niewoli, z której – na szczęście – udało mu się uciec. Ponownie podejmuje pracę lekarską, w czasie której, pracując w Dziewieniszkach, ukrywa swego dawnego nauczyciela, prof. Reichera, prowadząc jednocześnie z nim tajne nauczanie młodzieży polskiej i litewskiej w zakresie szkoły średniej i studiów medycznych.

W 1945 roku wyjechał, w ramach repatriacji, do Polski i wraz z rodziną osiedlił się w Grębocinie pod Toruniem, gdzie objął kierownictwo zorganizowanego przez siebie Ośrodka Zdrowia, w którym, razem żoną – lekarzem pediatrą, pracował aż do śmierci.

Był wspaniałym człowiekiem i lekarzem, życzliwym i pełnym poświęcenia dla swoich podopiecznych, takim... współczesnym Judymem. Zamieszkiwał w skromnym wiejskim domku, na wizyty lekarskie cho-



Fot. M. Tomasiak

dząc przeważnie pieszo. Był dla chorych dostępny o każdej porze dnia i nocy, a swój pierwszy urlop wzięł po... 12 latach pracy! Od ludzi biednych nie tylko nie brał pieniędzy, ale często sam im je dawał, niezręcznie z niezbędnymi lekami.

Szereg lat był wykładowcą anatomii prawidłowej na Wydziale Biologii i Nauki o Ziemi UMK oraz w szkole felczerskiej, napisał skrypt pt. „Anatomia prawidłowa człowieka”, a nawet... dokonał udanej operacji przyszczenia dziecku urwanego palca! Jako wielki społecznik wygłaszał prelekcje na spotkaniach Uniwersytetu Powszechnego i na zebraniach koła Gospodyń Wiejskich, otrzymał także tytuł Honorowego Członka Ochotniczej Straży Pożarnej. Pięknie tańczył, miał duże poczucie humoru, a jego hobby – to zbieranie znaczków pocztowych.

Zmarł 22 kwietnia 1980 roku w drodze do chorego. Jego pogrzeb – to wielka manifestacja mieszkańców. Byliśmy „filmowymi” świadkami tłumów kroczących za trumną, licznych pacjentów, jakże często ocierających niepokorną łzę, którzy w wywiadach z nimi mówili z wielką miłością o swoim lekarzu jako o bohaterze codziennej lekarskiej pracy i którzy – zgod-

nie z Jego życzeniem, włożyli do trumny lekarski fartuch i słuchawki, bo „przecież tam będę nadal leczył chorych”.

To był piękny, wzruszający film, uzupełniany „na gorąco” przez obecnych na spotkaniu członków rodziny. A do tych wspomnień dołączył się jeden z uczestników spotkania inż. Zbigniew Baliński (mąż naszej koleżanki, okulistki Basi), kolega w latach chłopcęcych synów Ottona i jego „okresowy” pacjent oraz nasza koleżanka, wówczas jego uczennica w szkole felczerskiej, której pomógł podjąć studia medyczne.

Na zakończenie spotkania, na naszą usilną prośbę, nasz Prelegent bardzo krótko opowiedział o swojej twórczości, w tym wyreżyserowanych przez siebie filmach: „Lipostad”, „Południe – Północ” (uhonorowany nagrodą Flisaka”) i „Małą, wielką miłością” oraz bardzo liczne reklamy filmowe. Obecnie zamierza prezentowany nam film dokumentalny o Dziadku rozwinąć w fabularny. Życzymy sukcesu, Panie Reżyserze! A za spotkanie Klanowi Rodziny Karwowskich z całego serca dziękujemy

Halina Grzybowska-Rogulska
Klub Lekarza Seniora

28 października 1469 roku urodził się Erazm z Rotterdamu...

Ponad 500 lat później, 15 czerwca 1987 został ustanowiony program Erasmus, jako „Europejski program działań na rzecz mobilności studentów” (European Action Scheme for the Mobility of University Studies). Nazwa programu nawiązuje do imienia holenderskiego filozofa, filologa i pedagoga, Erazma z Rotterdamu (łac. Desiderius Erasmus Roterodamus), jednego z czołowych humanistów Renesansu. Początkowo w programie uczestniczyły tylko kraje starej „dwunastki” UE, a na początku lat 90-tych dołączyły do nich państwa obszaru EFTA/EOG. Polska do udziału w Erasmusie przystąpiła w 1998 roku. Obecnie, w programie bierze udział 27 krajów Unii Europejskiej, 3 kraje Europejskiego Obszaru Gospodarczego: Islandia, Lichtenstein, Norwegia oraz kraj kandydujący: Turcja.



Z pamiętnika Erazmusa ...

Wydział lekarski Collegium Medicum w Bydgoszczy umożliwia swoim studentom wyjazd do Bułgarii, Francji, Hiszpanii, Rumuni, Włoch, Niemiec i Turcji. Można wyjechać na rok, semestr lub na 3-miesięczne praktyki. Warunkiem przystąpienia do programu jest odpowiednia średnia z ocen uzyskanych podczas dotychczasowej nauki oraz znajomość języka wymaganego w danym kraju (angielski w Turcji, Rumunii i Bułgarii, języki rodzime w Hiszpanii, Włoszech, Niemczech i Francji).

Hiszpanie są większymi formalistami aniżeli myślałam! Urzędnicy na uczelni są zdecydowanie gorsi niż w Polsce. W pierwszych dniach, z niemal każdym dokumentem trzeba było biegać od biura do biura, a są one rozsiądane po całym mieście! Jeżeli dodać do tego konieczność szukania mieszkania i przyzwyczajanie się do nowych okoliczności, to początkowe dwa tygodnie tutaj można spokojnie wykreślić z kalendarza. Jednak, dla kolejnych kilku miesięcy w Salamance, zdecydowanie warto poświęcić tych kilka pierwszych dni!



Wyjazd na Erazmusa był moim marzeniem już od pierwszego roku studiów. Wreszcie mogłam je zrealizować i mój wybór padł na Hiszpanię, a konkretnie na Uniwersytet w Salamance. Na początku, w Salamance, nie było łatwo. Bardzo pomogło mi to, że już od dwóch lat uczyłam się języka. Większość „Erazmusów” przyjeżdża do Salamanki nie znając ani słowa po hiszpańsku, co, biorąc pod uwagę fakt, że nikt tutaj nie wysiła się, aby mówić po angielsku, przysparza im sporo trudności. Moim pierwszym spostrzeżeniem było, że

Co do uczelni, to wydział medyczny w Salamance znany jest z tego, że studia tutaj to nie sielanka, tak dla Hiszpanów, jak i dla „Erazmusów”! Podczas sesji, ku mojemu przerażeniu odkryłam, że nie ma tu dla nas żadnej taryfy ulgowej, a „Erazmusi” traktowani są na równi z Hiszpanami. Z drugiej jednak strony, jeżeli mamy w przyszłości coś sobą prezentować, to teraz trzeba się uczyć... Na szczęście, przygotowanie wyniesione z rodzimej uczelni teraz procentuje i, mimo ograniczeń językowych, nie pozostaje w tyle. Studia me-

dyczne zarówno tutaj, jak i na całym świecie, wiążą się z dużą ilością nauki, chociaż w Hiszpanii wszystko przebiega w nieco innej atmosferze. Żadne zajęcia teoretyczne nie są obowiązkowe i większość profesorów udostępnia prezentacje z zajęć studentom. Mimo tego, ku mojemu zdziwieniu, większość studentów przychodzi na wykłady, nawet te zaczynające się o 8 rano. Wykładowcy, w zdecydowanej większości, są tu bardzo otwarci i chętnie odpowiadają na wszystkie pytania i wyjaśniają wątpliwości. Teraz co prawda, mając już trochę uczelnianych doświadczeń za sobą, zdaję sobie sprawę, że i tutaj profesorowie bywają różni. Mimo wszystko jednak, pomimo presji egzaminacyjnej, od której uciec się nie da, studia tutaj nie są tak „wrzodotwórcze”, jak u nas... Nie ma pośpiechu. Mimo, że do egzaminów trzeba się przygotowywać tak samo jak wszędzie i nie można przecież wykluczyć porażki, studiowanie w tym kraju wydaje się spokojniejsze, a przez to lepsze dla zdrowia psychicznego każdego młodego adepta sztuki medycznej.

Universidad de Salamanca, na którym obecnie studiuje, został założony w 1218 roku przez króla Alfonsa IX Kastylijskiego, jako pierwszy uniwersytet na Półwyspie Iberyjskim. Przysparzająca dumy swojemu miastu uczelnia, nie stanowi wszakże jedynej tutejszej atrakcji. Sama Salamanca, jest miastem niebywale urokliwym, wypełnionym zabytkowymi budynkami i historią, którą czuje się na każdym kroku. Miasto położone jest nad rzeką Tormes, która czyni je jeszcze bardziej malowniczym. Każdego poranka, idąc na zajęcia, patrzę na tak bajkowe widoki, że nie ma dnia, w którym nie byłabym wdzięczna, za możliwość studiowania tutaj. Wyjątkowość Salamanki zapewniła jej miejsce na liście Światowego Dziedzictwa Kultury UNESCO, co mówi samo za siebie.

Program studiów na fakultecie medycznym jest tutaj w zasadzie podobny do naszego, co nie jest specjalnym zaskoczeniem, biorąc pod uwagę, że medycyna na całym świecie jest w końcu taka sama! System studiów jest tu jednak inny. Nie ma podziału na grupy, jedynie na lata. Każdy rok studiów ma przypisane sobie przedmioty, jakkolwiek studenci mogą wybierać przedmioty, jakie zrobią w danym roku. Studia są płatne, więc każdy przedmiot kosztuje. Zajęcia podzielone są na część teoretyczną i praktyczną. Wykłady codziennie zaczynają się o godzinie 8. Następnie od 9 do 13 mamy praktyki w szpitalu lub centrum zdrowia. Po praktykach, czeka studentów zazwyczaj jeszcze godzina lub dwie innych wykładów.

Dokończenie na str. 3 okładki

10–11 czerwca 2010 r.

● Warsztaty endoskopowe dla ginekologów

„Nowoczesne techniki operacyjne endoskopowe i w uroginekologii” – taki tytuł nosi XIX konferencja szkoleniowo-naukowa, która od 10 do 11 czerwca odbywać się będzie w Bydgoszczy.

Organizatorzy: Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej CM UMK ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Biziela – zapowiadają, że w warsztatach weźmie udział ok. 80 lekarzy z całej Polski oraz 4 gości zagranicznych. Operatorami będą wybitni znawcy tematu endoskopii i uroginekologii, którzy przedstawią najnowsze osiągnięcia i kierunki rozwoju technik operacyjnych. Przewiduje się wykonanie ok. 15 zabiegów, na 3 salach operacyjnych, z transmisją zabiegów na salę wykładową i z możliwością bezpośredniego kontaktu z zespołem operacyjnym.

Kontakt: kierownik naukowy dr hab. n. med. Marek Grabiec, prof. UMK – grabiecm@cm.umk.pl; sekretarz naukowy dr n. med. Rafał Adamczak – kikpoloz@cm.umk.pl, telefon: 52 3655246.

11–12 czerwca 2010 r.

● Ginekologia – nowe trendy

Podczas konferencji omówione zostaną zagadnienia z zakresu nowoczesnej antykoncepcji hormonalnej oraz terapii hormonalnej okresu okołomenopauzalnego i ich wpływ na seksualność kobiet. Tematami sesji naukowych będą również najnowsze trendy diagnostyczne i terapeutyczne w nietrzymaniu moczu u kobiet oraz nowoczesne metody w diagnostyce guzów jajnika z uwzględnieniem różnych metod terapeutycznych. Ponadto poruszone zostaną problemy operacji ginekologicznych w aspekcie ryzyka wystąpienia choroby zatorowo-zakrzepowej oraz omówione najnowsze poglądy na temat infekcji HPV, a także problematyka szczepień profilaktycznych, w tym ich aspekty prawne. Ciekawą propozycją jest także poświęcenie jednej z sesji naukowych zagadnieniom komunikowania się w relacjach pacjent – lekarz oraz aspektem prawnym świadomej zgody na leczenie operacyjne, jak również problematyce odpowiedzialności prawnej lekarza, które to tematy stają się coraz częściej istotnym problemem w codziennej praktyce zawodowej.

Miejsce: Poznań, Centrum Kongresowe Międzynarodowych Targów Poznańskich

Organizatorzy: Zakład Edukacji Medycznej, Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka oraz Klinika Ginekologii Operacyjnej Uniwersytetu



19 czerwca 2010 r.

● Stomatologia estetyczna

Tematy: Stomatologia estetyczna. Najnowsze badania dotyczące polimeryzacji kompozytów, zmieniające dotychczasową wiedzę – wykorzystanie nowych badań w codziennej pracy lekarza stomatologa.

Wykładowca: Pan Profesor Jerzy Sokołowski – Kierownik Zakładu Stomatologii Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kurs organizuje: Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej.

Szkolenie odbędzie się w dniu 19.06.2010 (sobota) w sali konferencyjnej Sanatorium Kolejowego w Ciechocinku przy ul. Zdrojowej 17. Początek zajęć o godzinie 10.00.

Opłata z kursu w wysokości 240 zł. Informacja, zgłaszanie uczestnictwa www.stomatologia.edu.pl lub (54) 2315157, 694724871.

Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oddział Wielkopolski Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego oraz wydawnictwo *Termedia*.

23–26 czerwca 2010 r.

● XLIII Zjazd Psychiatrów Polskich

„Świat współczesny a psychiatria”

Zjazd stanowić będzie dobrą okazję do refleksji nad rozwojem wiedzy psychiatrycznej i jednocześnie pozwoli zastanowić się nad dalszymi drogami postępu w diagnostyce i terapii zaburzeń psychicznych. W programie przewidziano wykłady plenarne zaproszonych gości, także z zagranicy, oraz sesje naukowe i szkoleniowe organizowane przez Sekcje Naukowe i Komisje Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Podczas Zjazdu odbędzie się również Walne Zebranie Delegatów PTP.

Miejsce: Poznań, Centrum Kongresowe Międzynarodowych Targów Poznańskich

Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Wydawnictwo *Termedia*



Biuro organizacyjne: Termedia sp. z o.o., ul. Wenedów 9/1, 61-614 Poznań, tel./faks +48 61 6562200, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

Nowości z księgarni

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

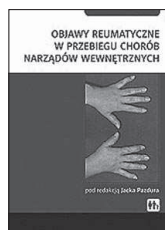


Angielsko-polski i polsko-angielski słownik wybranych terminów medycznych

opracowany przez Sebastiana Szmita ze słowem wstępnym prof. Grzegorza Opolskiego
ISBN 978-83-89825-5
format B5
liczba stron 132
oprawa miękka

Jest to pierwsza tego typu publikacja w Polsce, skierowana nie tylko do młodych lekarzy i studentów, ale wszystkich lekarzy praktyków, niezależnie od specjalizacji. Słownik ten powstał na podstawie pod-

ręcznika Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego „Choroby serca i naczyń”. Jest narzędziem, które pozwoli na pogłębienie wiedzy dostępnej tylko w wersji angielskiej oraz ułatwi publikowanie wyników polskich prac w zagranicznych czasopiśmie.



Objawy reumatyczne w przebiegu chorób narządów wewnętrznych

pod redakcją prof. Jacka Pazdura
ISBN 978-83-89825-18-6
format B5
liczba stron 160
oprawa miękka

W pierwszej części książki przedstawiono mechanizm powstawania zmian kojarzonych z chorobami reumatycznymi i wykazano brak specyficznych dla chorób reumatycznych cech tych objawów. W części drugiej zaprezentowano jednostki chorobowe przebiegające z objawami chorób reumatycznych. Autor ma nadzieję, że książka ta okaże się pomocna Czytelnikowi w różnicowaniu chorób przebiegających z objawami reumatycznymi z układowymi chorobami reumatycznymi.

Zaproszenia dla Czytelników do Teatru!

- 19.05, godz. 18.00 **O zwierzętach** – 2x2
- 21.05, godz. 19.00 **Trzy siostry** – 3x2
- 29.05, godz. 19.00 **V (F) ICD-10. Transformacje** – 2x2

Czekamy na telefony 19 maja od godziny 9 do 11
– Jolanta Klewicz 52 346 00 84.

Repertuar maj 2010



- 14.05 Artur Pałyga **Turyści** Duża Scena – spektakl kameralny, 19.00
Gesine Danckwart **Kill the Kac** Nationnaltheater Mannheim koprodukcja z TPB, 20.00
- 15.05 Artur Pałyga **Turyści** Duża Scena – spektakl kameralny, 19.00
Gesine Danckwart **Kill the Kac** Nationnaltheater Mannheim koprodukcja z TPB, 20.00
- 16.05 Artur Pałyga **Turyści** Duża Scena – spektakl kameralny, 19.00
- 18.05 Elfriede Jelinek **O zwierzętach** Mała Scena TPB, 19.00
- 19.05 Elfriede Jelinek **O zwierzętach** Mała Scena TPB, 18.00, 20.00
- 20, 21, 22.05 **Trzy siostry** wg Antoniego Czechowa Duża Scena TPB, 19.00
- 23.05 **Nordost Buchsteiner** Mała Scena TPB, 19.00
- 25.05 **Trzy siostry** wg Antoniego Czechowa Duża Scena TPB, 19.00
Nordost Buchsteiner Mała Scena TPB, 20.00
- 26.05 **Nordost Buchsteiner** Mała Scena TPB, 19.00
- 29, 30.05 Artur Pałyga **V (F) ICD-10. Transformacje**, 19.00

Repertuar może ulec zmianie

Mój jest ten kawałek podłogi!...



„Ech! kwiecie... kwiecie na świecie;
wiśniowy się sypie kwiat...”

Konstanty Ildefons Gałczyński

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W pierwszy czwartek po Wielkanocy przejrzałem sobie przedwojenną twórczość ulubionego poety i wprowadziło mnie to w dobre samopoczucie.

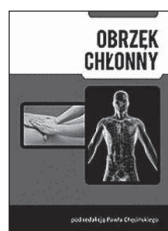
Dnia następnego wybrałem sobie fragment jednego wiersza, jako motto do dzisiejszego „kawałka podłogi” i doszedłem do wniosku, że w takim wiosennym nastroju do numeru majowego zaczęć pisać dnia następnego.

Dzień następny to, niestety, tragiczna sobota, która to zupełnie mnie nie nastroiła do pisania, a wręcz przybiła i przygnębiła!

Pisanie o wiosnie, o radości, która człowieka ogarnia w tej porze roku wobec takich wydarzeń, które tego dnia miały miejsce, traci sens!

„Wiśniowy sypie się kwiat” – niech posypie się na mogiły tych, którzy tak tragicznie odeszli!

A. Martynowski



Obrzek chłonny

pod redakcją Pawła Chęcińskiego

ISBN 978-83-62138-15-9

format B5

liczba stron 92

oprawa miękka

Omówienie przyczyn występowania, diagnostyki i leczenia obrzku chłonnego przygotował zespół autorski lekarzy z wieloletnim doświadczeniem w chirurgii ogólnej i naczyniowej.

Obrzek chłonny jest dużym problemem społecznym, niestety, przez wielu niedostrzeganym i lekceważonym. Okazuje się, że dość często bywa wynikiem braku odpowiedniej wiedzy dotyczącej możliwości i konieczności leczenia. Wczesne rozpoczęcie terapii w wielu przypadkach umożliwia całkowitą redukcję obrzku i zapobiega rozwojowi inwalidztwa.

Publikacja ta przeznaczona jest głównie dla studentów medycyny, fizjoterapii i lekarzy pierwszego kontaktu. Przedstawia wybrane zagadnienia z zakresu anatomii i fizjologii dróg chłonnych, a także patofizjologii i leczenia obrzku chłonnego.



Wytyczne i badania kliniczne

– Kardiologia 2009.

Nie tylko dla lekarzy specjalistów

pod redakcją Macieja Banacha i Zbigniewa

Gacionga

ISBN 978-83-62138-16-6

format A5

liczba stron 240

oprawa miękka

Publikacja przedstawia najważniejsze wytyczne i badania kliniczne minionego roku, które mają największe implikacje kliniczne dla codziennej praktyki lekarskiej, oraz badania, które przyczyniły się lub przyczynią do zmian w wytycznych, z których wnioski nierzadko rewidują dotychczasowy punkt widzenia.

W założeniach autorów książka ta stanowi początek cyklicznych pozycji, które będą pojawiały się co roku, stanowiąc podsumowanie, i jednocześnie ułatwiając dotarcie do wytycznych i badań, których w danym momencie będziecie Państwo potrzebować.

Drodzy Rodzice!

Jak co roku, na czerwcowej okładce „Primum non nocere” chcielibyśmy umieścić zdjęcia Waszych dzieci od 0–12 lat. Prosimy więc o przesyłanie fotografii (z danymi takimi jak: imię i nazwisko dziecka, wiek) na adres: primum@bil.org.pl lub Redakcja „Primum non nocere”, ul. Powstańców Warszawy 11, Bydgoszcz. **Czekamy do 15 maja!**

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

Tego nie można opuścić! Z okazji Dnia Dziecka

30 maja w niedzielę na godzinę 11.00 zapraszamy dzieci lekarckie (w wieku od 3 do 10 lat) z rodzicami lub dziadkami do Izby Lekarskiej na koncert i muzyczną zabawę z okazji Dnia Dziecka. Muzykowanie poprowadzą Ewelina Boesche-Kopczyńska i Honorata Glaza-Gulgowska, które od lat co miesiąc prowadzą takie koncerty w niedzielne poranki dla dzieci w Akademii Muzycznej.

Przewidujemy miłe niespodzianki dla dzieci.

Do zobaczenia!

Zapisy: 52 346 00 84.

Spotkanie lekarzy–seniorów

9 czerwca 2010 r.

Komisja Lekarzy–seniorów zaprasza Koleżanki i Kolegów na comiesięczne spotkanie! Gośćmi lekarzy tym razem będzie młodzieżowa grupa poetycka „Etcetera”. Zapraszamy do siedziby Izby Lekarskiej – druga środa miesiąca, 9 czerwca, godz. 15.

PRACA

NZOZ Centrum Medyczne „Zachód” zatrudni **lekarza do podstawowej opieki zdrowotnej** w pełnym wymiarze czasu pracy. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Bydgoszcz, ul. Grunwaldzka 138, tel. 52 3207958.

Obwód Lecznictwa w Bydgoszczy SPZOZ ul. Dworcowa 63 zatrudni pilnie, na korzystnych warunkach, **lekarza do pracy w poz o specjalności: medycyna rodzinna, medycyna ogólna, choroby wewnętrzne** (lub w trakcie specjalizacji). Informacje pod nr tel. 52 5183470 lub osobiście Bydgoszcz ul. Dworcowa 63, pok. 153.

Lekarza **stomatologa zatrudnimy** – Bydgoszcz, tel. 784022443.

NZOZ „Mój Lekarz” w Chełmży zatrudni **lekarza rodzinnego** w POZ na bardzo dobrych warunkach płacowych. Kontakt: 601679743.

Spółdzielnia Pracy Lekarzy Specjalistów „SANITAS” w Bydgoszczy zatrudni pilnie **lekarza okulistę**. Informacje i zgłoszenia: telefon 52 3224072.

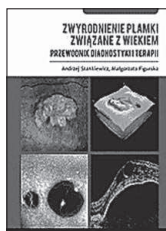
NZOZ nawiąże współpracę z **lekarzem stomatologiem i lekarzem ortodontą** wykonującym aparaty stałe. Tel. 502029249.

www.ultrasonografy.pl

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



Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem – przewodnik diagnostyki i terapii

Andrzej Stankiewicz i Małgorzata Figurska
ISBN 978-83-62138-13-5
format A4
liczba stron 100
oprawa twarda

Przewodnik traktujący zagadnienie zwyrodnienie plamki związane z wiekiem od genezy choroby, poprzez aspekty terapii, ujmujący nowe kierunki w leczeniu i omawiający psychologiczne następstwa utraty wzroku w zwyrodnieniu plamki.



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.

Z pamiętnika Erazmusa ...

Dokończenie ze str. 17

Nie ma tu systemu blokowego, jak u nas. Przedmioty trwają najczęściej pół roku, niektóre cały rok. Przypomina to trochę pierwsze trzy lata na uczelni w Polsce. Studia tutaj trwają również sześć lat. Następnie absolwenci przygotowują się do odpowiadania naszego LEP-u (MIR) i po nim, w zależności od uzyskanej punktacji, wybierają sobie specjalizację i po 4 (wyjątkowo 5) latach rezydentury, są specjalistami w swojej dziedzinie.



Studiowanie, to nie tylko nauka. Czymś w rodzaju naszych Juwenaliów i „Balu Fartuchowego” jest dzień patrona medycyny – San Lucasa, potocznie nazywany „Fiesta de Medicina”. Jest to wydarzenie trudne do opisanie i jedno z najbardziej niesamowitych, w jakich tutaj uczestniczyłam. Tego dnia nie ma zajęć dla nikogo poza pierwszym rokiem. Ci z pierwszego roku natomiast, mają zajęcia tylko po to, żeby starsi studenci mogli im w nich przeszkodzić, wkraczając, a raczej wlewając się, tłumem poprzebieranym w najbardziej niesamowite stroje do auli, w której pierwszaki się uczą. Odbywa się uroczysty chrzest (przypomina to otrzęsiny w polskim liceum), przychodzi Dziekan (również fantazyjnie przebrany) i ogłasza rozpoczęcie zabawy. Wszystko to ma miejsce o 8 rano. Cała hałastra zgromadzona w budynku Fakultetu Medycznego, wyrusza następnie w kierunku Fakultetu Prawa, który znajduje się po sąsiedzku, i zaczyna skandować wierszyki, których znaczenie generalnie sprowadza się do tego, że my jesteśmy od nich lepsi (Na przykład: „Utero! Vagina! Arriba Medicina!” Nie muszę chyba wspominać, że podczas święta Prawa, tamci mszczą się, robiąc dokładnie to samo, zmieniając oczywiście odrobinę treść swoich okrzyków). Następnie, pochód kontynuowany jest ulicami miasta, aż wszyscy zgromadzą się na Plaza Mayor, gdzie zaczynają się tańce i śpiewy z akompaniamentem orkiestry dętej. Jest godzina mniej więcej 10 rano, kiedy to wszyscy studenci medycyny rozchodzą się



po barach i dyskotekach rozrzuconych po centrum i zabawa rozpoczyna się na całego. Z założenia ma to trwać do 3 nad ranem, ale w rzeczywistości sprowadza się do 24 – godzinnej imprezy. Hiszpanie potrafią bawić się niesamowicie! Następnego dnia, ma się rozumieć, zajęć na fakultecie medycznym nie ma...

rzecz jasna! Chodzę na kursy językowe, czytam książki, które wypożyczam z tutejszej biblioteki, oglądam filmy po hiszpańsku oraz oczywiście, przez cały czas rozmawiam w tym języku. Od początku mojej nauki „castellano”, zakochałam się w tym języku. Hiszpański podoba mi się szalenie,



„Erazmusów” w Salamance jest bez liku. Na wszelkich możliwych kierunkach studiują tu reprezentanci wielu różnych krajów. Na Medycynie mamy Niemców, Włochów, Belgów, Słowenów, Austriaków, Rumunów i Francuzów. To w takim międzynarodowym gronie przebywam większość czasu. Razem chodzimy na zajęcia, razem się bawimy, odpoczywamy i podróżujemy. Mimo wszystko, trochę różnimy się od reszty „Erazmusów”, którzy w większości, nie muszą tyle czasu poświęcać książkom. Ale mimo konieczności „wkuwania” i trudnych momentów podczas przedzierania się przez sterty materiałów i słowników językowych, doświadczenie studiowania za granicą jest bezcenne. Odkryłam pewną prawidłowość. Będąc zmuszona do nauki w obcym języku odczuwam z tej nauki dodatkową przyjemność, gdyż oprócz zgłębiania tajników medycyny, uczę się hiszpańskiego. Na każdym kroku wypisuję sobie wyrażenia w rodzaju : „pacjent skarży się na...” lub „choroba objawia się...”. Dla Hiszpanów wydaje się to zabawne, ale tak właśnie uczymy się języka. Nie tylko tak,

a fakt, że w tak wielu krajach na Świecie się go używa, czyni go jeszcze wspanialszym.

Jestem tu już od 7 miesięcy. Wydaje mi się zatem, że wiem mniej więcej, czym jest Erazmus. Erazmus – to ciekawi ludzie, obce kultury, nieznanne wcześniej jedzenie i zwyczaje, to przełamywanie stereotypów narodowych, to nowo powstałe przyjaźnie, które niewątpliwie przetrwają długie lata. Poza tym, Erazmus jest bez wątpienia wspaniałą okazją do poszerzenia horyzontów, poznania innych systemów nauki, sprawdzenia samego siebie i pokonania strachu przed nieznanym. Jaką ma się korzyść z wyjazdu? Każdy prawdopodobnie wynosi z tego doświadczenia coś innego. Ja przekonałam się, że jak się chce wystarczająco mocno, można pokonać nawet własne granice i że nie ma rzeczy niemożliwych! Zostały mi tu jeszcze tylko 3 miesiące. Tymczasem, pozdrawiam serdecznie z Salamanki wszystkich zainteresowanych przygodami bydgoskiego „Erazmusa”!

Marta Spychalska
studentka V roku CM UMK