



PRIMUM NON NOCERE

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ ISSN 1234-7531 Nr 2 (235) 2011

UWAGA!

26 marca 2011 r. w siedzibie BIL
– XXIX OKRĘGOWY ZJAZD
LEKARZY BYDGOSKIEJ IZBY
LEKARSKIEJ.
Początek godz. 9.00.

W NUMERZE

Z BIL 2, 7

W SZPITALACH

Nie podpisały kontraktów 3

Jak będą pracować rezydenci 3

Konflikt interesów powodem
zwolnienia? 4

Biziel znowu ma nowy sprzęt 6

Tomograf dla Jurasza 6

TEMU MOŻNA ZAPOBIEGAĆ 8

NASI LEKARZE NA HAITI 9

SPOTKANIA 10, 15

**PROGRAM IMPLANTÓW
ŚLIMAKOWYCH** 12

NOWE W MEDYCYNIE

Te niezwykle nanocząsteczki 14

FELIETON 15, 19

POWSTAJE NOWA KSIĄŻKA 16

Z CM UMK 17

KONFERENCJE 18

W PIGUŁCE 20

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Nowy Rok rozpoczęliśmy składając sobie życzenia pomysłowości i zdrowia, w huku petard i blasku fajerwerków, które według wierzeń Chińczyków mają uchronić nas przed złymi duchami. Dobrze by było, gdyby złe duchy, odchodząc wzięty ze sobą wszystko, co złe: dziury w jezdni i w chodnikach, dziury ozonowe i dziury budżetowe szpitali, i te z naszych portfeli.

W portalu samorządowym czytamy, że rozwiązania dotyczące przekształceń szpitali w ustawie o działalności leczniczej mogą w praktyce oznaczać duże finansowe obciążenia dla samorządów. Zgodnie z nowymi przepisami samorządy, które nie przekształcą szpitali, będą musiały pokryć ich zadłużenie w ciągu trzech miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego. W przypadku niewywiązania się z tego samorządy w ciągu 12 miesięcy będą zmuszone do przekształcenia szpitala w spółkę kapitałową. Wiele samorządów nie ma pieniędzy na pokrycie tych zobowiązań, które obecnie wynoszą około 10 mld zł. Konwent Marszałków Województw wyraził zaniepokojenie faktem, że niedostateczna wycena procedur medycznych spowoduje konieczność pokrywania niedoborów finansowych, związanych z leczeniem, przez samorządy. Ponadto marszałkowie podkreślili konieczność rewizji wyceny procedur medycznych z jednoczesnym podniesieniem wysokości składki zdrowotnej.

A póki co – zaczął się karnawał!

„Zanim więc serca upadłość ogłoszą

Na bal, marsz na bal!...

Niech żyje bal,

Bo to życie,

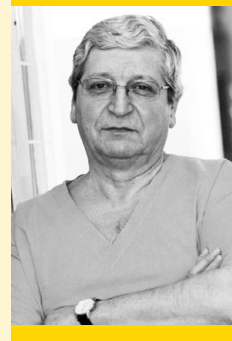
to bal jest nad bale...” (Agnieszka Osiecka).

PS. Na łamach pisma „New England Journal of Medicine” wykazano, że niewyspani chirurdzy znacząco zwiększają ryzyko występowania powikłań operowanych chorych. Autorzy pracy uważają, że powinien być wprowadzony przepis pisemnego informowania chorego o niewyspaniu lekarza i uzyskania zgody od chorego na wykonanie przez niego operacji.

Wniosek: chirurdzy – po balu do łóżek!

Dr n. med. Stanisław Prywiński

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej



Fot. Krzysztof Szatkowski, Agencja Gazeta

Przypominamy!

18 lutego 2011 spotykamy się
na Medycznej Nocy w Operze!



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

dentystów: lek. med. Włodzimierz Kasierski 604406240

RADA PROGRAMOWA: Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczęsny; wiceprzewodniczący: dr n. med. Witold Hrynciewicz; 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: ABEDIK, Bydgoszcz tel. 52 3700710 ■ SKŁAD: MAGRAF, Bydgoszcz tel. 52 3791435



16 grudnia 2010

Z Okręgowej Rady Lekarskiej BIL

• ORL wysłuchała sprawozdania prezesa ORL BIL Stanisława Prywińskiego ze spotkania prezesów okręgowych izb lekarskich z ministerstwa Ewą Kopacz (odbyło 10 grudnia 2010). Jednym z tematów spotkania była realizacja ustawowych zapisów dotyczących przekazywania izbom w 2010 r. środków budżetowych na pokrycie kosztów czynności przejętych przez samorząd lekarski od organów administracji państwowej. ORL upoważniła prezesa i skarbnika BIL o występowanie w imieniu Izby ws. odzyskania od państwa należnych BIL środków i jednogłośnie poparła propozycję wystąpienia do Ministerstwa Finansów z roszczeniem co do zaległej, należnej izbie kwoty 100 tys. zł.

• **Ustanowiono wyróżnienie: „Cerebrum medici”** (Mózg medyka). Ma być wręczane raz do roku jednemu lekarzowi i lekarzowi dentyście za szczególne osiągnięcia, działalność naukową, sportową itp. Każdy lekarz może zgłosić swoją kandydaturę. Po raz pierwszy „Cerebrum medici” wręczone zostanie podczas „Medycznej nocy w operze” 18 lutego. (regulamin odznaczenia publikujemy obok).

• Zapoznano się z opiniami konsultantów wojewódzkich ws. wprowadzenia dla lekarzy rezydentów zmianowego i równoważnego czasu pracy. Wszystkie, za wyjątkiem trzech, negatywnie oceniły wprowadzenie takich zmian w organizacji pracy lekarzy specjalizujących się.

• Jak zwykle podejmowano uchwały m.in. w sprawie: wpisu lekarzy do rejestru BIL, powołania zespołów wizytacyjnych praktyk lekarskich, przyznania zapomóg, zwolnień z obowiązku opłacania składki członkowskiej lub rozłożenia jej na raty.

• Rozmawiano o ustaleniu kalendarza imprez sportowych na 2011 r. Proponowano m.in. mecz piłkarski, nordic walking, Dzień Dziecka połączony z turniejem tenisowym, zawody strzeleckie, czy turniej szachowy im. prof. Romana Bugajskiego.

• ORL negatywnie zaopiniowała wniosek ws. wpisania ZOZ MSWiA w Bydgoszczy na listę zakładów opieki zdrowotnej prowadzących staże cząstkowe w dziedzinie pediatrii i neonatologii.

• **Ustalono termin kolejnego – XXIX OZL BIL na 26 marca 2011 na godz. 9.**

• Rada wyznaczyła nowe terminy posiedzeń ORL i Prezydium ORL w pierwszym półroczu 2011 i tak Prezydium odbędzie się: 13 stycznia, 10 lutego, 10 marca, 14 kwietnia, 12 maja i 9 czerwca; a posiedzenia ORL: 27 stycznia, 24 lutego, 24 i 31 marca, 28 kwietnia, 26 maja oraz 16 czerwca.

Uchwała Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej w sprawie ustanowienia wyróżnienia „Cerebrum Medici” („Mózg medyka”)

Na podstawie art. 25 pkt 4 w związku z art. 5 pkt 13 ustawy o izbach lekarskich z dnia 02.12.2009 r. (Dz. U. 2009.219.1708), uchwala się, co następuje:

§ 1

Ustanawia się wyróżnienie „Cerebrum Medici” dla członków Bydgoskiej Izby Lekarskiej, w postaci dyplomu oraz statuetki, według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do Uchwały.

§ 2

Wyróżnienie przyznawane jest jeden raz w roku i wręczane w terminie i miejscu ustalonym przez Okręgową Radę Lekarską Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

§ 3

W każdej edycji, za wyjątkiem pierwszej, można przyznać jedno wyróżnienie dla lekarza, jedno dla lekarza dentystry zgodnie z regulaminem stanowiącym załącznik nr 2 do Uchwały.

§ 4

Wyróżnienie „Cerebrum Medici” można otrzymać tylko jeden raz.

§ 5

Uchwała podlega wykonaniu z dniem podjęcia.

*Sekretarz ORL BIL
lek. med. Hanna Śliwińska*

*Prezes ORL BIL
dr n. med. Stanisław Prywiński*

Załącznik nr 2 do Uchwały nr 751/VI/10 z dnia 16.12.2010r.

Regulamin przyznawania wyróżnienia „Cerebrum Medici”

1. Wyróżnienie przyznaje Kapituła, w skład której wchodzi:
 - Okręgowa Rada Lekarska BIL.
 - Wszyscy Prezesi Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej.
 - W następnych edycjach również wszyscy Laureaci.
 - Kapitułę zwołuje i przewodniczy aktualnie urzędujący Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej.
2. Członkowie Kapituły otrzymują informacje o zgłoszonych kandydatach co najmniej 30 dni przed pierwszym posiedzeniem.
3. Głosowanie nad kandydaturami jest tajne.
4. Laureatem Wyróżnienia zostaje osoba, która uzyska najwięcej głosów, jednak nie mniej niż 70% głosów uczestników posiedzenia Kapituły przy obecności co najmniej $\frac{2}{3}$ osób uprawnionych do głosowania.
5. Honorowane mogą być:
 - Wybitne osiągnięcia naukowe.
 - Wybitne osiągnięcia promujące środowisko lekarzy BIL.
 - Wybitne zasługi w zakresie organizacji, działalności społecznej, kulturalnej, sportowej itp.
 - Można przyznać Wyróżnienie za całokształt działalności na rzecz środowiska lekarskiego.
6. Wyróżnienie jest przyznawane jeden raz w roku i wręczane w terminie oraz w miejscu wyznaczonym przez Okręgową Radę Lekarską Bydgoskiej Izby Lekarskiej.
7. Kandydatury z uzasadnieniem może zgłaszać każdy Członek Bydgoskiej Izby Lekarskiej oraz Zastępca dla Samorządu BIL do końca każdego roku kalendarzowego.
8. Ogłoszenie o Wyróżnieniu oraz regulamin jego przyznawania publikuje się w Biuletynie BIL „Primum non nocere” co najmniej 2 razy w roku oraz stale na stronie internetowej BIL.

Nie podpisały kontraktów

Dwa szpitale: Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Jurasza i Centrum Onkologii im. prof. Łukaszczyka, po 2 miesiącach negocjacji z Funduszem, nadal nie doszły z ubezpieczalnią do porozumienia i nie podpisały kontraktów na 2011 r.

„To oznacza, że przez dwa miesiące nowego roku będą przyjmować chorych na zasadach ubiegłorocznych umów.” – informuje Barbara Nawrocka, rzeczniczka NFZ. Prawdopodobnie w lutym obie jednostki zostaną zaproszone na kolejny etap zmagania z NFZ, czyli tzw. rokowania. Jaki będzie ich wynik? Jeżeli Fundusz nie dołoży pieniędzy, to, jak zapewnia dyrektor Jurasza: szpital nie zniknie, bo umowę podpiszę, ale nie na wszystkie zakresy świadczeń. Z mapy Jurasza może zniknąć np. medycyna ratunkowa.

Pozostałe szpitale w regionie przystały na propozycje NFZ i kontrakty na 2011 podpisały, chociaż nie można powiedzieć, że dyrektorzy placówek są z nowych umów zadowoleni. Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Bizela „dogadał” się z ubezpieczalnią 4 stycznia. „Udało się wynegocjować kontrakt wyższy niż w ubiegłym roku o 1,38 proc., co oznacza m.in. wzrost dobowego ryczałtu na Oddziale Ratunkowym – mówi Kamila Wieceńska, rzeczniczka Bizela – W 2010 roku Fundusz za jedną dobę płacił nam 11 tys. zł, teraz zapłaci 14 tys., co da oddziałowi więcej o 100 tys. na miesiąc i 1 mln 200 tys. zł na rok, ale i tak nie pokryje wszystkich naszych kosztów.” W ramach kontraktu Szpital zyskał też możliwość

przesunięcia środków z procedur nielimitowanych (za które NFZ i tak musi zapłacić) na limitowane.

Na podobne warunki kontraktowe, m.in. na taką samą stawkę na medycynę ratunkową, wyższą o 3 tys. na dobę niż w roku 2011 (miał 11 tys.) i wartość umowy taką, jak na początku 2010 mógł zdecydować się także Szpital Jurasza. Nie chciał, bo jak deklaruje dyrektor Kozera: „Nie podpiszemy kontraktu, który pograży i tak zadłużony szpital (od red. 100 mln wymagalnego długu)” i walczy o większe pieniądze, m.in. na medycynę ratunkową. „Dziennie ten oddział kosztuje nas 30 tys. zł, a NFZ pokrywa tylko 1/3 ceny. Przez 3 lata tylko do samej szpitalnej części medycyny ratunkowej musieliśmy dopłacić 18 mln zł!” – mówi i ostrzega, że oddział, na który trafia ponad 50 proc. przypadków z całego miasta, być może będzie musiał zamknąć.

Przyjęcie warunków proponowanych przez Fundusz – 1 mln zł mniej w stosunku do sumy kontraktu na październik 2010 – dla Jurasza oznaczałoby ponad tysiąc przyjętych pacjentów mniej niż w zeszłym roku, a już wtedy szpital przyjął o 4 tys. chorych mniej niż w 2009 r. „Nie możemy pozwolić na dalsze ograniczanie dostępności – uważa Kozera – Nasza oferta, to 8 tys. chorych rocznie więcej,

przyjętych za te same stawki. Nie żądamy wyższych cen za usługę, a jedynie większej ilości punktów. Chcemy wrócić do hospitalizacji 40 tys. osób rocznie, a gdybyśmy zaakceptowali warunki Funduszu liczba chorych spadłaby do 30 tys. przyjętych rocznie.”

Niski kontrakt – to nie tylko ograniczenie ilości przyjmowanych pacjentów, ale też gorsze kształcenie podyplomowe i ograniczanie miejsc dla rezydentów. Ich obecność w szpitalu oznacza konieczność zatrudniania większej ilości lekarzy, a na to, przy takim poziomie finansowania, szpitala nie stać. Obecne propozycje finansowe NFZ, to dla Szpitala konieczność zwolnienia nawet 200 lekarzy.

Podsumowując: Jurasz chciałby, by na część szpitalną jego kontrakt był większy o 15 proc, czyli o około 20 mln zł.

„Żądania Jurasza są dużo większe niż nasze możliwości finansowe – mówi Barbara Nawrocka – A takiej stawki, jaką chciałby szpital na medycynę ratunkową, nie ma nikt w całym kraju.”

„Będziemy negocjować do czasu, kiedy zawrzemy bezpieczny dla nas kompromis. – zapowiada, twierdząc, że NFZ stać na zaspokojenie potrzeb Jurasza, dyrektor Kozera – Podział pieniędzy to decyzja polityczna. Znam w Warszawie szpitale, które dostają zapłatę za wszystkich pacjentów i wykonane procedury. Tymczasem nam Fundusz nie oddał nawet 8 mln zł za wykonane procedury ratujące życie.”

Agnieszka Banach

Jak będą pracować rezydenci...

...w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. Jurasza – zastanawialiśmy w ostatnim „Primum non nocere.” Wszystko wskazuje na to że – mimo tego, iż specjalizującym się tu lekarzom wręczono wypowiedzenia dotychczasowych warunków pracy w systemie podstawowym, w zamian proponując od stycznia czas zmianowy lub równoważny – jednak tak samo jak do tej pory. Do końca stycznia system pracy w żadnej z klinik Jurasza nie uległ zmianie i raczej dla osób, które specjalizację rozpoczęły przed wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 października 2010 – na razie nie ulegnie.

„Dyrekcja Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza informuje, że nie podejmuje i nie podejmie żadnych działań sprzecz-

nych z obowiązującymi przepisami prawa, a także, iż szczególną troską obejmuje lekarzy w trakcie odbywania specjalizacji, niezależnie od jej trybu. Specjalizacje mają i będą miały prawidłowy przebieg, nie utrudniając kontaktu lekarzy rezydentów z kierownikami specjalizacji, jakością szkolenia na pewno się nie obniży.” – deklaruje dyrektor ds. lecznictwa doktor Przemysław Paciorek, odpowiadając na stanowisko BIL (publikowaliśmy je w ostatnim PNN) i podkreślając, że przeprowadzane zmiany warunków umów o pracę są zgodne z obowiązującym prawem.

Po co więc większości ze 180 rezydentów zatrudnionych w Szpitalu wręczano wypowiedzenia dotychczasowych warunków pracy, skoro na razie pracujemy tak samo? – zastanawiają się specjalizujący się lekarze. Jak pisaliśmy, większość z nich złożyła pozwy do Sądu Pracy, niedługo zaczną się pierwsze procesy.

„Nowa propozycja szpitala nie oznacza zmiany organizacji pracy. W większości klinik nie ulegnie on zmianie. Wypowiedzenia wręczono, aby mieć prawną możliwość wdrożenia równoważnego czasu pracy. Wprowadzenie takiego systemu poprawi dostępność naszych pacjentów do lekarza bez zwiększania kosztów pracy. Decyzja o wdrożeniu modelu będzie podejmowana indywidualnie. W pierwszej kolejności może ona dotyczyć klinik, gdzie jest największa liczba rezydentów, dochodząca nawet do kilkunastu osób”. – odpowiada Jarosław Kozera, dyrektor Szpitala, dodając, że „kształcenie rezydentów jest kosztowne, a refundacja ministerstwa w pełni go pokrywa. Dziś dysponujemy 500 miejscami, a mamy 180 rezydentów i jeżeli nie uda się nam wynegocjować lepszego kontraktu z NFZ, w przyszłości, znacznie ograniczymy ich liczbę.” a.b.

Konflikt interesów powodem zwolnienia?

Profesor Stanisław Molski, który od 20 lat pracował w Szpitalu im. dr. A. Jurasza, w tym od 10 na stanowisku kierownika Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyni otrzymał wypowiedzenie. Osobiście wręczył mu je 30 grudnia dyrektor Szpitala Jarosław Kozera. Zgodnie z warunkami umowy Profesor przestał być pracownikiem Szpitala już w połowie stycznia.

Dlaczego profesor Molski stracił pracę? „Powodem zwolnienia Pana Profesora był oczywisty konflikt interesów. Profesor to szef kliniki chirurgii ogólnej i naczyni w szpitalu publicznym i w tej samej dziedzinie rozwija swoją firmę. Nie widzę tu innej możliwości.” – mówi Jarosław Kozera.

Stanisław Molski oprócz pełnienia funkcji kierownika szpitalnej Kliniki od wielu lat jest współwłaścicielem NZOZ „Eskulap”, w którym m.in. wykonywane są zabiegi z zakresu chirurgii naczyniowej w trybie jednodniowym. Prywatna lecznica ma kontrakt z NFZ i za jakiś czas ma zmienić siedzibę na większą – w Osielsku powstaje nowy gmach „Eskulapa” i to właśnie tu dyrektor Kozera dopatru-

je się niebezpiecznej konkurencji dla Jurasza. Nie rozumie tego dotychczasowy zespół Profesora z Kliniki: „Gdzie, w jakim zakresie? – pytają – Operacje żyłaków kończyn nie mogą i nie są konkurencją dla wielkiego Szpitala Uniwersyteckiego, w którym pod koniec roku wręcz brakuje punktów na wysokospecjalistyczne, bardzo poszukiwane, bo wykonywane tylko w nim, procedury chirurgiczne. (pełną treść listu lekarzy z Kliniki publikujemy niżej)”

Czy inni lekarze z Jurasza pracujący w jednostkach z umowami z NFZ, a jest ich w Szpitalu wielu, też muszą obawiać się zwolnień – pytamy dyrektora? „Wprowadzamy w nowych umowach zapis o tym, że lekarz pracujący w klinice i w innym niepublicznym zakładzie, mającym kontrakt z NFZ, będzie mógł to robić jedynie za zgodą szefa kliniki i dyrektora szpitala. Oczywiście nie będzie to dotyczyć osób prowadzących prywatne gabinety, których funkcjonowanie nie jest oparte na finansowaniu z NFZ.” – odpowiada.

Zapewne więc niedługo usłyszymy o kolejnych zwolnieniach w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1...

Agnieszka Banach

List otwarty

*I ...nagle, po tylu latach pracy,
pada oskarżenie o konkurencję.
Gdzie, w jakim zakresie?
– nasuwa się pytanie.*

W roku 1984 powstaje samodzielna Akademia Medyczna w Bydgoszczy, a na bazie już istniejącej Kliniki Chirurgii, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyni. Pod kierunkiem wielkiego pasjonata i wspaniałego nauczyciela profesora Zygmunta Mackiewicza bydgoska chirurgia naczyniowa wkracza na salony medycyny. Powrót do wyremontowanej „Jedynki” (obecnie Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza) w 1989 roku skutkuje powstaniem dwóch pododdziałów, w tym tzw. „naczyniówki”, gdzie młody zespół na czele z pełniącym obowiązki ordynatora, dr. n. med. Stanisławem Molskim, szybko nabiera doświadczenia. W starciu z coraz trudniejszymi przypadkami, po nocnych maratonach operacyjnych, często kosztem własnej rodziny, wykuwa się dojrzały, sprawny i pełen pasji zespół chirurgów zarówno ogólnych, jak i naczyniowych. Oczko w głowie profesora Mackiewicza – chirurgia naczyni, z miesiąca na miesiąc ma coraz więcej do zaoferowania szukającym pomocy pacjentom, a szkolący się w kraju i za granicą asystenci stanowią fundament jej działania. W dniu przejścia na emeryturę Profesor Zygmunt Mackiewicz przekazał pałeczkę swoim następcom, ale to dawnemu ordynatorowi „naczyniówki” zaproponował kontynuowanie chlubnych tradycji kliniki. I tak – w kwietniu 2001 roku kierownikiem Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyni został dr hab. med. Stanisław Molski.

Trzon zespołu Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyni, to obok kierownika 5 specjalistów z chirurgii naczyniowej, w tym jeden dodatkowo z chirurgii onkologicznej, a dwóch z angiologii. Ponadto w zespole pracuje 2 specjalistów chirurgii ogólnej i 3 lekarzy w trakcie specjalizacji z chirurgii ogólnej. Klinika liczy 51 łóżek, co drugi dzień pełni dyżur ogólnochirurgiczny dla miasta oraz stały dyżur naczyniowy. Asystenci kliniki codziennie pracują w Zespole Poradni Przyklinicznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 1, przyjmując w poradniach: chirurgicznej, chi-



Zespół Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyni, w środku prof. Stanisław Molski

irurgii naczyniowej i stopy cukrzycowej. Pomimo funkcjonowania trzech Klinik Chirurgicznych, tylko profesor Stanisław Molski, w związku z reorganizacją pracy szpitala, po uzgodnieniu z zespołem, podjął się kierowania poradnią chirurgiczną.

Nasza klinika, jako pierwsza w regionie, wykonała w roku 2002 zabieg implantacji stent-graftu u chorego z „nieoperacyjnym” tętniakiem aorty brzusznej, a w 2006 operację hybrydową. Z roku na rok przybywa chorych, u których wykonujemy te skomplikowane procedury. Liczba wykonanych endowaskularnych zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych stawia nas w czołówce oddziałów naczyniowych w Polsce. W uznaniu tych zasług, na zjeździe Polskich Towarzystw Naczyniowych w kwietniu 2008 roku dr hab. n. med. Stanisław Molski obejmuje stanowisko Prezesa-elekta Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej. W roku 2011, już jako Prezes wraz z zespołem Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyni, będzie organizatorem międzynarodowej konferencji naukowej.

Zdobylismy specjalizację naczyniową pod okiem Profesora Stanisława Molskiego, okrzykliśmy – zdobywając doświadczenia pod jego wymagającą ręką, nabralismy pewności ciesząc się jego zaufaniem, tworzyliśmy zwarty, największy w regionie zespół fachowców gotowych, jak sam szef, poświęcić swój wolny czas, aby realizować naszą pasję, jaką jest chirurgia naczyniowa. Dla pracującego pod kierownictwem profesora Stanisława Molskiego zespołu lekarskiego, to nie zaledwie 10 lat rządów „Szefa”, ale 20 lat współpracy pełnej wyrzeczeń, potu, niepokoju, czasem wręcz złości, ale nade wszystko satysfakcji.

I... nagle, po tylu latach pracy, pada wręcz śmieszne oskarżenie o konkurencję. Gdzie, w jakim zakresie – nasuwa się pytanie. Operacje żyłaków kończyn, czy rzadko wykonywane operacje przepuklin pachwinowych, nie mogą i nie są konkurencją dla wielkiego Szpitala Uniwersyteckiego, w którym pod koniec roku bra-

kuje wręcz punktów na wysokospecjalistyczne, bardzo poszukiwane, bo wykonywane tylko w nim, procedury chirurgiczne. Jeżeli jednak chce się uderzyć, to kij zawsze się znajdzie. Czy to znaczy, że przyjęte przez dyrekcję kryteria pozbawią stanowisk także innych kierowników klinik oraz lekarzy pracujących w ośrodkach posiadających umowy z NFZ... Przecież nikt z nas nie utrudnia Szpitalowi realizowania kontraktu z NFZ.

Niestety nie ma już Szefa, rodzi się niepewność co do funkcjonowania misternie tworzonego, doświadczonego zespołu chirurgów naczyniowych, psują się relacje międzyludzkie, upada tradycja. Pozostaje smutek, żal i rozgoryczenie

Zespół Lekarzy Kliniki
Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej

List profesora Stanisława Molskiego

*Boże daj mi pogodę ducha, bym
przyjął rzeczy, których zmienić nie
mogę,
daj odwagę bym zmieniał te które
mogę,
i mądrość bym odróżnił jedne od
drugich*

Szanowni Państwo,
Drogie Koleżanki,
Drodzy Koledzy

Dobiegł końca okres mojej pracy w Szpitalu Uniwersyteckim im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, który rozpoczął się w 1978 r. u boku mojego Mistrza i obecnie Przyjaciela Profesora Zygmunta Mackiewicza. Ten ważny etap mojej drogi zawodowej przepełniony ciężką pracą przy łóżku chorego, przy stole operacyjnym, w gabinecie pełnym książek, atlasów i czasopism był także okresem wielu sukcesów. Owocna współpraca całego zespołu Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej oraz Koleżanek i Kolegów pracujących w wie-

lu innych gabinetach, przychodniach i szpitalach województwa pozwoliła na uratowanie życia i przywrócenie zdrowia dziesiątkom tysięcy pacjentów.

Kontynuacja drogi naukowej wytyczonej przez Profesora Zygmunta Mackiewicza opartej na ciągłym poszukiwaniu lepszych, skuteczniejszych metod leczenia umożliwiła mi zdobycie umiejętności stosowania coraz bardziej nowoczesnych technik. Wdrażanie innowacyjnych w skali województwa małoinwazyjnych zabiegów metod leczenia było i nadal jest dla mnie powodem do olbrzymiej satysfakcji.

Zdobywanie wiedzy i doświadczenia klinicznego w ośrodku, którym kierowałem, przez rzesze studentów, stażystów oraz rezydentów specjalizujących się w chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i angiologii było dla mnie zawsze cennym doświadczeniem. Kontakty z młodszymi kolegami mobilizowały mnie do wyętej pracy nad sobą, a ich świeże spojrzenie skłaniało do refleksji i dalszych poszukiwań.

Dorobek naukowy Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej jest zasługą całego zespołu, którym miałem przyjemność kierować przez wiele lat. O prestiżu ośrodka w środowisku chirurgów naczyniowych, świadczy powierzenie mi stanowiska Prezesa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej w obecnie trwającej kadencji.

Dziękuję za długoletnią współpracę całtemu wspaniałemu zespołowi Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Koleżankom i Kolegom kierującym innymi Klinikami i Zakładami oraz Kolegom z ich zespołów, Ordynatorom oddziałów z całego województwa oraz ich współpracownikom, Koleżankom i Kolegom Lecznictwa Ambulatoryjnego.

Rozpoczynając nowy rozdział w życiu zawodowym zamierzam kontynuować wszystkie kierunki dotychczasowej aktywności w oparciu o nową bazę. Liczę na dalszą owocną współpracę z Państwem dla dobra naszych pacjentów.

Stanisław Molski

W Collegium Medicum UMK

Personalalia

Informujemy, że w okresie od 1 września do 30 listopada 2010 roku:

- z dniem 7.10.2010 tytuł profesora nauk medycznych uzyskał prof. dr hab. Marek Jackowski
- od dnia 15.11.2010 funkcję kierownika Zakładu Pielęgniarstwa Gastroenterologicznego pełni dr hab. Maria Kłopotka
- z dniem 30.09.2010 prof. dr hab. Józef Kałużny w związku z przejściem na emeryturę przestał pełnić funkcję kierownika Katedry i Kliniki Chorób Oczu
- od dnia 1.10.2010 dr hab. Grażyna Malukiewicz pełni funkcję kierownika Katedry i Kliniki Chorób Oczu
- z dniem 7.10.2010 tytuł profesora nauk medycznych uzyskała prof. dr hab. Alina Grzanka
- z dniem 15.10.2010 dr hab. Jacek Fisz został zatrudniony na stanowisku profesora nadzwyczajnego i pełni funkcję kierownika Zakładu Informatyki i Metodologii Pracy Naukowej
- od dnia 1.10.2010 dr hab. Małgorzata Pawłowska, prof. UMK pełni funkcję kierownika Kli-

niki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Wieku Rozwojowego

- od dnia 1.10.2010 dr Edward Szymkowiak pełni obowiązki kierownika Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
- od dnia 1.10.2010 dr hab. Jerzy Krysiński, prof. UMK pełni funkcję kierownika Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku (do dnia 30.09.2010 prof. Krysiński pełnił funkcję kierownika Katedry i Zakładu Marketingu i Usługodawstwa Farmaceutycznego)
- od dnia 1.10.2010 dr Maria Czternastek pełni obowiązki kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Plastycznej
- od dnia 1.10.2010 dr Irena Daniluk-Matrasz pełni obowiązki kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Dziecięcej
- od dnia 1.10.2010 dr hab. Tomasz Grzybowski, prof. UMK pełni także funkcję kierownika Katedry Medycyny Sądowej
- od dnia 15.11.2010 mgr inż. Ilona Patuszyńska zmieniła stanowisko ze specjalisty na kierownika Działu Zawodowej Promocji Studentów i Absolwentów

Przygotowała mgr Agnieszka Mróz,
kierownik Działu Spraw Pracowniczych
CM UMK

(przedruk z „Wiadomości Akademickich” nr 39)

Zmiany w Funduszu

Doktor Halina Milewska została nowym zastępcą dyrektora ds. medycznych K-P Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Zastąpiła na tym stanowisku doktora Andrzeja Purzyckiego, który przeszedł na emeryturę. Doktor Purzycki najpierw związany był z Kujawsko-Pomorską Regionalną Kasą Chorych, potem z K-P OW NFZ. W sumie funkcję dyrektora ds. medycznych pełnił ponad 11 lat.

Halina Milewska objęła swoje stanowisko 10 stycznia 2011 roku – informuje Barbara Nawrocka, rzecznik K-P OW NFZ – Jest lekarzem, specjalistą chorób dziecięcych. Pracuje od 1999 roku: początkowo w Branżowej Kasie Chorych, a następnie w K-P RKCH, potem K-P OW NFZ w Bydgoszczy. Jej ostatnie stanowisko to Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej.”

Biziel znowu ma nowy sprzęt



Dyrektor Wanda Korzycka-Wilińska wspólnie z dr. Jackiem Tlappą otwiera odnowiony oddział



Niedawno pisaliśmy o wartych 2 mln zł zakupach Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. Bizieła dla trzech oddziałów: Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych; Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej oraz Oddziału Neurochirurgii i Neurotraumatologii. Tym razem, znowu dzięki finansowemu wsparciu UE, nowoczesny sprzęt zyskał szpitalny Oddział Ratunkowy. Całość inwestycji pochłonęła ponad 8 mln zł (85 proc., prawie 7 mln zł – UE; 15 proc., ponad 1 mln zł z budżetu woj. kujawsko-pomorskiego).

„Chcieliśmy by nasz SOR był na najwyższym poziomie, a jego wyposażenie adekwatne do kwalifikacji pracujących tu osób” – mówiła, zadowolona z realizacji kolejnego

projektu Wanda Korzycka-Wilińska, dyrektorka Szpitala, dodając z uśmiechem, że nowoczesny sprzęt i tak nie dorównuje umiejętnościom pracującego na oddziale personelu.

Lista zakupionych na Oddział Ratunkowy sprzętów robi wrażenie. W sumie nabyto 191 nowych urządzeń i sprzętów, są to m.in.: szesnastorzędowy tomograf komputerowy, cyfrowy aparat rentgenowski, aparat RTG z ramieniem C, aparat EKG, aparaty do znieczulania, respiratory, defibrylatory, pompy infuzyjne dwukanałowe, kardiomonitor, centralny system monitorowania, ssaki elektryczne, aparaty do ogrzewania płynów infuzyjnych, bronchofiberskop, gastroskopy, kolonoskopy z torem wizyjnym, myjnia automatyczna do sprzętu endoskopowego, urządzenie do pomiaru zwiótności mięśni, stół operacyjny, lampy operacyjne bezcieniowe, aparaty do szybkiego przetwarzania płynów, wiertarki operacyjne z osprzętem, piła

oscylacyjna z osprzętem, shaver laryngologiczny, dekontaminator na salę operacyjną (urządzenie filtrujące-dezynfekujące), diatermie chirurgiczne (urządzenia do cięcia i koagulacji tkanek), urządzenie ogrzewające pacjenta powietrzem z filtrem Hepa, narzędzia chirurgiczne.

Szpitalny Oddział Ratunkowy tworzy zespół 100 osób. W roku 2009 przyjęto tu aż 41 tys. chorych, podobnie w 2010 roku. „Wśród nich, aż 82 proc. nie miało bezpośredniego zagrożenia życia i powinni być przyjęci przez lekarza poz – uważa dr n. med. Jacek Tlappa, ordynator Oddziału. Tacy pacjenci, np. chorzy ortopedyczni, którym trzeba wykonać rtg, założyć gips, to dla oddziału ogromne koszty. Tymczasem NFZ nie płaci za wykonane procedury, ale za tzw. ryczałt dobowy, co potrzeby SOR-u w Bizielezaśpokaja tylko w około 20–30 proc.”

Agnieszka Banach



Tomograf dla Jurasza od WOŚP

Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Jurasza dostał od Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy super prezent – tomograf SIEMENS DEFINITION AS+. Prezes Fundacji Jerzy Owsiak osobiście przekazał sprzęt 22 grudnia 2010 r. „Ten najnowszej generacji – 128 warstwowy tomograf posiada pełne oprogramowanie onkologiczne, umożliwiające diagnostykę chorób nowotworowych u dzieci. Można nim wykonać również badanie angiograficzne, badania serca i kolonoskopię.” – mówi Marta Laszka, rzecznik Szpitala.

Tomograf pozwala na szybkie i dokładne badanie. Emituje też zmniejszoną dawkę promieniowania, co w przypadku dzieci ma ogromne znaczenie. Czas wykonywania badania wynosi od kilku do kilkunastu sekund, co w znacznym stopniu pozwala zredukować stres związany z badaniem. Dzięki temu w wielu przypadkach możliwe będzie uniknięcie u małego pacjenta stosowania znieczulenia ogólnego. ■



Na zdjęciu: Jarosław Kozera, dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 wręcza Jerzemu Owsiakowi książkę autorstwa Mieczysława Boguszyńskiego: „Od warsztatu balwierskiego do szpitala klinicznego”



Warsztaty z cyklu

„KOMUNIKACJA LEKARZ – PACJENT”:

- **24 lutego 2011 r.** – „Rozmowa z rodziną potencjalnego dawcy narządu”

Warsztaty prowadzi dr n. med. Katarzyna Jankowska oraz dr n. psych. Maria Rogiewicz. Początek o godz. 16.00, czas trwania ok. 2,5 godz., w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Za udział w warsztatach przyznane zostaną 2,5 punkty edukacyjne.

Szkolenia z zakresu krwiolecznictwa:

- **16 lutego 2011 r.** – „Krwiolecznictwo w specjalnościach zabiegowych – trudne decyzje i łatwe schematy”
- **22 lutego 2011 r.** – „Serologia i transfuzjologia w pediatrii” – dla lekarzy w opiece nad dziećmi;
- **1 marca 2011 r.** „Zrozumieć transfuzjologię – podstawowe zasady w pigułkach” – dla lekarzy rozpoczynających pracę w szpitalach.

Szkolenie prowadzi dr n. med. Ewa Wijas. Początek szkoleń o godz. 16.00, czas trwania ok. 2 godz., w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Za udział w szkoleniu przyznane zostaną 2 punkty edukacyjne.

Kurs resuscytacji krążeniowo oddechowej (BLS z AED) dla lekarzy i lekarzy dentystów:

- **26 lutego 2011 r. oraz 5 marca 2011 r.**

Kurs obejmuje 8 godzin zajęć, w tym wykłady, stacje ćwiczeniowe oraz scenariusze symulowane na manekinach. Początek szkoleń o godz. 9.00, w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Koszt uczestnictwa w kursie – 50 zł od osoby. W przerwie zaplanowana jest przekąska, kawa, herbata.

Uczestnicy szkolenia po zaliczeniu kursu otrzymają certyfikat Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz zaświadczenie o przyznanych 8 punktach edukacyjnych.

Zgłoszenia: mgr Karina Lemanik-Dolny biuro BIL od poniedziałku do czwartku w godz. 8.00–16.00, tel. (052) 3460780 wew. 12, szkolenia@bil.org.pl

Więcej informacji na stronie www.bil.org.pl
Serdecznie zapraszamy!

Przypominamy! 18 lutego 2011

Medyczna Noc w Operze

Szanowni Państwo!

18 lutego 2011 r. Bydgoska Izba Lekarska zaprasza na „Medyczną noc w Operze”. Impreza odbędzie się w gościnnych progach Opery Nova.

W pierwszej części karnalowego spotkania Big Band Józefa Eliaśza zagra specjalnie zaaranżowane utwory Fryderyka Chopina, a Katarzyna Skrzynecka zaprezentuje swój autorski program.

Druga część jak zwykle należeć będzie do tańczących. Nie zabraknie muzyki na żywo – o co zadba zespół Katarzyny Skrzyneckiej.

Koszt jednego zaproszenia – 70 zł. Zaproszenia: Bydgoska Izba Lekarska, tel. 52 346 00 84, p. Jolanta Klewicz

Ochrona stosunku pracy członków organów samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów

Obowiązująca aktualnie ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219 poz.1708) przewiduje szczególną ochronę stosunku pracy osób pełniących funkcje członków organów samorządu zawodowego lekarzy. Ochrona ta przejawia się w ograniczeniu uprawnień pracodawcy do wypowiedzenia umowy o pracę oraz wypowiedzenia warunków pracy i płacy osobom objętym taką ochroną. Zasady te nie są niczym wyjątkowym w ustawodawstwie, podobne regulacje dotyczą na przykład osób pełniących funkcje radnych na mocy mandatu społecznego. Przyznając taką ochronę członkom organów samorządu lekarskiego, ustawodawca dał wyraz wysokiej randze samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz pełnionej przez niego roli w życiu społecznym kraju.

Zgodnie z art. 11 wyżej wymienionej ustawy ochrona stosunku pracy obejmuje w zakresie tamże przewidzianym lekarzy i lekarzy dentystów, którzy są członkami okręgowej rady lekarskiej, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu lekarskiego, pełnią funkcję okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, a także są członkami Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego Sądu Lekarskiego lub pełnią funkcję Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, jak również taką samą ochroną objęto zastępców rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Ustawa wprowadza bezwzględny zakaz wypowiedzania przez pracodawcę umowy o pracę wyżej wymienionym osobom bez uzyskania zgody właściwej rady lekarskiej, niezależnie od przyczyny wypowiedzenia.

Wyjątkiem jest sytuacja uzyskania przez pracownika prawa do renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, wówczas zakaz ten nie obowiązuje.

Ponadto osobom objętym ochroną pracodawca nie może wypowiedzieć warunków pracy i płacy na ich niekorzyść, chyba że zachodzą przyczyny określone w art. 43 Kodeksu pracy. Zatem pracodawca może wypowiedzieć warunki pracy i płacy na niekorzyść chronionego pracownika wyłącznie gdy wypowiedzenie stało się konieczne ze względu na: 1) wprowadzenie nowych zasad wynagradzania dotyczących ogółu pracowników zatrudnionych u danego pracodawcy lub tej ich grupy, do której pracownik należy albo 2) ze względu na stwierdzoną orzeczeniem lekarskim utratę zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy albo niezawinioną przez pracownika utratę uprawnień koniecznych do jej wykonywania.

W przypadku wypowiedzenia przez pracodawcę umowy o pracę lub warunków pracy i płacy z naruszeniem przepisów ustawy o izbach lekarskich, lekarzowi przysługują będą roszczenia przewidziane w kodeksie pracy w razie nieuzasadnionego lub niezgodnego z prawem wypowiedzenia umowy o pracę przez pracodawcę dochodzone w trybie odwołania do sądu pracy. Należy zwrócić również uwagę na to, że ustawa o izbach lekarskich chroni przed wypowiedzeniem umowy o pracę, natomiast nie przed rozwiązaniem umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia zgodnie z przepisami kodeksu pracy.

Jadwiga Jarząbkiewicz-Górnjak
Radca Prawny BIL

Iwona Sadowska-Krawczenko



Płodowy zespół alkoholowy

Płodowy zespół alkoholowy (FAS, *Fetal Alcohol Syndrome*) jest zespołem chorobowym powstającym w wyniku uszkadzającego działania alkoholu etylowego na rozwijający się płód. FAS może objawiać się pod postacią wad rozwojowych układu nerwowego, uszkodzenia układu krwionośnego i kostnego czy dysmorfii twarzy. Uważa się, że niedorozwój spowodowany przez spożywanie w czasie ciąży alkohol jest wiodącą przyczyną chorób umysłowych.

Alkohol jest silnym teratogenem, bardzo łatwo przenika przez łożysko, dostając się do krwiobiegu dziecka. Po upływie około 60 minut od spożycia alkoholu przez matkę, jego stężenie w krwiobiegu płodu jest równe stężeniu alkoholu we krwi matki. Płód ze względu na niedojrzałość enzymatyczną wykazuje małą tolerancję wobec alkoholu etylowego. Drastycznymi następstwami ekspozycji płodu na duże stężenia alkoholu etylowego mogą być: nagły zgon płodu czy samoistne poronienie.

Kryteria rozpoznania FAS:

- zahamowanie wzrostu w okresie przedporodowym i poporodowym (wskaźnik wzrostu do wagi znajduje się poniżej 10. centyla),
- charakterystyczne cechy twarzy (wyglądająca rynienka nosowa, cienka góra wargi, wąskie szpary powiekowe),
- objawy świadczące o nieprawidłowym rozwoju ośrodkowego układu nerwowego (zaburzenia neurologiczne, opóźnienie rozwoju, dysfunkcyjne zachowania, upośledzenie umysłowe, wady rozwojowe czaszki lub mózgu)
- potwierdzenie w wywiadzie narażenia na spożycie alkoholu przez matkę podczas ciąży.

Poza typowymi cechami dysmorfologicznymi twarzy, prenatalnym i postnatalnym zaburzeniem wzrostu oraz upośledzeniem umysłowym, u około 80% dzieci stwierdza się małą głowę oraz zaburzenia zachowania. 50% dotkniętych FAS dzieci wykazuje również słabą koordynację, hipotonię, zaburzenia związane z deficytem skupiania uwagi, zmniejszoną objętość tkanki tłuszczowej. Poza tym często występują wady serca, naczyń i wady oczu i uszu. U dzieci z płodowym zespołem alkoholowym wystę-

pują zaburzenia poznawcze, psychospołeczne oraz nieprawidłowości w zachowaniu, co powoduje, trwające całe życie, inwalidztwo. Poziom upośledzenia różni się w poszczególnych przypadkach, co między innymi zależy od wieku i innych okoliczności. Zaburzenie funkcji poznawczych manifestuje się w różny sposób. Mogą występować problemy w myśleniu matematycznym, abstrahowaniu czy dokonywaniu uogólnień. Poza tym osoby z FAS mają problemy ze skupianiem uwagi, deficyt pamięci, brak im również umiejętności krytycznej oceny sytuacji. Dodatkowo obserwuje się w tej grupie osób takie zaburzenia zachowania jak nadpobudliwość, impulsywność, skłonność do kłamstwa, kradzieży, upór i buntownicze zachowanie. Również często stwierdzane są choroby psychiczne, uzależnienia od substancji chemicznych, wchodzenie w konflikt z prawem.

W Polsce rodzi się ponad 400 000 dzieci rocznie, z czego 0,3% to dzieci z płodowym zespołem alkoholowym. Natomiast u ok. 3% dzieci obserwuje się rozmaite zaburzenia rozwojowe spowodowane alkoholem klasyfikowane jako płodowy efekt alkoholowy. Płodowy efekt alkoholowy (FAE, *Fetal Alcohol Effect*) jest to termin używany, jako określenie częściowego FAS (pFAS, *Partial Fetal Alcohol Syndrome*). Głównymi objawami FAE są: opóźnienie wzrostu, nieprawidłowości dotyczące budowy płodu oraz uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Do skutków przyjmowania przez ciężarne kobiety alkoholu, poza FAS i FAE zalicza się również: zaburzenia neurorozwojowe spowodowane używaniem alkoholu (*alcohol-related neurodevelopmental disorder*, ARND) oraz wady wrodzone spowodowane używaniem alkoholu (*alcohol-related birth defects*, ARBD).

W ciąży zalecana jest całkowita abstynencja. Kobieta nie powinna pić alkoholu tak długo, jak długo może zażyć w ciąży. Przygotowanie do ciąży powinno uwzględnić abstynencję, nie tylko kobiety. Zaleca się, aby para, która planuje poczęcie dziecka, trzy miesiące wcześniej powstrzymała się od picia alkoholu.

W badaniach ogólnopolskich przeprowadzonych w 2005 roku na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, wykazano, że aż 33% kobiet w wieku prokreacyjnym (18–40 lat) piło alkohol w ciąży. Badania amerykańskie, opublikowane w 1999 roku ustaliły, że 15% kobiet piło alkohol w ciąży raz w miesiącu lub częściej. Badania z 2007 roku prowadzone w Wielkiej Brytanii pokazały, że w ciąży spożywa alkohol aż 75% kobiet, co najprawdopodobniej związane jest z obowiązującymi tam dotychczas zaleceniami odnośnie spożywania alkoholu w ciąży.

Według badań, jakie zostały przeprowadzone przez Ośrodek Badania Opinii Publicznej na zlecenie Związku Pracodawców Polskiego Przemysłu Spirytusowego w 2010 roku w ramach kampanii edukacyjnej „Lepszy start dla Twojego dziecka” aż 10% Polaków twierdzi, iż kobieta w ciąży może pić alkohol. Kolejne 14% uważa, że wypity w niewielkich ilościach alkohol nie szkodzi ani kobiecie, ani jej dziecku. Aż 34% Polaków deklaruje, że byłoby świadkiem, kiedy kobieta w ciąży piła alkohol.

Zalecenia dotyczące spożycia alkoholu w ciąży różnią się w poszczególnych krajach. W Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Francji rekomendowana jest całkowita abstynencja, natomiast w Wielkiej Brytanii do 2007 roku dopuszczano spożycie niewielkiej ilości alkoholu przez ciężarne. Nadal zalecenia odnośnie tego zagadnienia są w Wielkiej Brytanii niespójne. Departament Zdrowia od 2007 roku rekomenduje całkowitą abstynencję, natomiast *The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* dopuszcza spożycie niewielkich ilości alkoholu.

Zgodnie z rekomendacjami Amerykańskiej Akademii Pediatrii ze względu na nieznajomość bezpiecznej dawki alkoholu w ciąży, kobietom w ciąży i planującym zażyć w ciąży rekomenduje się całkowitą abstynencję. Ponadto zaleca się prowadzenie ogólnospołecznych kampanii edukacyjnych dotyczących ujemnego wpływu alkoholu na płód. Zachęca się pediatrów, aby przyjęli rolę liderów w procesie publicznej edukacji mającej na celu zmniejszenie częstości występowania FAS.

Od redakcji:

Dr n. med. Iwona Sadowska-Krawczenko – pediatra, specjalista neonatolog, specjalista epidemiolog, pracuje na Oddziale Noworodków, Wczesniaków i Intensywnej Terapii Noworodka Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy

Wykład o tej tematyce został wygłoszony też przez Autorkę w cyklu wykładów „Medyczne Środy” organizowanym przez CM UMK.



Jarek, Ania i Łukasz z personelem szpitala im. Alberta Schweitzera w Deschapelles

Jesteśmy trójką młodych lekarzy, która tuż po ukończeniu stażu wyjechała na 2 miesiące na Haiti. Od 5 tygodni pracujemy w Szpitalu Alberta Schweitzera w Deschapelles. Szpital posiada oddziały pediatrii z pododdziałem walki z niedożywieniem, chirurgii, ginekologii i położnictwa, medycyny wewnętrznej oraz oddział leczenia cholery, który prowadzimy. Obecnie pod opieką mamy około 40 pacjentów.

Kilka słów o cholery i naszych z nią doświadczeniach

Cholera wywołuje bakteria *Vibrio cholerae*, a główną drogą szerzenia się zakażenia jest droga fekalno-oralna. Po huraganie Tomas wiele rzek i zbiorników wodnych zostało skażonych na skutek zmycia do nich ludzkich nieczystości, ponieważ na Haiti nie ma kanalizacji, a i z latrynami jest duży problem. Wydaje się nam, że w porze suchej, która teraz trwa, epidemia zaczęta powoli wygasać. Po raz deszczowa zapewne spowoduje nową falę zachorowań. Okres świąteczny przysporzył nam również wielu nowych pacjentów. Leczenie chorych na cholera nie jest trudne, gdyż polega głównie na nawadnianiu, a w szczególnie ciężkich przypadkach – antybiotykoterapii. Pacjenci pozostają na oddziale około 3–4 dni, chyba że mają schorzenia towarzyszące, takie jak AIDS, gruźlica, itp. co zdarza się dosyć często.

O funkcjonowaniu szpitala

Pacjenci szpitala muszą płacić za hospitalizację oraz porady ambulatoryjne. Jeśli ich na to nie stać, szpital posiada fundusz socjalny. Chorzy nie mają zapewnionych posiłków w czasie pobytu – o to musi zadbać rodzina.

Pielęgniarki nie zajmują się tutaj opieką nad pacjentem jako takim, ale podawaniem leków i zmienianiem kroplówek. Podejrzewamy, że wynika to po części z lenistwa, a po czę-

ści z przeświadczenia, że jeśli pacjentem nie opiekuje się rodzina – to znaczy, że jest złym człowiekiem i nie zasługuje na ich uwagę.

Główne problemy

Jednym z głównych problemów Haiti jest niedożywienie, codziennie spotykamy pacjentów, którzy nie mają pieniędzy na jedzenie. Niedożywienie komplikuje przebieg wielu chorób. Tylko w czasie naszego pobytu kilka osób zmarło z powodu skrajnego niedożywienia. Ludzie, z którymi pracujemy mówią, że byli w wielu miejscach na świecie, ale to co tu widzą, jest jednym z najgorszych obrazów nędzy.

Tutejsza chirurgia została żywcem wyjęta z książki „Stulecie chirurgów”. Wiele zabiegów wykonywanych jest bez dostatecznego znieczulenia, w związku z czym trzeba mieć stalowe nerwy, aby pracować, gdy pacjent krzyczy z bólu. Zakażenia ran, gangrena i związane z tym amputacje są na porządku dziennym. Ze względu na ograniczoną dostępność fizjoterapeutów późne następstwa oparzeń w postaci przykurczów – czynią z chorych niepełnosprawnych.

Podziwiamy haitańskich lekarzy za to, że większość rozpoznań stawiają w zasadzie na podstawie badania fizykalnego. Laboratorium wykonuje tylko najbardziej podstawowe badania, takie jak morfologia czy hematokryt, a i na to często trzeba czekać kilka dni.

Przed wyjazdem, przeczytaliśmy gdzieś, że kto nie był na Haiti, nie poznał prawdziwej biedy. I pewnie jest w tym dużo racji, bo ogromna większość ludzi mieszka w niszczących lepiankach bez prądu i bieżącej wody.

Staramy się jednak nie tracić nadziei i działać zgodnie z zasadą Alberta Schweitzera, która mówi: **nie jesteś w stanie zmienić całego świata, ale zawsze możesz dać nadzieję jednemu człowiekowi.**

*Pozdrowienia dla czytelników
Primum non Nocere!*

Anna Szaciłło, Łukasz Jaworski,
Jarosław Korzybski

Nasi lekarze na Haiti



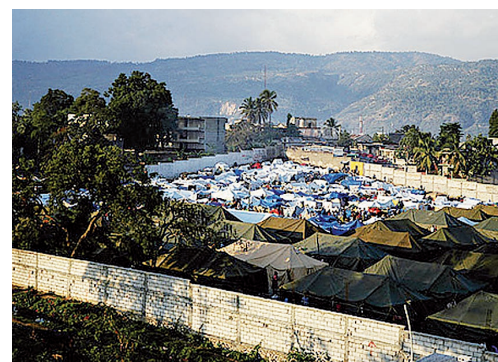
Przychodnia znajduje się na szczycie wzniesienia, około 1000 m. n.p.m. (fot. Jaro)



Polowy szpital w Port-au-Prince, oddział choleryczny



Zniszczone Port-au-Prince



Obóz Pinchinat w Jacmel, mieście na pld. Haiti, które jest uważane za kulturalną i artystyczną stolicę kraju

(Zdjęcia z bloga: www.zpolskinahaiti.blox.pl)



*Jest taki dzień
i taka noc
gwiazda naszego dzieciństwa
wiatrem w świerkach
kantyczkę nuci...
A na sianku
Słowo
co Ciałem się stało
i zamieszkało w nas*
„Jest taki czas”
Bogdan Kozłowski

Gwiazdkowo-noworoczne izbowe kolędowanie...

...kolędowanie, które w świątecznym okresie 2010/2011 było wyjątkowo „pracowite”.



A ZACZĘŁO SIĘ już na początku grudnia 2010 od pięknych „Mikołajek” dla lekarskich dzieci (o czym było w numerze styczniowym izbowego biuletynu).



I POTEM... potem spotkanie wigilijne naszej Okręgowej Rady Lekarskiej, indywidualne spotkania niektórych Komisji Izby (np. Komisji Historycznej) oraz 20 grudnia – wspólne spotkanie – na zaproszenie Prezesa - członków wszystkich komisji izbowych, spotkanie uroczyste, na którym dr n. med. Stanisław Prywiński przedstawił wyniki prac Izby w ostatnim okresie oraz zamierzenia na najbliższe lata. Następnie, po przełamaniu się opłatkiem i wzajemnych życzeniach odśpiewaliśmy chyba najbardziej tradycyjną polską kolędę „Wśród nocnej ciszy”. Spotkanie było serdeczne, integrujące i miło było, że uczestniczył w nim (chyba po raz pierwszy?) przedstawiciel Komisji Młodych Lekarzy.

W ŁAŃCUSZKU ŚWIĄTECZNYCH SPOTKAŃ niezawodni byli, zresztą – jak zawsze, seniorzy. Mimo złej pogody i ślizgawicy (a wiemy co to znaczy dla ludzi nie zawsze najbardziej sprawnych) stawili się tłumnie, w liczbie ponad stu osób, czym „przebiły” ich liczbowo tylko „mikołajkowe” dzieci (250!) – gdyż, na szczęście jest ich w kraju po prostu znacznie więcej.

Cieszyliśmy się, że i w tym roku seniorowe spotkanie świąteczne odbyło się w naszym „izbowym domu”, a nie wynajętej hote-



lowej czy uczelnianej sali. Wszyscy uczestnicy pięknie, świątecznie ubrani, pogodnie uśmiechnięci, wszyscy „młodzi”, oczywiście na czele z naszym „seniorem seniorów” dr. płk. J. Klepackim, którego, jak przystało na wojskowego, nie ima się żadne „życiowe dłueto”.



Po przełamaniu się opłatkiem i wzajemnych życzeniach seniorzy odśpiewali szereg pięknych, polskich kolęd, potem przeszli do następnej sali na smaczną, „wigilijną wieczerzę” – z pierogami, rybami, ciasteczkami – popijaną, jak przystało na bezalkoholową tradycję, kawą lub herbatą.

Na zakończenie tej pięknej, w atmosferze nieomalże rodzinnej, uroczystości, otrzymaliśmy gwiazdkowe prezenty w postaci tradycyjnego już kalendarzyka na szczęśliwy 2011 rok ze słodkim, czekoladowym „dodatkiem”. My zaś podziękowaliśmy członkom Komisji Socjalnej w tym przede wszystkim dr Małgorzacie Świątkowskiej i Krystynie Lewandowskiej oraz jej przewodniczącej – dr Elżbiecie Buszko za zaangażowanie i włożoną pracę w organizację tego spotkania i odśpiewaliśmy Im polskie „100 lat”, czego życzymy także Władzom BIL oraz wszystkim członkom naszej Izby, no i nam, seniorom również.

I TAK TRZYMAĆ.. jak zostało to powyżej napisane, a fotograficznie udokumentowane przez niezawodne oko naszego wspaniałego „fotoreportera” dr. Mieczysława Tomasika i utrwalone w biuletynie przez niezawodną jego redaktorkę, zawsze życzliwą Teodorę Bogdańską.

Halina Grzybowska-Rogulska

Przewaga dzięki technice **Audi**



Audi A7 Sportback Zaprojektowane od podstaw

Mieliśmy szansę stworzenia czegoś nowego i wykorzystaliśmy ją. Oryginalna idea skonstruowania prestiżowego pięciodrzwiowego sport-coupé klasy wyższej przybrała realny kształt. Tak powstało Audi A7 Sportback, które na nowo wyznacza sposób myślenia o kreowaniu pięknych i funkcjonalnych samochodów.

Zapraszamy do salonu

Aleksander Konarzewski

ul. Nowotoruńska 15

85-854 Bydgoszcz

tel. 52 320 88 13

audi2@konarzewski.com.pl

W dniach 20 i 21 grudnia 2010 na Oddziale Otolaryngologii Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy wykonano pierwsze operacje wszczepienia implantów ślimakowych u dzieci z naszego regionu. Zabiegi wykonał dr Józef Mierziński w asyście wybitnego otolaryngologa prof. Andrew Fishmana z USA (Northwestern University, Chicago). Zabiegi przebiegły bez powikłań. Poprosiliśmy doktora Józefa Mierzińskiego o podzielenie się informacjami na temat operacji oraz Programu Implantów Ślimakowych w Bydgoszczy.

Dzięki implantom wreszcie usłyszą!

Otwarcie programu poprzedził roczny okres intensywnych przygotowań, gromadzenie specjalistycznego sprzętu oraz szkoleń w kraju i za granicą kolegów, którzy zajmą się chirurgią, diagnostyką i rehabilitacją dzieci z implantem ślimakowym.

Implanty ślimakowe to jedno z największych osiągnięć medycyny XX wieku. Dzięki nim osoba całkowicie głucha czy głęboko niedosłysząca, może usłyszeć i rozróżniać dźwięki. Urządzenie to nie wzmacnia dźwięku jak aparat słuchowy, ale go tworzy. Proces słyszenia odbywa się na drodze bezpośredniej, elektrycznej stymulacji nerwu słuchowego.

Kandydatami do implantu ślimakowego są osoby, które cierpią na wrodzoną lub nabytą głuchotę lub głęboki niedosłuch odbiorczy i nie odnoszą korzyści z aparatów słuchowych.

System implantu ślimakowego składa się z części wewnętrznej, czyli implantu i zewnętrznej, czyli procesora dźwięku. Część wewnętrzna, zwana implantem, jest wszczepiana podczas trwającej około 2–3 godzin operacji, a jej zasadniczą część, czyli odbiornik/stymulator jest bezpiecznie i trwale mocowana pod skórą, tuż za uchem. Wychodzące z odbiornika/stymulatora przewody to elektrody wprowadzane do ślimaka, które pozwalają na bezpośrednią stymulację elektryczną zakończeń nerwu słuchowego.



Część zewnętrzna, zwana procesorem dźwięku, to element systemu odpowiedzialny za całe jego funkcjonowanie na co dzień. To urządzenie noszone przez użytkownika najczęściej za uchem, jak aparat słuchowy, ale również występujące w wersji pułkowej, która zapewnia inne możliwości obsługi systemu.



Procesor mowy składa się z jednostki sterującej pracą całego systemu oraz z części odpowiedzialnej za kontrolę pracy i komunikację zarówno z użytkownikiem, jak i ze specjalistą kliniczno-technicznym. Dodatkowo procesor dźwięku wyposażony jest w cewkę nadawczą, która zapewnia komunikację z częścią wewnętrzną systemu oraz jej zasilanie.

Istotne w codziennym używaniu procesora dźwięku są możliwości korzystania z wbudowanych algorytmów wspomagających słyszenie w różnych sytuacjach oraz współpracy z zewnętrznymi akcesoriami, takimi jak systemy FM, czy też kable do podłączenia np. telewizora.

System implantu ślimakowego, jako proteza narządu zmysłu słuchu, zastępuje wszystkie trzy elementy naszego ucha (ucho zewnętrzne, środkowe i wewnętrzne), zapewniając przekazywanie informacji akustycznej z otoczenia bezpośrednio do nerwu słuchowego. W słyszeniu za pomocą implantu ślimakowego za odbiór dźwięków odpowie-

dzialny jest mikrofon, znajdujący się w górnej części procesora mowy, tuż za uchem, aby dźwięki przetwarzane przez system, były jak najbardziej zbliżone do tego, co powinniśmy słyszeć.



Układ elektroniczny procesora przetwarza ten dźwięk na sygnał cyfrowy, który podlega przekształceniom, obejmującym między innymi usuwanie niepotrzebnego szumu i wzmacnianie istotnych informacji w zakresie dźwięków mowy – zastępując w ten sposób nasze naturalne filtry akustyczne, jakimi są małżowina, kanał słuchowy i ucho środkowe. Tak przetworzony sygnał zamieniany jest przez procesor mowy na specjalny kod zgodnie z parametrami programu akustycznego, czyli parametrami określonymi podczas indywidualnej sesji dopasowania procesora dźwięku przez specjalistę klinicz-

no-technicznego. Kod ten przesyłany jest za pomocą cewki nadawczej do części wewnętrznej systemu implantu ślimakowego.

Cewka odbiorcza przekazuje kod do odbiornika/stymulatora, który na podstawie odebranych informacji odpowiednio steruje stymulacją elektryczną na poszczególnych elektrodach wewnątrzślimakowych. Każdej elektrodzie wewnątrz ślimaka przypisany jest odpowiedni zakres częstotliwości dźwięku i jeśli taka właśnie częstotliwość odbierana jest przez mikrofon, to odpowiednia elektroda odpowiedzialna za przekazanie tej informacji stymuluje elektrycznie nerw słuchowy. Stymulacja przekazywana jest przez nerw do wyższych elementów drogi słuchowej i w ten sposób powstaje wrażenie dźwięku.

Implant ślimakowy stanowi elektroniczną protezę słuchu i jest urządzeniem, które nie wzmacnia dźwięku, ale go tworzy.

Niezwykle ważny jest czas leczenia.

Niedostarczenie dziecku głuchemu, czy niedosłyszającemu, kontaktu ze światem dźwięku w odpowiednim wieku doprowadzić może, w najgorszej formie, do zupełnego braku rozwoju mowy. Mamy wówczas osobę głuchoniemą, która może porozumiewać się tylko językiem migowym.

Jeśli rozpoznamy u dziecka głuchotę czy głęboki niedosłuch, odpowiednio wcześniej w okresie prelingwalnym (do drugiego roku życia) i zaopatrzmy dziecko w aparat lub implant słuchowy pozwoli to na prawidłowy rozwój mowy. Jeśli zrobimy to w okresie perylingwalnym (2–5 rok życia) mowa będzie już prawdopodobnie niewyraźna. Natomiast jeśli zareagujemy dopiero w wieku 6,7 lat dziecko nigdy nie nauczy się dobrze mówić. Tak więc straconego czasu nie można odrobić. Z jedną zasadą zgadzają się wszyscy: **im wcześniej zdiagnozowany niedosłuch i rozpoczęte leczenie tym lepsza rehabilitacja i rozwój dziecka.**

Słuch uzyskany dzięki implantom ślimakowym różni się od słuchu naturalnego. Poprzez intensywną rehabilitację można uzyskać

jednak doskonałe wyniki i bardzo dobre wykształcenie mowy u dzieci.

Dzięki Powszechnemu Programowi Wczesnego Wykrywania Wad Słuchu

u Noworodków i Wcześnieaków, który funkcjonuje w Polsce od 2000 r., wykrywamy wady słuchu bardzo wcześnie. Staramy się zaopatrzyć w aparaty dzieci głuche przed ukończeniem 6 miesiąca życia, a jeśli to nie daje odpowiednich efektów leczenia rozważamy implanty słuchowe. Implanty ślimakowe można stosować od 12 miesiąca życia, a w wybranych przypadkach już od 6 mż. Im wcześniej wdrożymy leczenie i rehabilitację, tym lepiej dziecko będzie mówiło i tym większa szansa iż będzie mogło chodzić do szkoły dla dzieci słyszących.

Podkreślić należy iż założenie aparatu czy implantu to dopiero początek żmudnej drogi leczenia, dalej niezwykle ważna jest często wieloletnia rehabilitacja prowadzona pod okiem doświadczonych logopedów, psychologów i pedagogów. Takim ośrodkiem jest Specjalistyczny Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji Wad Słuchu w Bydgoszczy. Bez odpowiedniej rehabilitacji i doświadczonych specjalistów uzyskanie dobrych wyników jest niemożliwe. Program Implantów Ślimakowych obejmuje trzy grupy działań, które należy odpowiednio skoordynować: specjalistyczną diagnostykę audiologiczną, chirurgię oraz doświadczony zespół ludzi zajmujących się rehabilitacją dzieci z implantem.

Bydgoski program implantów ślimakowych

powstał w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w ścisłej współpracy ze Specjalistycznym Ośrodkiem Diagnostyki i Rehabilitacji Dzieci z Wadą Słuchu. Ośrodki nasze od dawna ze sobą współpracują. W przypadkach trudnych diagnostycznie dzieci przyjmowane są na oddział otolaryngologii, gdzie przechodzą szereg badań i konsultacji, obejmujących badania laryngologiczne i, jeśli to konieczne, neurologiczne, okulistyczne, psychologiczne itp. Posiadamy bardzo dobrze

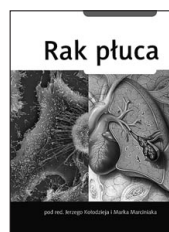
wyposażone pracownie diagnostyczne i możliwości badania dzieci również w znieczuleniu ogólnym, gdy stwierdzamy iż brak współpracy i duży stres dziecka uniemożliwiają wykonanie wiarygodnego badania.

Implant ślimakowy jest bardzo nowoczesnym i bezpiecznym urządzeniem, nie jest to jednak rozwiązanie zupełnie nowe. W Polsce systemy implantów ślimakowych stosowane są od prawie 20 lat, a łączna grupa użytkowników przekroczyła już 2000 osób. Nasze krajowe doświadczenia pokrywają się z wieloletnimi obserwacjami na świecie, jeśli chodzi o skuteczność i bezpieczeństwo, zarówno pod względem medycznym, jak i technicznym. Problemem dla pacjenta jest jednak odległość od ośrodka wszczepiającego implant ślimakowy. Osoba, której założono implant pozostaje związana z tym ośrodkiem do końca życia, gdyż jak każde urządzenie elektroniczne wymaga on okresowego ustawiania i programowania. Konieczność dojeżdżania do oddalonego o często kilkaset kilometrów ośrodka stanowi nie lada problem dla pacjentów. Dlatego też stworzenie ośrodka dla pacjentów z naszego regionu znacznie ułatwi życie wielu osobom i ich rodzinom. W Polsce istnieje obecnie (łącznie z Bydgoszczą) 7 ośrodków (trzy specjalizujące się w implantach u dzieci). Dla porównania – w Niemczech jest ich kilkadziesiąt.

Wszelkie koszty związane z wszczepieniem implantu oraz rehabilitacją są **w pełni finansowane** przez NFZ. Pragniemy podkreślić iż na każdym etapie tworzenia Programu otrzymaliśmy bardzo dużą pomoc Oddziału Kujawsko – Pomorskiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Urzędu Marszałkowskiego w zakupie specjalistycznego sprzętu diagnostycznego.

Józef Mierzwiński

Dr n. med. Józef Mierzwiński jest ordynatorem Oddziału Otolaryngologii Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy.



Rak płuca

pod redakcją Jerzego Kołodzieja i Marka Marciniaka
NOWOŚĆ
Format B5
Liczba stron 248
Oprawa miękka
ISBN 978-83-62138-31-9

Książka ta przeznaczona jest dla szerokiej rzeszy odbiorców: lekarzy różnych specjalności i studentów medycyny. Staraliśmy się zebrać w niej aktualne informacje niezbędne w codziennej praktyce lekarskiej i klinicznej. Rak płuca jest głównym nowotworem złośliwym

na świecie zarówno pod względem zachorowalności, jak i umieralności, a także śmiertelności – stosunek umieralności do zachorowalności wynosi 0,87. Innymi słowy – jest to nowotwór o bardzo złym rokowaniu, występujący u ludzi w pełni aktywności zawodowej i społecznej, a w związku z tym każdy lekarz ma z tą groźną chorobą do czynienia. Tylko postępowanie wg zasad opartych na najnowszych odkryciach i ustaleniach może poprawić te smutne statystyki. Re-sekcja, pomimo znacznego postępu innych metod, nadal pozostaje głównym sposobem postępowania i jedynym dającym realną szansę wyleczenia. Leczenie chirurgicz-

ne raka płuca wymaga odpowiedniego kwalifikowania chorych, określenia rozległości choroby, wybrania dostępu operacyjnego, ustalenia zakresu wycięcia oraz wskazań do leczenia uzupełniającego, miejscowego lub systemowego. Przekazujemy Czytelnikom książkę będącą kompendium wiedzy niezbędnej do podejmowania racjonalnych decyzji w diagnostyce i leczeniu raka płuca.

Wydawca:

Termedia sp. z o.o.
ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
Tel./faks: +48 61 6562200
Książka do nabycia na www.termedia.pl

Te niezwykle nanocząsteczki

Historia nanotechnologii sięga lat 50 XX wieku, gdy Richard Feynman wygłosił wykład: „Dużo zmieści się u podstaw”. Feynman przedstawił koncepcję miniaturyzacji oraz możliwości tkwiące w wykorzystaniu technologii mogącej operować na poziomie nanometrowym. Lata 80–90 XX wieku to okres gwałtownego rozwoju technik litograficznych oraz produkcji ultracienkich warstw kryształów.

Nanotechnologia to technologia i produkcja bardzo małych przedmiotów na poziomie najmniejszych cząsteczek materii, na poziomie budowy atomu. Przyjęto się zaliczać do nanotechnologii działanie na cząsteczkach od 0,1 do 100 nm. Obecnie nanotechnologia obok biometriki, energetyki słonecznej i biotechnologii jest bardzo modną i najszybciej rozwijającą się dziedziną.

Produkty nanokoloidalne nie są szkodliwe dla ludzi, zwierząt, roślin oraz nie zanieczyszczają środowiska naturalnego. Dodatkowo rozdrobnione nanocząsteczki mają niewspółmiernie większą powierzchnię czynną a tym samym wykazują większy potencjał biobójczy. Dopiero dzięki nanocząsteczkom można uzyskać dobrą relację ceny do efektywności biobójczej i stosować je na skalę masową.

Nanokoloidowe roztwory mają też inne właściwości:

- Nanosrebro – jest silnie bakteriobójcze oraz grzybobójcze. Jest aktywne zarówno w warunkach normalnego oświetlenia, jak również w warunkach całkowitej ciemności. Jego skuteczność obejmuje likwidację przeszło 99% bakterii i grzybów.
- Miedź nanokoloidalna – ma najsilniejsze działanie grzybobójcze, ale nieco słabsze bakteriobójcze.

- Nanozłoto – ma wielką łatwość wnikania do wnętrza komórek organizmu i działa na nie silnie pobudzająco i regenerująco, słabiej natomiast działa biobójczo. Nanozłoto hamuje fagocytozę, procesy autoagresji, objawy chorób autoimmunologicznych – toczenia, łuszczycy. Działa przeciwpalnie.
- Nanoplatyna – jako jedyna wspomaga proces katalitycznego niszczenia komórek rakowych i odnawia zdeformowane komórki np. skóry.

Nanotechnologia w medycynie

Nanokapsułki, podlegające biodegradacji, zawierające śladowe ilości leku, są już podawane pacjentom chorym na cukrzycę (insulina wziewna). Nanocząsteczki leku pokrywające wewnętrzne powierzchnie soczewek kontaktowych pozwalają aplikować leki bez konieczności używania kropli. W medycynie obecnie najbardziej interesujące jest wykorzystanie nanocząsteczek do dezynfekcji.

Aparatura medyczna pokrywana farbami z dodatkiem nanosrebra zapewnia trwałą sterylizację powierzchni. Ściany, sufity sal operacyjnych i pokoi zabiegowych są zaimpregnowane lub pomalowane farbami z dodatkiem nanosrebra. Mycie podłóg na bieżąco wodą z dodatkiem srebra koloidalnego działa bakteriobójczo. Strzykawki, rękawiczki, maski, respiratory, inhalatory poddane działaniu nanosrebra zapewniają 100% sterylności.

Nanosrebro można stosować w higienie jamy ustnej: w szczoteczkach do zębów, pastach, płynach do płukania ust, płynach do odkażania protez zębowych, wypełnieniach i wszelkich opatrunkach dentystycznych. Dla stomatologów najważniejsza jest możliwość zastosowania nanocząsteczek w leczeniu kanałowym. Badania naukowe mówią, że mechaniczne oczyszczanie kanałów po-

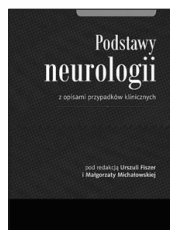


zostawia do 40% powierzchni wewnętrznej nieoczyszczonej. Złożona budowa systemu kanałów korzeniowych uniemożliwia całkowite usunięcie bakterii i ich form przetrwalnikowych. Wykorzystanie bakteriobójczych i proteolitycznych właściwości podchlorynu sodu pozwala na usunięcie większości substancji organicznych z systemu kanałów korzeniowych. Preparat nanocare+ umożliwia dodatkowe wypłukanie resztek organicznych oraz dzięki właściwościom nanosrebra i nanozłota utrudnia ponowną kolonizację systemów kanałów korzeniowych przez bakterie. Brak zjawisk kolonizacji w odniesieniu do nanocząsteczek srebra i złota oraz ich minimalne stężenie w płynie płuczącym nie wpływa negatywnie na ostateczne wypełnienie kanałów korzeniowych.

Nanocząsteczki zawarte w preparatach nanocare mają charakter niejonowy, dzięki czemu nie są reaktywne. W kontakcie z innymi preparatami stosowanymi podczas leczenia oraz z tkankami i płynami ustrojowymi pacjenta nie następuje neutralizacja cząsteczek czy wytrącanie nieaktywnych biologicznie osadów. Płyny nanocare mogą być stosowane jako uzupełnienie dotychczasowych procedur leczenia stomatologicznego. Nanocare + nie wywołuje reakcji w połączeniu z chlorheksydyną i podchlorynem sodu. Nanocare gold nie zaburza funkcji systemów wiążących stosowanych podczas wypełniania ubytków.

Barbara Buczkowska

O Autorce: lek. dent. Barbara Buczkowska prowadzi gabinet stomatologiczny w Inowrocławiu, pracuje też w NZOZ-ie w Złotnikach Kujawskich



Podstawy neurologii z opisami przypadków klinicznych

pod redakcją Urszuli Fiszer i Małgorzaty Michałowskiej
NOWOŚĆ
Format B5
Liczba stron 296
Oprawa twarda
ISBN 978-83-62138-40-1

Książka stanowi praktyczne kompendium współczesnej wiedzy na temat diagnostyki i leczenia najczęściej występujących chorób i zespołów chorobowych w neurologii. W czę-

ści ogólnej zostały przedstawione zasady badania neurologicznego, charakterystyczne objawy i zespoły chorobowe oraz dwie podstawowe metody badań diagnostycznych: badania neuroobrazujące i elektro-encefalografię. W części szczegółowej zostały omówione najczęściej występujące zespoły chorobowe, w tym udary mózgu, bóle głowy, padaczka, zespoły ośpienne, choroby układu pozapiramidowego, choroby demielinizacyjne, choroby zakaźne, neuroonkologia, choroby nerwowo-mięśniowe, urazy czaszkowo-mózgowe i bóle kręgosłupa. W odniesieniu do każdego zespołu zgodnie

z przyjętym schematem przedstawiono dane epidemiologiczne, podstawy diagnozy i kwalifikacji oraz zasady farmakoterapii. Bardzo interesującym i ważnym elementem książki jest przedstawiana w każdym rozdziale analiza przypadków klinicznych oraz dyskusja dotycząca zasad rozpoznawania i leczenia.

Wydawca:

Termedia sp. z o.o.
ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań
Tel./faks: +48 61 6562200
Książka do nabycia na www.termedia.pl



Spojrzenie z ukosa

Czy to „dorzynki”?

Jerzy Kąkol

Ostatni okres dostarcza nam szczególnych atrakcji. Jak pamiętamy – starożytnym do szczęścia wystarczył chleb i igrzyska, władca, który sprostał owym postulatom, mógł spać spokojnie. Dzisiaj igrzysk ci u nas dostatek, a co do chleba, to mamy przejściowe, chwilowe trudności. Społeczeństwo się zestarzało, młodych coraz mniej, a ci, co u nas są niepotrzebni, szukają w innych krajach ekonomicznej stabilizacji. Wynikają z tego czarne prognozy odnośnie systemu emerytalnego i opieki państwa nad najbardziej niebezpiecznymi. Jest oczywiste, że snują je jacyś nieodpowiedzialni wieszczowie, co to nie rozumieją praw dziejowych. Już są pomysły, aby wiek emerytalny wydłużyć do „naturalnej śmierci”, a świadczenia tak obniżyć, aby nikt nie śmiał nawet o niej marzyć. Powróćmy do słynnego hasła rencistów i emerytów z poprzedniej epoki, które dzisiaj mogłoby brzmieć: „popierajmy nasz rząd czynem, umierajmy przed terminem”. Pomyślmy, jaki to zastrzyk dla kulejącego budżetu. Wydatki państwa na leczenie radykalnie zmniejszą się. Tak więc, finanse na pewno uda się zrównoważyć, a doliczając do tego wpływy z opodatkowania zakładów pogrzebowych, szybko zasypimy dziurę inflacyjną.

Innym rozwiązaniem jest zwiększenie ilości dzieci. Nie straszny nam zbliżający się niż demograficzny. Masowy rozwój i finansowanie przez NFZ

hodowli „in vitro” na skalę przemysłową, na pewno rozwiąże problem. Gdyby nie starczyło młodych kobiet, mamy pokaźne zaplecze naszych babć, wszak pokazały się już doniesienia, że jakaś kobieta na zachodzie w wieku 75 lat urodziła dziecko. A co?! Czy nasze babcie są gorsze?

Postówie na pewno uchwalą stosowne ustawy stwierdzające, że „in vitro” leczy i określa, kiedy mamy do czynienia z człowiekiem, a kiedy już nie żyje. Biała, śmiałkom przekraczającym ustalone limity lat. Mamy już pierwsze jaskółki, bo sejm pracuje w pocie czoła i ma znaczne osiągnięcia legislacyjne, a postów rozpiera duma. Nadzieja także w naszej pani minister, która okopała się w swoim urzędzie i w porażającym tempie prezentuje coraz genialniejsze pomysły, głównie jak nalać z pustego w próżne oraz definitywnie rozwiązać problemy w sferze zdrowotnej (nawiasem mówiąc, których przecież nie ma). Aż ciarki przejmują (naturalnie, z zachwytem)! Zresztą, co stoi na przeszkodzie, aby sejm uchwalił, że jest wszystko dobrze. Gdyby jednak ktoś miał wątpliwości – patrz – uchwała sejmowa.

Odnośnie kształcenia kadr medycznych, także mam parę pomysłów: po pierwsze – zamknąć granice (jak to bywało w minionej epoce), głównie dla specjalistów, i to do wieku emerytalnego, po drugie – naukę medycyny skrócić do 2 lat z końcowym tytułem – felczera licencjata lub licencjonowanego balwierza, po trzecie – zlikwidować wszelkie staże. Niech sobie młodzież ćwiczy na pacjentach. Same z tego korzyści, bo liczba chorych gwałtownie zacznie spadać, a balast ekonomicznie nieprzystatnych obywateli wydatnie zmniejszy się. Co za ulga dla kulejącego budżetu! Gdyby jednak ktoś miał ochotę leczyć się, to zgodnie z radą pani minister, musi zaopatrzyć się w zioła, wszak od ziół wszystko się zaczęło i powrót do źródeł jest ze wszech miar wskazany. Do tego mam jeszcze pewien genialny pomysł, należy powołać komunalnych szamanów, co to będą mogli odczytać uroki, przeprowadzić zamawianie chorób, odpędzić złe duchy, a może jeszcze coś innego robić.

„I to by było na tyle” z mojej strony, bo resztę dopisze życie (oczywiście, jeśli nie trafi nas ustawa o przymusowej eutanazji).

Prawdziwy czyn nie czyni wrzawy
Albert Schweitzer

Przedświąteczne spotkanie

1 grudnia 2010 r. w pomieszczeniach Izby odbyło się kolejne spotkanie seniorów. Przyszli na nie licznie, mimo mroźno-śnieżnego dnia. A że to okres przedświąteczny, postanowiliśmy „odpocząć” nieco od medycyny i zwrócić się ku literaturze, w czym pomógł nasz gość, pisarz – poeta inż. Bogdan Piotr Kozłowski.

Pan Inżynier – to kilkakrotny uczestnik naszych izbowych spotkań literackich, a także autor kilku artykułów w biuletynie Izby. Współuczestnikiem spotkania był także nasz „rodzimy” poeta – dr M. Mazur (obaj panowie przyszli ze swymi żonami) i to On właśnie wprowadził na „izbowe salony” dzisiejszego Prelegenta.

Temat spotkania – to promocja książki Prelegenta p.t. „Pisane w brązie, marmurze, granicie”. Książka powstawała przez cztery lata i jest wynikiem podróży śladami tablic pamiątkowych i pomników licznych polskich pisarzy, z fotograficzną dokumentacją tych obiektów oraz krótkimi wzmiankami o działalności ujętych w książce twórców, często z nieznanymi, interesującymi szcze-

gółami z ich życia. Inż. Kozłowski wyświetlił nam szereg slajdów z tej książki, przeczytał kilka z niej fragmentów oraz pojedyncze wiersze ze swego nowego tomiku „Na początku słowa”, a doktor Mazur, na naszą usilną prośbę, zadeklamował (z pamięci!) kilka pięknych wierszy z własnej twórczości.

Sądzimy, że promocja polskiej literatury i polskiego języka, której podjął się nasz Prelegent – to bardzo ważne zadanie. Przykro zabrzmiało, przynajmniej dla mnie, zamieszczone w „Gazecie wyborczej” z dnia 26 listopada 2010 powiedzenie tegorocznego laureata nagrody „Nike” Wojciecha Kuczoka, że: „...,teraz dla mnie ważniejsze od faktu bycia Polakiem, jest świadomość, że jestem Europejczykiem”. My także cieszymy się, że nimi jesteśmy, ale nie zapominajmy, że przede wszystkim jesteśmy Polakami i to poczucie nie jest „zaściankowe”, jak niektórzy starają się je zdefiniować.

To przykre, gdy w polskich mediach od rana do wieczora wybrzmiewa w śpiewie przeważnie język angielski, a jedynie co trzeci Polak kupuje rocznie tylko... jedną



książkę. Terentianus Maurus powiedział: „Pro captu lectoris habent sua fata libelli” (od pojętności czytelnika zależy los książki) – czyżby pojętność polskiego czytelnika była tak niska?

A mnie się marzy (innym seniorom także), żeby w naszej Izbie urządzano po prostu „literackie wieczorki” (tu ukłon w stronę ówczesnej ich organizatorki, „cichej” poetki, dr Małgorzaty Świątkowskiej) oraz by się udało redaktorce Teodorze Bogdańskiej „wykroić” w ciasnych ramach biuletynu miejsce na choćby skromny literacki kącik. No cóż, marzyć przecież można...

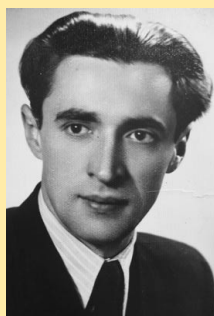
Za nasze piękne spotkanie podziękowaliśmy Prelegentom głośnymi brawami, natomiast tradycyjne, kwietne wiązanki wręczyliśmy nie Im, a... Ich Żonom, za to, że wychowały t a k i c h mężów.

Halina Grzybowska-Rogulska
Klub Lekarza Seniora

Mieczysław Boguszyński

Początki nefrologii, rozwój dializoterapii

W latach 1920–1939 oddziały wewnętrzne znajdowały się w trzech bydgoskich szpitalach. Po drugiej wojnie światowej do 1959 r. pozostały tylko w Szpitalu im. dr. A. Jurasza. Na początku były dwa: II-gi dr. Kazimierza Rekowski i III-ci dr. Romana Danielewskiego. W 1959 r. powstał kolejny, w nomenklaturze szpitalnej I-szy, dr Sławomir Hellerowej. W tym samym roku ordynatorem oddziału III wewnętrznego został dr Edmund Nartowicz, który w następnych latach odegrał tak ważną rolę w tworzeniu nowoczesnej kardiologii i nefrologii w regionie.



Prof. Edmund Nartowicz, 1953 r.

Doktor, a potem profesor Nartowicz całe swoje życie zawodowe związał z Bydgoszczą. Urodził się w Białohrudzie pow. Lida woj. nowogródzkie. W 1945 r. jako repatriant zamieszkał w Sopocie. Po ukończeniu prywatnego gimnazjum ojców Jezuitów w Orłowie, studiował na Akademii Medycznej w Gdańsku. Potem był asystentem w Zakładzie Farmakologii AMG. Na podstawie obowiązujących wówczas nakazów pracy został w 1953 r. skierowany do Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego im dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Otrzymał etat na III oddziale wewnętrznym. Kierując oddziałem, a od 1975 r. kliniką zajmował się chorobami wewnętrznymi ze szczególnym uwzględnieniem problematyki kardiologicznej i nefrologicznej. W 1966 r. doktoryzował się na podstawie pracy „Nadciśnienie tętnicze w skrobiawicy nerek” (promotor prof. Jakub Penson), a w 1977 r. otrzymał stopień doktora habilitowanego na podstawie rozprawy „Zawartość Na, K, Mg, i H₂O w osoczu, erytrocytach i mięśniach chorych z przewlekłą kwasicią oddechową”. W 1995 r. uzyskał tytuł profesora nauk medycznych.

Zainteresowania nefrologiczne zaowocowały powstaniem pierwszej w regionie stacji dializ. W połowie 1972 r. dr Nartowicz otrzymał z Ministerstwa Zdrowia informację, że oddział może dostać dwie sztuczne nerki, przeznaczone pierwotnie dla Jeleniej Góry. Były to dość prymitywne, kłopotliwe i trudne w obsłudze aparaty produkcji NRD pod nazwą Aue II. Pomimo przestróg środowiska medycznego i zdziwienia, że bydgoscy interniści reflektują na nigdzie niechciany sprzęt, dr Nartowicz wydzielił w oddziale jedną salę i nerki przyjął... Przecież

podjęcie tego typu leczenia mogło przynieść jedynie korzyści – ratować tych chorych, którzy nie mieli szans przy zastosowaniu konwencjonalnej terapii zachowawczej. Zanim stację uruchomiono, grupa lekarzy i pielęgniarek odbyła szkolenie specjalistyczne w Warszawie w klinikach chorób wewnętrznych prof. Tadeusza Orłowskiego i prof. Dymitra Aleksandrowa, gdzie dializami kierowała prof. Zofia Wańkowicz. Od początku pracowali lekarze: Stanisław Hreczka, Włodzimierz Rajewski i Wirginia Tomczak – Watras oraz pielęgniarki: Danuta Hartwich, Janina Siwik i Maria Muzalewska. Początkowo stacja dializ nie przedstawiała się zbyt imponująco: na stole trzy plastikowe 100 litrowe beczki, w których przygotowywany był płyn dializacyjny. Do wody z kranu dodawano w odpowiednich proporcjach chlorek sodu, chlorek potasu oraz wodorowęglan sodu i mieszano drewnianym wiostem. Dializator musiał być przygotowywany ręcznie przed każdym zabiegiem. Składał się z ramy, na którą pielęgniarka nawijała odcinaną z metra półprzezpuszczalną folię kuprofanową. Gdy w czasie zabiegu pękła, co groziło utratą krwi u pacjenta, dializator trzeba było przygotowywać od nowa. Skuteczna dializa wymagała zużycia 300 litrów wody Aby ten warunek spełnić musiała trwać około 9 godzin. Dla chorego był to zabieg bardzo uciążliwy.

Przetoki tętniczo-żyłne przygotowywali chirurdzy. Pierwszą wykonał dr Kazimierz Krejczy z dr. Januszem Targońskim. Potem przez wiele lat zabieg ten, z wielką zręcznością, wykonywał głównie dr Andrzej Kapała.

Pierwszą dializę przeprowadzono 22 stycznia 1973 roku u pacjentki z ostrą niewydolnością nerek. Dla zapewnienia stałego nadzoru nad aparaturą szpital zawarł umowę z bydgoskimi Zakładami Techniki Medycznej. Konserwacją i naprawą zajmowali się inżynierowie i technicy – na początku Jan Kalkowski, Albin Urban, Wiesław Kończal, a następnie Krzysztof Szczepański, który pracuje do tej pory.

Dość szybko aparaty Aue II zostały uzupełnione norweską nerką Nycotron, a po roku zastąpione przez nowocześniejsze – włoskiej firmy Bellco. Wówczas były już dostępne fabrycznie gotowe dializatory zwojowe, z możliwością ich reutilizacji. Do roku 1980 stacja dysponowała tylko 4 sztucznymi nerkami, które miały służyć mieszkańcom ówczesnych województw: bydgoskiego, toruńskiego, wrocławskiego i pińskiego. Ich niedostatek uzupełniano był dializami otrzewnowymi przy użyciu płynu dializacyjnego produkowanego w butelkach po 500 ml i dostarczanego do jamy otrzewnowej przez sztywny cewnik. Była to kolejna alternatywa ratująca życie pacjentom z niewydolnością nerek.

W latach osiemdziesiątych po przeprowadzeniu do szpitala im. dr. J. Bizuela stacja dość szybko powiększyła się dzięki bezinteresownym wsparciom. W maju 1982 r. nową sztuczną nerkę ofiarował Ojciec Święty Jan Paweł II, przekazaną szpitalowi przez ks. bpa Jana Nowaka. Z pomocą przyszła również pani Regina Johanson, urodzona w Bydgoszczy obywatelka szwedzka. Przekazała używane wprawdzie, ale nadal w pełni sprawne aparaty amerykańskiej firmy Willock – Drake. W ten sposób udało się powiększyć stację do 14 stanowisk. Jakość leczenia pacjentów znacznie poprawił uzyskany w 1984 r. uzdatniacz wody szwedzkiej firmy Gambro. Po powrocie do rozbudowanego Szpitala im. dr. A. Jurasza nastąpiły dalsze korzystne zmiany, także poprzez centralne przydziały aparatury z Ministerstwa Zdrowia. W 1998 r. było 21 stanowisk dializacyjnych, co pozwoliło na leczenie hemodializami 126 chorych.

Bydgoskie doświadczenia nefrologiczne zostały skutecznie wykorzystane przy tworzeniu nowych ośrodków dializoterapii w naszym regionie: we Włocławku, Toruniu, Inowrocławiu, Grudziądzu i Chojnicach.

W 1996 r. rozpoczęto się leczenie dializami otrzewnowymi metodą CADO (całodobowa ambulatoryjna dializa otrzewnowa) i ADO (automatyczna dializa otrzewnowa), obejmując leczeniem 13 pacjentów.

Już w latach siedemdziesiątych wydzielił prof. E. Nartowicz odcinek stricte nefrologiczny, który dysponując od roku 1974 możliwością biopsji nerek, pozwolił na diagnostykę oraz leczenie immunosupresyjne pierwotnych i wtórnych glomerulopatii, a także umożliwił objęcie opieką pacjentów z wtórnym nadciśnieniem tętniczym.

W 1972 r. III Oddział Wewnętrzny zorganizował zjazd Sekcji Nefrologicznej PTCHW. W dniu 10 września 1983 r. również w Bydgoszczy powstało Polskie Towarzystwo Nefrologiczne i odbył się jego pierwszy zjazd.



Pielęgniarka oddziałowa Danuta Hartwich przy norweskiej nerce Nycotron



Doktoraty

Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy informuje, że niżej wymienione osoby dnia 15.12.2010 r. uzyskały stopień naukowy dr. n. med.:

- **Marcin Jaracz** z Zakładu Neuropsychologii Klinicznej dn. 15.12.2010 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Procesy decyzyjne, dysfunkcje poznawcze i temperament w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej”
promotor: prof. dr hab. Alina Borkowska, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Włodzimierz Oniszczenko, UW w Warszawie, prof. dr hab. Agnieszka Gmitrowicz, UM w Łodzi
- **Joanna Sierżputowska** z 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego dn. 15.12.2010 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Analiza drobnoustrojów izolowanych od chorych leczonych w Klinicznym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Politechniką SP ZOZ w Bydgoszczy”
promotor: dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: dr hab. Małgorzata Bulanda, UJ w Krakowie, dr hab. Krzysztof Kusza, prof. UMK, CM UMK
- **Magdalena Mikulska-Jovanović** z Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej dn. 15.12.2010 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Zastosowanie taśmy Obtape i Aris z dostępu przez otwory zastonowe w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet”
promotor: prof. dr hab. Zbigniew Wolski, CM UMK
recenzenci: dr hab. Tomasz Drewa, CM UMK, prof. Jerzy Gajewski, QEII Health Science Centre New Halifax Infirmary – Kanada
- **Krzysztof Czyżewski** z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii dn. 15.12.2010 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Mechanizmy oporności komórek białaczkowych na selektywne inhibitory kinazy tyrozynowej”
promotor: dr hab. Jan Styczyński, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: dr hab. Andrzej Kurylak, prof. UMK, CM UMK, dr hab. Tomasz Urański, prof. PAM w Szczecinie
- **Joanna Szczepanek** z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii dn. 15.12.2010 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Profile ekspresji genetycznej i oporności na cytostatyki w strategii diagnostyczno-terapeutycznej ostrych białaczek limfoblastycznych u dzieci”
promotor: dr hab. Jan Styczyński, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Tretyn, UMK, prof. dr hab. Tomasz Szczepański, ŚIUM w Katowicach
- **Anna Kaźnica** z Katedry Biologii Medycznej dn. 15.12.2010 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Możliwości transdiferencjacji mezenchymalnych komórek macierzystych (MSC) szczura w komórki mięśniowe, badanie in vitro”
promotor: dr hab. Tomasz Drewa, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Alina Grzanka, CM UMK, prof. dr hab. Marek Bednarczyk, UTP w Bydgoszczy
- **Alicja Orzałkiewicz** z Katedry i Kliniki Chorób Oczu dn. 15.12.2010 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Czynniki zeza zbieżnego towarzyszącego nieakomodacyjnego w badaniach własnych”
promotor: dr hab. Jakub Kałużny, CM UMK
recenzenci: dr hab. Grażyna Malukiewicz, CM UMK, prof. dr hab. Mirosława Grałek, IPCZD w Warszawie
- **Leszek Szymański** z Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu dn. 15.12.2010 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Analiza kliniczna guzów dużych gruczołów ślinowych leczonych chirurgicznie w latach: 1989–2008 w Oddziale Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu”
promotor: prof. dr hab. Henryk Kaźmierczak, CM UMK
recenzenci: dr hab. Katarzyna Pawlak-Osińska, prof. UMK, CM UMK, dr hab. Ireneusz Rzewnicki, prof. UM w Białymstoku
- **Robert Włodarski** z 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego dn. 15.12.2010 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wpływ ciężkiej sepsy i wstrząsu septycznego na wydatek energetyczny oceniany metodą kalorymetrii pośredniej u chorych w stanie ciężkim, wentylowanych mechanicznie”
promotor: dr hab. Krzysztof Kusza, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Maria Wujtewicz, GUM w Gdańsku, dr hab. Romuald Bohatyrewicz, prof. PAM w Szczecinie
- **Rafał Gendek** z 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego dn. 15.12.2010 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Monitorowanie regionalnego wysycenia tlenem mózgu u chorych poddanych zakłipsowaniu tętniaków przedniej części koła Willis’a”
promotor: dr hab. Krzysztof Kusza, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: dr hab. Romuald Bohatyrewicz, prof. PAM w Szczecinie, prof. dr hab. Marek Harat, CM UMK
- **Katarzyna Wawrzyniak** z Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii dn. 15.12.2010 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wpływ alfa2-agonistów zastosowanych w premedykacji na wybrane parametry ogólnoustrojowej reakcji zapalnej oraz na przebieg znieczulenia w chirurgii endoskopowej nosa i zatok przynosowych”
promotor: dr hab. Krzysztof Kusza, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Henryk Kaźmierczak, CM UMK, prof. dr hab. Krzysztof Przesmycki, UM w Lublinie

8 kwietnia 2011 r.

• IV Ogólnopolski Uniwersytecki Dzień Diabetologii



IV Ogólnopolski Uniwersytecki Dzień Diabetologii ma za zadanie stworzyć warunki i możliwości do pogłębionej wymiany informacji i poglądów oraz do kreatywnych dyskusji naukowych, a także do zasygnalizowania i omówienia nowych praktycznych problemów i dążeń do optymalizacji opieki nad chorymi na cukrzycę.

W programie ujęto: postępy molekularnej patologii cukrzycy, postępy i nowości farmakoterapii cukrzycy opartej na EBM i patofizjologii, praktyczne rekomendacje, palące problemy kliniczne z pogranicza diabetologii oraz innych specjalności – holistyczne ujęcie leczenia cukrzycy, zaniedbania w prewencji cukrzycy w Polsce, neuropatia cukrzycowa – niedostatecznie doceniane powikłanie cukrzycy, psychologiczne, społeczne, edukacyjne i ekonomiczne uwarunkowania jakości leczenia cukrzycy, zespół depriacji, prewencji, standardy edukacyjne i socjologiczne.

Konferencja bezpłatna

Miejsce: Warszawa, Biblioteka Narodowa, Aula im. St. Dembego, al. Niepodległości 213

Patronat honorowy: Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. zw. dr hab. Marek Krawczyk

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Anna Czech

Organizatorzy: Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (Szpital Bródnowski), Centrum Diabetologii w Szpitalu Bródnowskim, Towarzystwo Edukacji Terapeutycznej, Oddział Warszawsko-Mazowiecki Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Czasopismo naukowe „Medycyna Metaboliczna” oraz wydawnictwo Termedia.

8 kwietnia 2011 r.

• Wielkopolskie Spotkania Kardiodiabetologiczne



Nasz styl życia, zwiększająca się częstość występowania otyłości nieświąż ze sobą wzrost ryzyka rozwoju cukrzycy. Prognozy epidemiologiczne przewidują, iż w roku 2030 w Polsce zachoruje na cukrzycę około 4 mln osób. Główną przyczyną przedwczesnych zgonów chorych na cukrzycę są powikłania sercowo-naczyniowe. W obliczu narastającej epidemii cukrzycy zapraszamy Państwa na I Wielkopolskie Spotkania Kardiodiabetologiczne do Poznania. Nasza konferencja będzie pierwszym wydarzeniem w ramach planowanej Ogólnopolskiej Szkoły Kardiodiabetologii. Spotkanie jest organizowane z myślą o kardiologach, diabetologach, internistach oraz lekarzach rodzinnych. Wykłady zaprezentują znani kardiologowie i diabetologowie, poruszane będą istotne problemy terapeutyczne tej grupy chorych – kardiodiabetologiczne.

Konferencja bezpłatna

Miejsce: Poznań

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Danuta Pupek-Musialik

Organizatorzy: wydawnictwo Termedia

8–9 kwietnia 2011 r.

• Trendy w reumatologii na przełomie 2010/2011



Podczas obrad będą prezentowane zagadnienia dotyczące: reumatoidalnego zapalenia stawów (patogeneza reumatoidalnego zapalenia stawów, wczesne zapalenie stawów, terapia RZS syntetycznymi lekami modyfikującymi – bezpieczeństwo i skuteczność, leczenie biologiczne RZS), nowe spojrzenie na choroby wieku dziecięcego (młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, układowe choroby tkanki łącznej wieku rozwojowego), spondyloartropatie zapalne (patogeneza i rozpoznawanie zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa, leczenie zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa w świetle najnowszych badań, tłuszczowe zapalenie stawów – patogeneza i rozpoznawanie, postępy w leczeniu tłuszczowego zapalenia stawów), zapalenie naczyń, twardzina i miopatie zapalne (twardzina układowa, miopatie zapalne, rozpoznawanie i leczenie zapalenia naczyń, rozpoznawanie i leczenie zapalenia dużych naczyń), nowe spojrzenie na tocznię rumieniowatą układową, zespół antyfosfolipidowy oraz zespół suchości, niezapalne choroby reumatyczne oraz osteoporoza i choroby z odkładania się kryształów (perspektywy leczenia dny moczanowej, praktyczne aspekty farmakoterapii osteoporozy, osteoporoza w chorobach zapalnych stawów).

Miejsce: Wrocław

Kierownik naukowy: dr hab. prof. nadzw. Piotr Wiland

Organizatorzy: Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego oraz wydawnictwo Termedia.

14–16 kwietnia 2011 r.

• III Kongres Współczesnej Onkologii



W ramach tematu wiodącego: Cele terapii nowotworów (Tumor targeting), poruszane będą zagadnienie dotyczące: biologii nowotworów (ostatnie odkrycia związane z molekularnym i genetycznym podłożem nowotworzenia, nowotworowe komórki macierzyste, mechanizmy przerzutowania), celów terapii (immunoterapia, małe cząsteczki, chemioterapia, radioterapia), terapii skojarzonych, biomarkerów, badań przedklinicznych dotyczących terapii celowanych (nowe modele badań in vitro i in vivo, rozwój technik obrazowania molekularnego i optycznego, nowe terapie celowane w fazie badań przedklinicznych), badań klinicznych problemów legislacyjnych związanych z rozwojem terapii celowanych. Ponadto dyskutowane będą postępy w leczeniu raka płuca, piersi i przewodu pokarmowego. Planujemy warsztaty, szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu, dyskusje okrągłego. Udział zapowiedzieli uznani onkolodzy polscy oraz wielu ekspertów z całego świata.

Miejsce: Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego, ul. Przybyszewskiego 37a, Poznań

Organizatorzy: czasopismo Współczesna Onkologia, wydawnictwo Termedia, Zakład Immunologii Nowotworów, Katedra Biotechnologii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61–615 Poznań, tel./faks +48616562200, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

Bolesne pożegnanie

19 grudnia 2010 r. odeszła z naszego grona, po krótkich, ale ciężkich cierpieniach

Janina Lutogniewska



lekarz analityk, serdeczna, życzliwa, obowiązkowa w pracy i życiu Koleżanka.

Odeszła do swego Męża – lekarza (dyrektora szpitala im. Jurasza w latach 1964–1968) i Swego Syna – dziennikarza. Odeszła w przedświąteczny czas, czas, który przecież powinien być radosny...

A my będziemy tęsknić za Tobą, za Twoim wspinałym wileńskim chłodnikiem i niepowtarzalnymi, kremowymi ciasteczkami, za Twoim ciepłem i nieustanną gotowością niesienia pomocy potrzebującym.

Grono przyjaciół

Tenisowa Barbórka

W dniu 4 grudnia 2010 roku w Klubie „Centrum” w Bydgoszczy odbył się turniej tenisowy lekarzy pod patronatem Bydgoskiej Izby Lekarskiej. W turnieju udział wzięło 6 par deblowych, które rozegrały mecze w systemie „każdy z każdym”. Mecze, choć zacięte, były bardzo wyrównane i odbywały się w przyjacielskiej atmosferze. O zwycięstwie i ostatecznej punktacji zdecydowały dopiero małe punkty. Największą atrakcją turnieju był jednak mecz singlowy kobiet. Główną nagrodę w postaci rakiety tenisowej, którą ufundował dr Jerzy Musiał, otrzymała najlepsza zawodniczka turnieju dr Anita Kazdepka-Ziemińska. Gratulacje!

Z koleżeńskim pozdrowieniem
Zbigniew Kula

WYNIKI:

Gry podwójne:

1. Wojciech Zegarski i Krzysztof Kula
2. Piotr Wojciechowski i Robert Korwin-Piotrowski
3. Sławomir Jabłoński i Radosław Źródlewski
4. Witold Włodarczyk i Krzysztof Markiewicz
5. Marian Migda i Michał Migda
6. Jerzy Musiał i Zbigniew Kula

Gry pojedyncze:

1. Anita Kazdepka-Ziemińska
2. Hanna Mackiewicz-Nartowicz

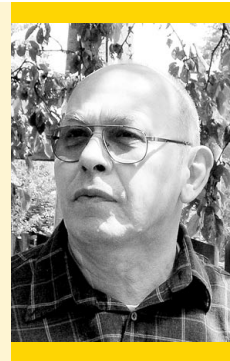


Finałiści turnieju tenisowego: od lewej dr Robert Korwin-Piotrowski, dr Piotr Wojciechowski, prof. Wojciech Zegarski, dr Krzysztof Kula



Dr Hanna Mackiewicz-Nartowicz i dr Anita Kazdepka-Ziemińska po rozegranym meczu

Mój jest ten kawałek podłogi!...



*Zima trudna, zima brudna,
zima nudna –
żaden bal.
Zima ziębi,
zima gnębi,
ale zimy, zimy żal.
Zima mrozi,
zima grozi,
nie dowozi,
w zaspach tkwi.
Ale mimo
zmartwień z zimą –
żał tej zimy, zimy mi.*

Jeremi Przybora

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Poeta straszy nas okropieństwami zimy, ale w konkluzji stwierdza, że mu zimy żal!

Zima trwa w najlepsze, końca jej nie widać, ale ja mogę to stwierdzić stanowczo, nie będę jej żałować, kiedy się ona skończy.

Nie narzekam na nią z powodu śliskich nawierzchni i dziur w jezdniach, bo nie prowadzę samochodu. Co mi tam mrozy, bo przecież siedzę w domu. Tak samo obojętne są dla mnie śliskie chodniki!

Niestety, taka zima jak ta, którą przeżywamy, to dla mnie kolejne dni, bądź miesiące dodatkowego „uwięzienia” w domu! Wyjazd na ulice wózkiem inwalidzkim jest praktycznie uniemożliwiony.

Dlatego dla mnie to: „zima gnębi, zima grozi” i jeszcze raz podkreślam, nie będzie mi jej żal.

Rozumiem natomiast i szczerze zazdroszczę wszystkim tym, którym zimy będzie żal. A to ze względu na wypadki na narty, być może niekoniecznie w Tatrach czy Alpach, a tylko na pobliskie Kaszuby, gdzie poszusować można na stokach Wieżycy.

Uroki zimy to kulig za zaprzęgiem konnym w okolicznych lasach, frajda dla dzieciaków na spacerach z sankami, przyjemność lepienia bałwana. Wreszcie pokręcenie się na łyżwach po zamrożonej tafli jeziora czy glinianki. Wymieniać uroki zimy można bez końca!

Więc może tej zimy będzie trochę i mi żal.

A. Martynowski

Spotkania w Klubie Lekarza Seniora

● **2 marca 2011** – Zapraszamy lekarzy seniorów 2 marca 2011 o godz. 14.30 do Izby na comiesięczne spotkanie podczas którego prof. Arkadiusz Jawień, zgodnie z obietnicą dopowie, co znaczy „... i nie tylko...”. Będzie to więc kontynuacja zeszłorocznego (w październiku 2010) spotkania „Tętniaki jamy brzusznej i... nie tylko”, w której zabrakło czasu na tajemniczą część drugą zapowiedzianej wypowiedzi.

PRACA

NZOZ Polskie Centra Stomatologiczne „Dens” nawiąza współpracę z **lekarzem stomatologiem**. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Kontakt: tel. 52 3631278, 512 494 772, e-mail: prezes@dens.com.pl

Spółdzielnia Pracy Lekarzy Specjalistów „SANITAS” w Bydgoszczy zatrudni pilnie **lekarza okulistę**. Informacje i zgłoszenia, tel. 52 3224072, 508 355 447, 508 355 448 lub mail: sanitas@sanitas.pl

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

WYNAJME

Nowoczesne, komfortowe gabinety lekarskie w nowym budynku. Doskonała lokalizacja naprzeciwko MediaMarkt w centrum miasta, łatwy dojazd, parking, windy, rejestracja. Tel. kontaktowy: 692 473 989 lub 883 318 185.

GABINETY LEKARSKIE LUX do wynajęcia

- ◆ **3 gabinety lekarskie w pełni wyposażone po dermatologii kosmetycznej**, ul. Jagiellońska/Piotrowskiego (wyremontowana kamienica);
- ◆ **3 gabinety lekarskie (w tym ginekologiczny) w pełni wyposażone**, ul. Nakielska/Bronikowskiego (nowo wybudowany pawilon).

Kontakt 792 077 044

Dziękujemy Ci Droga Mario!

Serdecznie Ci dziękujemy za Twoją dla nas życzliwość i zawsze pomocną dłoń w naszych seniorowych kłopotach.

(...) A do tego symboliczny żółwik, który nigdy i nigdzie się nie spieszy i dlatego nieprzerwanie szczęśliwym życiem się cieszy!

Bierz z niego przykład, Miła a szczęście Ci nie uciecze. Nawet dawni filozofowie radzili: „festina lenta” – człowiecze. (...)

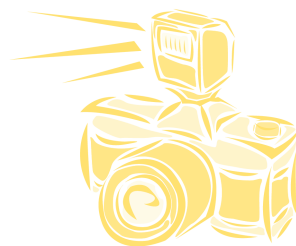
Zawsze dla Ciebie życzliwy i o Tobie pamiętający – **Klub Lekarza Seniora**



Maria Słupska – przebieg pracy zawodowej w Bydgosko-Pińskiej Izbie Lekarskiej i Bydgoskiej Izbie Lekarskiej: 01.09.1997 r. – początek pracy, najpierw na stanowisku pracownika sekretariatu, potem wdrażanie Rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich, od 01.04.1998 r. – zastępca kierownika Biura BPIL, od 16.11.1998 r. – kierownik Biura BPIL, od 01.04.2000 r. – kierownik Biura BIL, z dniem 31 stycznia 2011 odeszła na emeryturę.

Śląska Izba Lekarska ogłasza:

II Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy



Konkurs przeprowadzony będzie w następujących kategoriach:

- „Oczy widzą, serce czuje” ● „Człowiek w obiektywie” ● „Istota szczegółu”

Każdy lekarz może zgłosić do 3 powiększeń w formacie nie mniejszym niż 15×21 i nie większym niż 30×40 cm. Każda praca powinna być opatrzona na odwrocie godłem. Do zdjęć należy dołączyć opatrzoną godłem kopertę zawierającą dane autora zdjęć. Osoby które chcą z powrotem dostać swoje zdjęcia muszą dołączyć zaadresowaną kopertę zwrotną ze znacznikiem. Prace należy nadsyłać od 1 stycznia 2011 do 30 kwietnia 2011 roku na adres: Śląska Izba Lekarska, ul. Grażyńskiego 49a, 40–126 Katowice (z dopiskiem: „II Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy w Katowicach”). Uroczystość wręczenia nagród oraz wystawa prac na terenie ŚIL odbędzie się 3 czerwca 2011 roku (piątek). Regulamin konkursu dostępny na stronie internetowej: www.izba-lekarska.org.pl

PREZES Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o. ogłasza nabór na stanowisko

SPECJALISTY Z ZAKRESU PEDIATRII

- 1. Adres jednostki:** Szpital Powiatowy w Wyrzysku Sp. z o. o., ul. 22 Stycznia 41, 89-300 Wyrzysk, tel. (67) 286 26 22, fax 286 24 63, e-mail: szpitalwyrzysk@wp.pl <http://www.szpitalwyrzysk.com>
- 2. Wolne stanowisko:** starszy asystent – specjalista II° z zakresu pediatrii
- 3. Wymiar czasu pracy:** pełen etat (37 godz. 55 min. tygodniowo)
- 4. Wynagrodzenie:** oferujemy bardzo dobre warunki finansowe
- 5. Kontakt:** Prezes Zarządu, Dyrektor ds. lecznictwa, tel. kontaktowy: (67) 286 26 22