



PRIMUM NON NOCERE



21



22



23



24



25



26



27



28



29



30



31



32



33



34



35



36



37



38



39



40



41



42

Nasze dzieci

Szukajmy ich – poza okładkami (pierwsza i druga strona) także na str. 12; podpisy pod zdjęciami „schowane” są natomiast na str. 19.

Do zobaczenia!

Następny numer „Primum non nocere” ukaze się na przełomie sierpnia/września. Zatem do zobaczenia!

W NUMERZE

Z BIL

Ubezpieczenie ochrony prawnej	2
Od czerwca – dokumentacja wyłącznie według nowych zasad!	2
Najlepsi z LEP-u nagrodzeni przez NRL	2
Z Konferencji Młodych Lekarzy	3
Medici Homini	

czyli Lekarze Ludziom... .. 3

ODDZIAŁ Z HISTORIA...

W „BIZIELU”

INFORMUJEMY

Urolog laureatem „Medalu za zasługi dla rozwoju polskiej ultrasonografii”	6
Szanujemy fundacje... ..	6

TAK MYŚLĘ

WSPOMINAMY...

PASJE

Navigare necesse est... ..	9
Motocyklem przez Himalaje	10

Z CM UMK

NOWE W NAUCE

SPOTKANIA...

PARAGRAFY I PRZEPISY

Udostępnianie dokumentacji medycznej	16
Kasy fiskalne po starcie!	17

FELIETON I... DZIECI

W PIGUŁCE

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

„Kto panią/pana operował?! Niech wróci pani/pan tam, skąd panią/pana przywieźli! Nie będę naprawiał tego, co tam zawalili!” To są najczęściej przytaczane zdania w skargach kierowanych do Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej. Nasuwa się więc pytanie, czy powszechnie panująca w naszym społeczeństwie opinia o solidarności zawodowej lekarzy jest prawdziwa? A może wypowiadane opinie są, delikatnie mówiąc, nierzetelne i służą dyskredytowaniu innego lekarza w celu budowy własnego dobrego wizerunku?

Następna grupa lekarzy buduje swój zawodowy „obraz” wygłaszając uwagi podczas wizyt ogólnolekarskich na oddziałach w obecności leżących chorych i pielęgniarek. Treść tych wypowiedzi zwykle jest bez zarzutu, natomiast odpowiednio dobrane brzmienie i timbre głosu wskazują na popełnione błędy lekarskie. Chory, dla którego wizyta tak dużej grupy lekarzy jest bardzo stresująca, zostaje jeszcze bardziej zestresowany i zastanawia się często, czy „oddał się we właściwe ręce”. „Kiedyś” organizowano konsylia lekarskie, podczas których omawiano ewentualne trudności diagnostyczne, proponowane sposoby leczenia i powikłania, a następnie ordynator lub lekarz leczący (obecnie określany jako prowadzący – co nie jest prawdą, bo zwykle wykonuje polecenia lub prowadzi salę, a nie chorych), przedstawiał choremu uzgodnione wcześniej informacje o jego stanie zdrowia.

Z przykrością należy zauważyć, że wielu otwarcie krytykuje umiejętności zawodowe u lekarzy zatrudnionych w szpitalach lub klinikach akademickich, a „akademicy” dyskredytują wiedzę i sposoby leczenia lekarzy z mniejszych ośrodków.

Opisane wyżej zjawiska dotyczą wszystkich specjalności, bez względu na zajmowane stanowisko i posiadane tytuły naukowe. Większość z nas oburza negatywne opinie o naszej grupie zawodowej, ale czyż nie podcinamy nie tylko gałęzi, na której siedzimy, ale całego drzewa? W Kodeksie Etyki Lekarskiej są dokładnie opisane zasady postępowania w razie stwierdzenia błędu w leczeniu, sposoby informowania chorych o leczeniu, jak i wystąpieniu powikłań. Kodeks reguluje również w odpowiednich rozdziałach stosunki wzajemne między lekarzami, zasady postępowania w praktyce lekarskiej, w społeczeństwie. Bardzo miłe wspominać moich nauczycieli zarówno z uczelni medycznej, jak i pracujących ze mną starszych kolegów – lekarzy, którzy z niezwykle dużą kulturą zwracali mi uwagę na moje błędy i otaczali opieką w czasie szkolenia zawodowego, jednocześnie ucząc samodzielności w sprawowaniu zawodu. Po operacji potrafili powiedzieć: „Świetnie Pan sobie radzi! Jeśli mogę, to proponuję cię do tego typu zabiegu wykonać bardziej bocznie.”

Szanowne Koleżanki i Koledzy! Jeśli mogę, to proponuję przywrócić szacunek i godność naszego zawodu.

Dr n. med. Stanisław Prywiński

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej



BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Redakcja: e-mail: primum@bil.org.pl, agnieszka.banach@hipokrates.org tel. 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 Szczepny;
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, prof. Jan Styczyński.
CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Przewodniczący Rady
Programowej: Wojciech Szczepny, 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



Ubezpieczenie ochrony prawnej

Pacjentom przybysza praw, a lekarzom - obowiązków i odpowiedzialności. W konsekwencji, coraz częściej nieporozumienia na linii lekarz – pacjent kończą się na sali sądowej. Z tego powodu Bydgoska Izba Lekarska przyjęła zaproszenie na, zorganizowaną przez Fundację Edukacji Ubezpieczeniowej przy Rzeczniku Ubezpieczonych i Naczelną Radę Adwokacką, konferencję zatytułowaną „Ubezpieczenie ochrony prawnej – prawnik dla przezornego Polaka”.

Celem konferencji, na której głos zabrali m.in.: Halina Olendzka – Rzecznik Ubezpieczonych, Krzysztof Kwiatkowski – Minister Sprawiedliwości, Katarzyna Łakoma – Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, Andrzej Zwara – Prezes Naczelnej Rady Adwokackiej, a także przedstawiciele towarzystw ubezpieczeniowych posiadających w swojej ofercie ubezpieczenia ochrony prawnej, było poinformowanie o specyfice tego typu ubezpieczeń i korzyściach płynących z ich posiadania.

Ubezpieczyciele oferujący ochronę prawną, w zamian za regularnie płaconą składkę, zapewniają m.in. refundację kosztów sądowych, kosztów postępowania egzekucyjnego, poręczenia majątkowego, kosztów strony przeciwnej (w przypadku przegranej) jak również kosztów usług dowolnie wybranych adwokatów i radców prawnych – zarówno na etapie przesądowym (co może pozwolić uniknąć procesu), jak i sądowym.

Ubezpieczenie ochrony prawnej gwarantuje refundację wyżej wymienionych kosztów jedynie w zakresie problemów prawnych, których zostały wymienione w polisie. Niestety póki co, żadne z obecnych 16 maja na warszawskiej konferencji towarzystw ubezpieczeniowych nie zaproponowało ochrony prawnej obejmującej wszystkie problemy związane z pełnieniem zawodu lekarza (Np. Inter oferuje lekarzom ochronę prawną jedynie w zakresie sporów związanych z błędem lekarskim). Bardziej szczegółowe informacje o nowych propozycjach ubezpieczeń dla lekarzy znajdziecie Państwo w numerze sierpniovo/wrzesniowym.

Magdalena Godlewska

Przypominamy!

Od czerwca – dokumentacja wyłącznie według nowych zasad!

Od 1 stycznia 2011r. obowiązuje nowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania opublikowane w Dzienniku Ustaw Nr 252 pod pozycją 1697.

Reguluje ono zakres i tryb prowadzenia dokumentacji medycznej dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, takich jak zakłady opieki zdrowotnej, lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej oraz grupowej praktyki lekarskiej, a także pielęgniarki i położne udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej, indywidualnej specjalistycznej lub grupowej praktyki pielęgniarki i położnej. Również odnosi się do dokumentacji prowadzonej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę lub higienistkę szkolną udzielających świadczeń zdrowotnych uczniom.

Zgodnie z § 87 omawianego Rozporządzenia, dopuszcza się prowadzenie dokumentacji w sposób określony w przepisach dotychczasowych przez okres 6 miesięcy od dnia wejścia w życie nowych przepisów. (na temat dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej pisaliśmy w „Primum” 4 (237), dzisiaj – „Udostępnianie dokumentacji medycznej” na str. 16)

Zapraszamy do udziału

w VI Zjeździe Naukowym Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ręki

Bydgoska Izba Lekarska informuje, że organizatorzy VI Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ręki wyrazili zgodę na bezpłatny udział 5-ciu chętnych lekarzy rezydentów, członków Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Zjazd odbędzie się w dniach **15–17 września 2011 r.** w Filharmonii Pomorskiej w Bydgoszczy. Prosimy o zgłaszanie się chętnych do wzięcia udziału w konferencji.

Zapisy przyjmuje mgr Karina Lemanik-Dolny w biurze BIL od poniedziałku do czwartku w godz. 8.00–16.00, tel. (52) 346 07 80 wew. 12, szkolenia@bil.org.pl

Warunkiem uczestnictwa są uregulowane składki członkowskie.



Inicjatywa naszej Izby zrealizowana!

Najlepsi z LEP-u nagrodzeni przez NRL

21 marca 2011 r. – dr Stanisław Prywiński, Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej wystosował pismo do **dr n. med. Macieja Hamankiewicza Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej**.

„Zwracam się do Pana z wnioskiem o ustanowienie nagrody przyznawanej przez Naczelną Radę Lekarską dla lekarzy lub lekarzy dentyistów za najlepszy uzyskany wynik Lekarskiego Egzaminu Państwowego lub Lekarsko – Dentyistycznego Egzaminu Państwowego.

Okręgowa Rada Lekarska Bydgoskiej Izby Lekarskiej w 2008 r. ustanowiła dyplom i nagrodę pieniężną w wysokości 1500 zł za najlepszy wynik LEP/ LDEP. Nagroda przyznawana jest członkom Bydgoskiej Izby Lekarskiej za najlepszy wynik uzyskany w danej sesji.

Przyznanie nagrody przez Naczelną Radę Lekarską byłoby wyróżnieniem dla najlepszego wyniku uzyskanego w całym kraju.”

W liście tym Prezes BIL podkreślił też, że w sesji wiosennej 2011 najlepszy w Polsce wynik z LEP-u (87,9% – 174 punkty / 198 możliwych) uzyskał członek Bydgoskiej Izby Lekarskiej – Grzegorz Kurpanik, absolwent Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

I stało się. 13 maja br. na posiedzeniu NRL zostały wręczone nagrody za najlepiej zdany LEP i LDEP w 2011 roku w sesji wiosennej. Nagrodę w wysokości 3500 zł otrzymało pięć osób: trzech lekarzy za LEP i dwóch lekarzy dentyistów za LDEP. Prezydium NRL postanowiło również zwrócić się do NRL z wnioskiem o ustanowienie takich nagród na następne lata.

Nagrodzeni zostali

Lekarze:

Grzegorz Kurpanik – Bydgoska Izba Lekarska, ukończył Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu; staż: 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Bydgoszczy; LEP zdał z wynikiem 174 punkty

Maria Żywicka – Wielkopolska Izba Lekarska; ukończyła Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu; staż: Szpital Wojewódzki w Poznaniu; LEP zdała z wynikiem 173 punkty

Anna Smukowska – Wielkopolska Izba Lekarska; ukończyła Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; staż: Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego UM w Poznaniu; LEP zdała z wynikiem 173 punkty

Lekarze dentyści:

Marta Gibas – Wielkopolska Izba Lekarska; ukończyła Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; staż: NZOZ Wildecka Przychodnia Stomatologiczna „Wildecka” S.C.; LDEP zdała z wynikiem 169 punktów

Bartłomiej Górski – Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, ukończył Warszawski Uniwersytet Medyczny; staż: Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus – Centrum Leczenia Obrażeń w Warszawie; LDEP zdał z wynikiem 169 punktów



Fot. M. Janikowski – Naczelnia Izba Lekarska

Grzegorza Kurpanika poprosiłam o to, aby odpowiedział też na kilka moich pytań. I odpowiedział.

Grzegorz Kurpanik – kilka słów o sobie:

Pochodzę z Bytowa na Kaszubach. W moich okolicach bardziej naturalnym kierunkiem wyboru studiów jest Gdańsk. Początkowo również wiązałem swoją przyszłość z tym miastem, trafiłem jednak do Bydgoszczy i nie żałuję tego. Zawsze interesowałem się naukami biologicznymi, poza tym z racji, że nie należałem do pracujących, potrzebowałem studiów, które zmotywują mnie do pracy nad sobą. W Liceum byłem przeciętnym uczniem, studia medyczne były dla mnie szokiem. Z czasem, gdy przybywało przedmiotów klinicznych, studia stawały się coraz przyjemniejsze.

Najbardziej interesuję się kardiologią. Bardzo cenię w niej możliwość połączenia medycyny zabiegowej z całościowym podejściem do pacjenta.

LEP kosztował mnie sporo wysiłku, jak większość stażystów. Wiedziałem, że wybierając się na kardiologię, muszę osiągnąć bardzo dobry wynik, cel był pozytywną motywacją do nauki. Egzamin o tak szerokim zakresie uniemożliwia idealne przygotowanie – dużo zależy od tego, ile się zapamiętało z wcześniejszej nauki – i od szczęścia.



Z Konferencji Młodych Lekarzy

W dniach 13.05.–15.05.2011 r. odbyła się w Olsztynie jubileuszowa XX Konferencja Młodych Lekarzy. Poruszono wiele spraw związanych ze szkoleniem się młodych lekarzy, zarówno na stażu podyplomowym, jak i w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, w tym m.in. kwestię dyżurów medycznych, realizacji programów specjalizacyjnych, staży cząstkowych, jak i ewentualnego przedłużenia czasu specjalizacji.

Szczególnie dużo uwagi poświęcono projektom zmian w systemie zdrowia – jak wyglądały pierwotnie, jakie lekarze mieli co do nich wątpliwości, gdzie udało się przełamać stanowisko samorządu, a gdzie nie było takiej szansy. Mówiono także o rozwoju lekarzy na polach innych niż praktykowanie medycyny, jak zarządzanie, dydaktyka, czy praca naukowa.

W podsumowaniu konferencji młodzi lekarze wystosowali postulat, o których będzie można przeczytać w kolejnym numerze „Primum non nocere”. W związku z poruszonymi problemami Komisja Młodych Lekarzy przy Bydgoskiej Izbie Lekarskiej prosi wszystkich stażystów oraz lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne o zgłaszanie wszelkich nieprawidłowości pojawiających się podczas odbywania stażu bądź specjalizacji.

lek. staż. Roksana Świeciak, lek. staż. Bartosz Kozłowski

Medici Homini

czyli Lekarze Ludziom...

Przy Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu powstał projekt pomocy humanitarnej w krajach rozwijających się, ze szczególnym uwzględnieniem pomocy medycznej. Studenci i młodzi absolwenci kierunku lekarskiego CM UMK postanowili połączyć siły i pomóc chętnym zorganizować wyjazd do krajów najbardziej potrzebujących. Zainteresowani będą mogli wyjechać do krajów trzeciego świata i tam, dzięki zakonnikom ze Zgromadzenia Ducha Świętego, pracować w szpitalach bądź ośrodkach zdrowia, wspomagając miejscową ludność, która niejednokrotnie ma bardzo utrudniony dostęp do opieki medycznej. Ponadto Projekt będzie m.in. wspierać wyposażenie odwiedzanych placówek medycznych w niezbędny sprzęt medyczny i lekarstwa, prowadzić w Polsce kampanie społeczne, dotyczące problemów krajów rozwijających się, a także propagować profilaktykę zdrowotną oraz przeciwdziałać uzależnieniom i patologiom społecznym.

Organizatorami Projektu są studenci: Katarzyna Gieryn oraz Kamil Świergosz oraz lekarz stażysta Bartosz Kozłowski. Radę Programową tworzą: z ramienia Zgromadzenia Ducha Świętego – Rektor Wyższej Szkoły Duchownej o. Marek Welkusz, z ramienia Bydgoskiej Izby Lekarskiej – lek. stom. Marek Rogowski, z ramienia CM UMK – prof. dr hab. Arkadiusz Jawień oraz dr n. med. Iwona Sadowska-Krawczyńska.

Wszystkich zainteresowanych tematem, chcących wyjechać, wesprzeć wyjazd wolontariusza, bądź w jakikolwiek inny sposób wspomóc Projekt prosimy o kontakt: mh@cm.umk.pl

W chwili obecnej poszukujemy także chętnych na wyjazd do kraju, gdzie sawanny porośnięte akacjami przechodzą w bezludne pustynie, a wśród ludności dominują plemiona koczownicze i pasterckie – do Mauretanii. Warunkiem wyjazdu jest znajomość języka francuskiego i płeć żeńska. Zainteresowanych prosimy o kontakt: mh@cm.umk.pl

stud. Katarzyna Gieryn,
stud. Kamil Świergosz,
lek. stażysta Bartosz Kozłowski.

Chirurgia w Żninie ma 80 lat!

Z okazji rocznicy 80-lecia Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala w Żninie w dniu 26.03.2011 aktualny zespół chirurgów i pielęgniarek zorganizował Zjazd, połączony z konferencją naukową Bydgosko-Toruńskiego Oddziału Towarzystwa Chirurgów Polskich. Uczestników zjazdu przywitał koordynator oddziału lek. med. Jerzy Rozmus.

Jubileuszu pogratulowali:

Dyrektor Szpitala lek. med. Aleksander Kmiećkowiak, profesor Arkadiusz Jawień – Prezes Bydgosko – Toruńskiego Oddziału TCHP, profesor Wojciech Jackowski, profesor Krzysztof Leksowski, dr n. med. Tomasz Zwolenkiewicz – Ordynator Oddziału Dziecięcego Szpitala w Żninie, dr n. med. Wojciech Hillemann – Ordynator Oddziału Wewnętrznego Szpitala w Żninie, Wójt Gminy Gąsawa – Zdzisław Kuczma oraz przedstawiciele innych działów medycznych szpitala i pozostali uczestnicy zjazdu.

Gratulacje przesłali:

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej – dr n. med. Stanisław Prywiński oraz profesor Waldemar Jędrzejczyk.

Konferencja:

Prezentowano na konferencji historię Oddziału, biografie kolejnych ordynatorów oraz prace z zakresu chirurgii jelita grubego, nowoczesnych metod rozpoznawania i leczenia nowotworów jelita grubego, omówiono też trudne i ciekawe przypadki cholecystectomii laparoskopowej (na materiale oddziału).

W konferencji uczestniczyli profesorowie klinik chirurgicznych z Bydgoszczy i Torunia: profesor hab. n. med. Arkadiusz Jawień, profesor hab. n. med. Marek Jackowski, dr hab. n. med. Krzysztof Leksowski – profesor UMK oraz inni znani specjaliści chirurgii: dr n. med. Zbigniew Banaszkiewicz i dr n. med. Maciej Michalik.

Prace i prezentacje wygłosili:

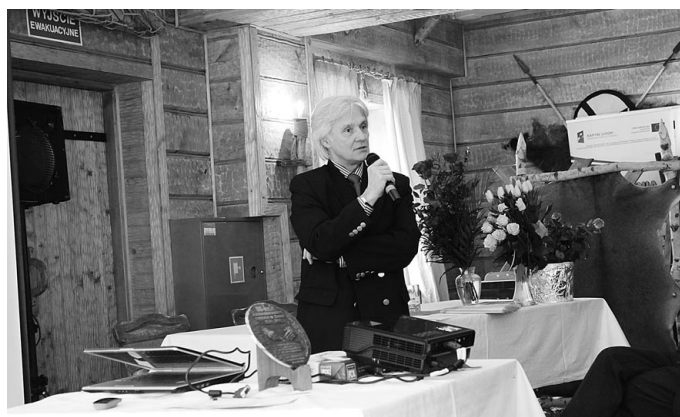
- Lek. med. Jerzy Rozmus – *Historia Oddziału Chirurgicznego Szpitala w Żninie.*
- Lek. med. Buchraya S-Cherif – *Ciekawe i trudne przypadki cholecystectomii laparoskopowej.*
- Lek. med. Masaoud Sousak – *Wczesne wykrywanie raka jelita grubego – Analiza wyników kolonoskopii wykonanych w oddziale w latach 2000–2010.*
- Dr n. med. Maciej Michalik – *Oddział Chirurgii Ogólnej i Chorób Naczyni Szpitala Specjalistycznego w Wejherowie, wiceprzewodniczący Sekcji Videochirurgii TCHP – Współczesne możliwości chirurgii małoinwazyjnej w leczeniu chorób jelita grubego i odbytnicy.*

Konferencję zakończono ciekawą dyskusją i wymianą doświadczeń.

Po obradach uczestnicy zwiedzili zabytkowy drewniany kościół św. Mikołaja w Gąsawie – o którym opowiedział bardzo ciekawie Proboszcz tamtejszej parafii. A wieczorem – miłe spotkanie uczestników, pracowników szpitala, zespołu chirurgii ogólnej, lekarzy i pielęgniarek.

Uczestnikom i wszystkim, którzy pomogli zorganizować zjazd – serdecznie dziękuję:

Koordynator Oddziału Chirurgicznego
Ogólnego Szpitala w Żninie
lek. med. Jerzy Rozmus



Leczenie trombolityczne udaru niedokrwinnego mózgu

Zawał mózgu stanowi około 85 % wszystkich udarów mózgu. Jest trzecią pod względem częstości przyczyną śmierci i główną przyczyną kalectwa wśród populacji osób dorosłych. Istotne znaczenie, dla poprawy rokowania i poprawy wyników leczenia chorych ze świeżym udarem niedokrwinnym ma leczenie swoiste za pomocą rekombinowanego tkankowego aktywatora plazminogenu (rtPA). W uaktualnionych wytycznych *European Stroke Organization* (ESO), opublikowanych w 2008 r., stosowanie dożylnego rtPA jest **postępowaniem standardowym**. Na podstawie opublikowanych w 1995 r. wyników badania NINDS (*The National Institutes of Neurological Disorders and Stroke*), które udowodniło skuteczność leczenia trombolitycznego, FDA zaakceptowało preparat rtPA – Alteplazę do stosowania w Stanach Zjednoczonych w 1996 r. Dopiero w 2002 r. doszło do rejestracji przez EMEA w krajach Unii Europejskiej, a w 2003 r. w Polsce. W sierpniu 2008 r. opublikowano w *The New England Journal of Medicine* badanie dotyczące leczenia trombolitycznego ostrego udaru niedokrwinnego od 3 do 4,5 godziny, które jeszcze rozszerzyło okno terapeutyczne. W Polsce w 2010 r. doszło do rejestracji Alteplazy **od 3 do 4,5 godziny** od początku objawów. Należy jednak bardzo mocno podkreślić, iż nie zwalnia to z jak najszybszego wdrożenia leczenia.

Ośrodki udarowe powinny wprowadzać wszystkich chorych do międzynarodowego rejestru SITS-ISTR (*Safe Implementation of Thrombolysis In Stroke – International Stroke Thrombolysis Register*), dzięki któremu powstała i jest nieustannie aktualizowana ogólnoswiatowa baza danych SITS-

-MOST (*The Multinational Safe Implementation of Thrombolysis In Stroke – Monitoring Study*).

W Oddziale Neurologii i Leczenia Padaczki z Pododdziałem Udarowym Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr. Jana Bizieła stosujemy leczenie trombolityczne od 26 lipca 2006 r. Dotychczas zakwalifikowaliśmy ponad 160 pacjentów, co stawia nasz ośrodek w czołówce polskich ośrodków udarowych. Nasze wyniki dotyczące skuteczności, jak również bezpieczeństwa i śmiertelności, są porównywalne z danymi polskimi i światowymi.

Jednym z niezwykle istotnych elementów prawidłowego, sprawnego funkcjonowania opieki nad chorym z udarem mózgu, który jest stanem nagłym, jest **opieka przedszpitalna**, czyli pogotowie ratunkowe i lekarze rodzinni oraz świadomość społeczeństwa.

Aktualnie na całym świecie kładzie się ogromny nacisk na usprawnienie działalności opieki przedszpitalnej, wykorzystując między innymi telemedycynę (np. w Finlandii). Dąży się do maksymalnego skrócenia czasu dotarcia do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, przy kwalifikacji jak największej liczby chorych. W kwietniu br. odbyły się warsztaty *Stroke Expert Workshop*, podczas których dyskutowano nad trudnościami i możliwościami poprawy funkcjonowania właśnie opieki przedszpitalnej oraz podkreślano rolę, głównie lekarzy rodzinnych, ale też massmediów, w budzeniu świadomości ludzi.

Większości chorych i ich rodzin nie są znane objawy, które wskazują na wystąpienie ostrego incydentu niedokrwinnego. Dlate-

go też cały czas należy podkreślać konieczność nieustannej edukacji społeczeństwa – wiedza o udarze mózgu, jego objawach i konsekwencjach zaniechania natychmiastowej interwencji medycznej jest nadal zbyt mała.

Niedokrwienie mózgu podejrzewamy w przypadku osłabienia siły mięśniowej kończyn, połowicznych zaburzeń czucia, zaburzeń mowy pod postacią trudności w rozumieniu i/lub wypowiedaniu słów, zaburzeń widzenia, zawrotów głowy i zaburzeń równowagi, szczególnie gdy pojawiają się z wymiotami i zaburzeniami połykania.

Do naszego Oddziału Medycyny Ratunkowej pacjenci zazwyczaj trafiają w ciągu 65 min. Natomiast czas potrzebny na zdiagnozowanie i kwalifikację chorego do leczenia trombolitycznego („door-to-needle time”) wynosił 67 min. (mediana), co stanowi wynik lepszy od danych ogólnopolskich i porównywalny z danymi światowymi.

Coraz więcej oddziałów udarowych w naszym województwie stosuje leczenie trombolityczne, dzięki czemu większa liczba chorych, w krótszym czasie ma szansę otrzymać możliwość leczenia swojego zawału mózgu.

Leczenie trombolityczne daje znacznie większą szansę na uzyskanie pełnej samodzielności chorego, zmniejsza stopień niepełnosprawności i śmiertelność, a tym samym zmniejsza odsetek osób z trwałym kalectwem i potrzebą pomocy osób innych.

Dziękujemy wszystkim, którzy z nami współpracują, co przekłada się na wzrastającą liczbę wyleczonych, sprawnych pacjentów.

Magdalena Konieczna-Brazis



Na zdjęciu: Zespół lekarski Oddziału Neurologii i Leczenia Padaczki z Pododdziałem Udarowym Szpitala Uniwersyteckiego nr. 2 im. dr. J. Bizieła. Stoją od lewej: Marta Wyszowska, Krzysztof Stomiński, Joanna Szeffe, Karolina Lizińska, Violetta Palacz-Duda – zastępca ordynatora, Iwona Madejowska, Magdalena Konieczna-Brazis, Paweł Lisewski, Paulina Sobieszak-Skura, dr n. med. Barbara Mastowska-ordynator, Józef Kościelniak, Milena Switońska, Piotr Pleszka

Przeglądając „Wiadomości Akademickie” (pismo Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy) natrafiłam na informację, która wcześniej nam umknęła. Nadal jednak pozostaje aktualna!

Urolog laureatem „Medalu za zasługi dla rozwoju polskiej ultrasonografii”



Podczas X Jubileuszowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego (17–19 czerwca ubr. na UJ w Krakowie) – w uroczystej jego części, uhonorowano szczególnie zasłużonych dla ultrasonografii. W trakcie otwarcia odbyło się uroczyste nadanie godności członka honorowego sześciu uczonym. Dwa inne wyróżnienia dotyczą naszego środowiska: przyznano po raz kolejny **Nagrodę im. Prof. Zdzisława Boronia** za najlepszą pracę doktorską obronioną między Zjazdami PTU (otrzymał ją dr Maciej Jędrzejczyk). W trakcie inauguracji Zjazdu wręczono pięciu osobom „Medale za zasługi dla rozwoju polskiej ultrasonografii”. W tym wybranym gronie jest dr n. med. **Janusz Tyloch** z Kliniki Urologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy. Serdecznie gratulujemy!



Szanujmy fundacje...

10. rok istnienia w Szpitalu im. J. Biziela Kliniki Kardiologii (do 2009 – Oddziału Kardiologii) i 15 lecie działalności Fundacji na Rzecz Rozwoju Kardiologii stały się okazją do uroczystego podziękowania za przekazanie Klinice darowizn w latach 2009–2010.

18 kwietnia, na kameralnym spotkaniu w Klinice Kardiologii zebrali się: członkowie rady Fundacji na Rzecz Rozwoju Kardiologii, zarząd Szpitala Uniwersyteckiego nr. 2 i pracownicy Kliniki. Po powitaniu zgromadzonych przez kierownika Kliniki – prof. dr hab. n. med. Władysława Sinkiewicza, przewodniczący Fundacji – mgr inż. Ryszard Popowski oficjalnie przekazał darowizny na ręce Dyrektora Szpitala – dr Wandy Korzyckiej-Wilińskiej.

Fundacja wspomogła Szpital im. J. Biziela ok. milionem złotych. M.in. finansowała badania i szkolenia naukowe, zakupiła nowoczesną aparaturę kardiologiczną, umożliwiła powstanie Zakładu Diagnostyki Kardiologicznej, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Oddziału Kardiologii i przyczyniła się do powstania Pracowni Hemodynamiki. Wspiera również Wojewódzki Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Niewydolności Serca.



Spotkanie w Klinice Kardiologii było też okazją do wręczenia Dariuszowi Drzewieckiemu i Wojciechowi Pihucie listu gratulacyjnego i diamentowej statuetki Przyjaciela Fundacji Rozwoju Kardiologii.

Pod koniec, nastąpiło otwarcie wystawy fotografii dr n. med. Roberta Bujaka – adiunkta Kliniki Kardiologii. Jego zdjęcia, w większości portretujące naturę, umieszczono w ogólnie dostępnym miejscu – na korytarzu Kliniki. Myślę, że pacjentom, tak jak wszystkim uczestnikom spotkania, wystawa przyniesie dużo radości. Mam nadzieję, że skupienie się na pięknie, zarówno zdjęć, jak i przedstawionej na nich przyrody, pomoże pacjentom oderwać się od zmartwień i szybciej wrócić do zdrowia.

Magdalena Godlewska



Egipskie piwo i przeszczepty

Dwa lata temu w Asuanie, po dokonaniu zakupu pamiątek na miejscowym targu (gdzie nawiasem mówiąc oszukano mnie na mniej więcej 20 zł wydając zamiast funtów – piastry), poczułem, co dość charakterystyczne dla panującego tam klimatu, pragnienie. W jednym z dziesiątek sklepików ujrzałem puszkę z napojami, wśród których było egipskie piwo. Moje zdziwienie wzbudziła papierowa torebka, w którą sklepikarz owinał puszkę z owym, o nieznanym mi wówczas smaku, napojem. Opuściwszy sklep zacząłem sączyć ów napój, którego smak jak się okazało, przypominał piwo sprzedawane w polskich GS-ach w latach 70-tych. Nagle podbiegł do mnie jakiś człowiek, wykrzykując łamaną angielszczyzną, abym zaprzestał picia, gdyż jest ramadan. Jak jego wzrok przeniknął papier torebki – nie wiem do dziś. Odpowiedziałem mu grzecznie, że jest to jego ramadan, a ja nie zmuszam go do – przykładowo – poszczenia w Wielki Piątek. Chyba jednak go nie przekonałem, gdyż nadal wykrzykiwał coś w języku arabskim, a co mnie bardziej zaniepokoiło, słowa swoje kierował do grupki podobnych mu ludzi, wskazując na mnie. Pospieszenie dopiłem piwo i przyspieszyłem kroku. Wrzawa została gdzieś za mną.

Obraz ten stanął mi przed oczami, gdy – nieco się spóźniwszy – zaszedłem na zorganizowane przez prof. Włodarczyka i mgr Wodorską, spotkanie ze Świadcami Jehowy w temacie przetaczania krwi i przeszczepty. Przypominałem go sobie, gdy prof. Włodarczyk, próbował definiować autonomię człowieka i powiedział (całkiem słusznie), że kończy się ona tam, gdzie zaczyna się autonomia drugiego. Ów Egipcjanin próbował naruszyć moją autonomię, zakazując mi picia piwa w okresie, gdy on nie pija piwa (w ogóle) a napojów jakichkolwiek od świtu do zmierzchu.

Powstało pytanie, czy lekarz może naruszać autonomię pacjenta, stosując paternalistyczny model medycyny. Odpowiedź jest oczywista: nie może. Nie może też pytać o przyczynę takiego, czy innego postępowania lub odmowy danej terapii. Prof. Włodarczyk zapytał wprost jednego z Kolegów, jak by postąpił wiedząc, że nieprzytomny chory w rozmowie przeprowadzonej wcześniej nie życzył sobie reanimacji. Odpowiedź miała być rzecz jasna: odstąpię, tak, jak (w domyśle) uszanuję samobójczą w efekcie, decyzję Świadka Jehowy o odmowie transfuzji.

No dobrze – pomyślałem, a założymy że pogotowie przywiozło samobójcę, mężczy-

znę w wieku 34 lat, z rozsianym procesem nowotworowym, przy którym znajdujemy list pisaný kilka dni wcześniej (a więc nie afekt!), w którym żąda on, aby go w żaden sposób nie ratować. Decyzję przemyślał i takie są jego przekonania. Ratujemy go?

Powstaje zatem problem wyznaczenia prawnej granicy. Czym różni się przekonanie, że w Biblii jest zakaz transfuzji od decyzji o samobójstwie z ważnych powodów? Tym, że uważamy to za przekonanie religijne, a ponadto uważamy że tylko Bóg decyduje o losie człowieka? Inni „czytelnicy” Biblii zgoła inaczej interpretują jej zapisy. Więc ja powiem tak: jeśli ktoś nie chce być leczony w taki czy inny sposób, a jest zdrowy psychicznie – ma do tego pełne prawo. Nawet jeśli spowoduje to jego śmierć. Warunkiem musi być dokument pisemny to potwierdzający lub oświadczenie przy świadkach. I tyle. Nieważne, czy wynika to z nauk Jehowy, Allacha czy osobistego przekonania, że chirurgia jest szkodliwa. Tutaj padło z sali pytanie – komentarz dotyczący zachowań Świadców Jehowy. Pytająca stwierdziła, że jeśli ktoś odmawia chemioterapii, właściwie nikt go nie szokuje, czy dziwi się. Inaczej – zdaniem owej pani – jest w przypadku wyznawców owej wiary. Pominę rzecz jasna jakże często przywoływaną, a jakże „zgodną” z rzeczywistością „polską tolerancję”. Jednak w przypadku odmowy chemii rzadko padają argumenty natury religijnej, a raczej strach przed wymiotami, tysieniem, złym samopoczuciem. Szczerza i dobra rozmowa może spowodować poddanie się leczeniu. W przypadku względów religijnych – nigdy.

Idźmy dalej. Pytanie zasadnicze: (nawiasem mówiąc będące poniekąd tematem konferencji) jak lekarze mają zachowywać się wobec takich sytuacji. Sądzę, że tak jak napisałem wyżej, czyli staropolskie: „wolność Tomku w swoim szpitalu”. Tylko zwołnij mnie, jako lekarza i człowieka z odpowiedzialności za to, że lektura Koranu lub Biblii przywiodła cię do przekonania, że nie możesz np. leczyć się digitalisem. Albo, że po prostu nie chcesz się leczyć, bo coś tam. Myślę jednak, że każdy lekarz powinien przynajmniej dotrzeć „do ściany” nim zupełnie zrezygnuje z odpowiedniej kuracji, uzyskując wyżej wspomniane odpowiedzi.

Jest jednak jeden wyjątek, którego ja będę zawsze przestrzegał. To dzieci. Otóż myślę – będę się nawet upierał, że mam rację – że nie ma dziecka – Świadka Jehowy,

dziecka – muzułmanina czy dziecka – katolika. Są tylko dzieci rodziców owych wyznań. Dziecko będąc już dorosłym może zmienić wiarę, porzucić ją lub pozostać w wierze ojców. Gdyby w imię ludzkiej interpretacji Biblii zmarło, powiedzmy po urazie śledziony po upadku z rowerka, nie mogłoby podjąć takiej decyzji. I tyle w tym temacie, jak mawiał jeden z prezydentów. A może jeszcze to, że o ile w planowaniu leczenia z wyłączeniem aspektów religijnych młodzież po 16. roku życia może współdecydować, tak w przypadku jakichkolwiek przesłanek religijnych zagrażających zdrowiu lub życiu młodego człowieka, jestem przeciw takiemu postępowaniu. Czemu? Otóż śmiem twierdzić, że decyzje o odmowie transfuzji, zwłaszcza w obliczu zagrażającej śmierci nie są do końca autonomiczne. W przypadku młodego człowieka jeszcze bardziej.

Lekarz winien wychodzić naprzeciw prośbom i sugestiom pacjenta, starając się tak leczyć, aby obie strony były zadowolone. Czasami jednak jest to niemożliwe. Wchodzimy tu w kwestię choćby klauzuli sumienia, która jest oddzielnym tematem.

Na konferencji przedstawiono zabiegi, jakie można wykonać bez przetoczenia krwi. Tak, zgoda, można nawet pewnie przeszczyć serce. Ale pamiętajmy, że prace naukowe podają albo case reports albo oscylują wokół szczytu krzywej Gaussa.

Na koniec jeszcze jeden problem, którego nie poruszono na konferencji (przynajmniej w czasie mojego w niej udziału). Problem finansowy. Przypuszczam, a nawet jestem, pewien, że stosowanie metod niekonwencjonalnych (obojętnie jakiej proveniencji) jest droższe. Mówię też o powikłaniach wynikających z niskiej wartości hemoglobiny na przykład, czy innych sytuacji, gdzie spełniono żądanie wynikające li tylko z przekonania religijnego. Powstaje zatem pytanie, kto ma płacić za przekonania religijne, czy jakiegokolwiek innego pacjenta, jeśli istnieje (udowodniona oczywiście naukowo) metoda tańsza, równie skuteczna i bezpieczna. Żeby była jasność – nie chodzi tylko o Świadców Jehowy. To ciekawy problem, zwłaszcza w obliczu mizerii polskich realiów.



Ja, nawiasem mówiąc, za piwo wypite w ramadanie zapłaciłem.

Tak już mam.

Wojciech Szczęsny

Doktor Witold Czechowicz

Zmarły dnia 4 marca 2011 roku dr Witold Czechowicz urodził się 5.06.1941 roku w rodzinie o tradycjach zarówno krakowsko-galicyskich, jak i medycznych. Jego Matka była lekarzem ginekologiem, wuj ze strony matki natomiast profesorem chirurgii. Studiował i specjalizował się w Krakowie pod okiem wybitnych profesorów, znakomitej krakowskiej szkoły chirurgicznej. Kliniczne „szlify”, które wówczas mu wpojono, pozostały potencjałem na całe życie zawodowe, stały się również jedną z najcenniejszych umiejętności, jakie przekazał swoim uczniom.

W Bydgoszczy zawitał w 1978 roku, obejmując ordynaturę, tworzonego właśnie Oddziału Chirurgii Onkologicznej w ówczesnym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym. Oddział ten po wielu reorganizacjach został przeniesiony do Centrum Onkologii, którego współtwórcą był dr Czechowicz, stając się w latach 1991–1996 jego Dyrektorem. To On, krok po kroku, uruchamiał poszczególne jednostki tego szpitala, dokonując pełnego jego rozruchu.

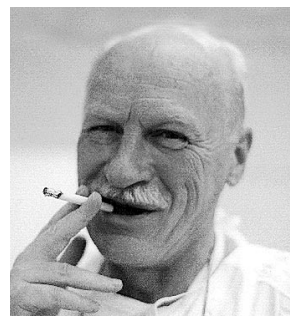
Znakomity chirurg, o niewiarygodnej wręcz intuicji medycznej, nadążający za rozwojem naukowym i umiejący wykorzystać

wać każde nowo zdobyte umiejętności. Kilkakrotnie przybywał na stażach naukowych, głównie we Francji. Zawsze pochylony nad chorym, jego cierpieniem i godnością.

Wyszkolił pokolenie wielu chirurgów – onkologów, dziś pracujących w ośrodkach onkologicznych naszego regionu. Był w środowisku onkologicznym osobistością znaną i poważaną w całym kraju. Stworzył – rzecz by można – „bydgoską szkołę chirurgii onkologicznej”. To chyba, wraz z rzeszami uratowanych pacjentów stanowi największą spuściznę Jego zawodowego życia.

Wielce On tę medycynę miłował, ale największą miłością Jego życia była Rodzina. Żona Danuta, Syn, 2 Córki i wnuki – to Jego życiowa ostoja i radość. Dla Nich żył i pracował. Obserwował jak wzrastają, kształcą i wchodzą w dorosłe życie. Ojciec i Głowa rodziny, autorytet – jak trzeba to i surowy – ale i najbliższy Przyjaciół. Ciepło, oddanie i stała troska o najbliższych towarzyszyły Mu przez całe życie.

Poza Rodziną i medycyną, trzecią miłością doktora Czechowicza było po



*Umarłych wieczność dotąd trwa,
dokąd pamięcią się im płaci*

Wisława Szymborska

prostu ŻYCIE. Umiał brać z niego całymi garściami. Cieszyło Go wszystko. Znał języki obce, najlepiej – język francuski, dużo podróżował, z literaturą zawsze za „Pan Brat”, często gościł w operze. Zapalony narciarz – nie było sezonu zimowego, którego nie spędziłby w ulubionych górach. Lubił sporty wodne, ostatnio zwłaszcza żeglarstwo. Zawsze dowcipny, żartobliwy, umiejący się bawić i w uroczy sposób zjednywać przyjaciół, dusza towarzystwa i gejzer dobrego humoru. I zawsze z nieodłącznym, niestety, papierosem.

Grono najbliższych przyjaciół, które dziś Go opłakuje, tęskni już za Nim niewymownie. Wielce nam Go będzie wszystkim brakować.

*W imieniu Jego Uczniów i Przyjaciół
Mariola Brodowska i Tomasz Mierzwa*

25–27 sierpnia 2011 r.

• III Zjazd Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością



Tematyka Zjazdu „Różne oblicza otyłości” obejmie różne problemy nauk podstawowych związanych z otyłością, czynniki predysponujące, powikłania otyłości i jej leczenie. W programie Zjazdu m.in.: nauki podstawowe dla otyłości (genetyka, ośrodkowe i obwodowe mechanizmy regulujące pobór pokarmu i wydatek energetyczny, adipokiny – lipotoksyczność – insulinooporność); fenotypy otyłościowe u dorosłych i dzieci (ryzyko powikłań metabolicznych, determinanty); różne oblicza otyłości: zespół metaboliczny – odrębna jednostka chorobowa czy też stan przedcukrzycowy, nadciśnienie tętnicze, choroby naczyniowo-sercowe, cukrzyca typu 2, zaburzenia miesiączkowania i płodności, niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby, nowotwory, osteoporoza, uszkodzenia narządu ruchu, zaburzenia emocjonalne; czynniki determinujące rozwój otyłości, wytyczne postępowania w otyłości – dyskusja nad aktualizacją.

Miejsce: Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, 10-723 Olsztyn, Dybrowskiego 11

Partonat nad Zjazdem: JM Rektor Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego prof. dr hab. Józef Górniewicz, prezydent Miasta Olsztyna Piotr Grzymowicz

Przewodnicząca Komitetu Naukowego: dr hab. med. Magdalena Olszanecka-Glinianowicz

Prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością: prof. Barbara Zahorska-Markiewicz

Organizatorzy: Katedra Chorób Wewnętrznych, Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością, Wydawnictwo *Termedia*.

9–10 września 2011 r.

• Aktualne rekomendacje leczenia zaburzeń lipidowych



Na konferencję zaproszeni zostali wybitni eksperci z polski i zagranicy, m.in.: prof. Michael DAVIDSON (USA), prezes National Lipid Association, prof. John J. Kastelein (Holandia) oraz prof. Dimitri Mikhailidis (Londyn, UK).

Miejsce: Warszawa

Kierownik naukowy: prof. nadzw. dr hab. Maciej Banach

Termedia sp. z o.o., ul. Kleeberga 2, 61–615 Poznań, tel./faks +48 616562200, szkolenia@termedia.pl, www.termedia.pl

Navigare necesse est...

Jacek Śniegocki

Dwie pasje w moim życiu ukształtowały moją osobowość. Najważniejsza była medycyna, jako nauka, umożliwiająca niesienie pomocy ludziom najbardziej potrzebującym i z tego wywodzi się wybór specjalizacji – chirurgii onkologicznej. Praca zawodowa, pozwalająca urzeczywistnić tę pasję, dawała mi pełnię satysfakcji.

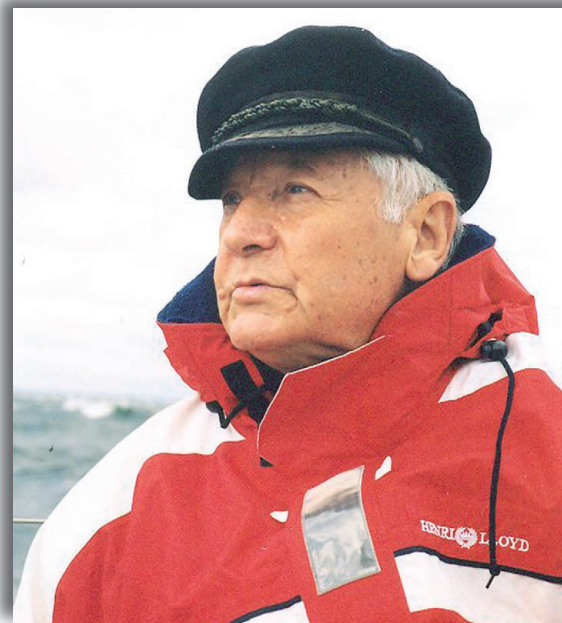
Drugie hobby to żeglarsstwo zapewniające mi obcowanie z naturą, morzem, wodą i wiatrem, pięknymi wschodami i zachodami słońca. Dawało mi to możliwość kontemplacji otoczenia szczególnie w ciemne noce, w czasie wacht nawigacyjnych, gdy jacht biegł po fali w czarną przepaść nocy, w przestrzeni bez granic, z nikłymi refleksami na wodzie światła nawigacyjnych czerwonych, zielonych i białych. Były chwile, że poziom adrenaliny skakał do góry, gdy w sztormach trzeba było walczyć o życie i o jacht, któremu groziły niebezpieczeństwa. Nagradzało nas piękno słonecznych dni, kąpiele na środku bezbrzeżnego morza i nieznane porty pełne zabytków, katedr, muzeów, czasami wąskich, krętych uliczek jakiejś kasby, a czasem nieprzewidziane zdarzenia, jak na przykład piękny, przypadkowo wysłuchany koncert organowy Bacha w kościele św. Jakuba w Lubece, w kościele o liniach starego wysokiego gotyku. Koncert, który jeszcze po 30 latach brzmi w moich uszach i mojej duszy.

Pierwsze moje ciągoty do wody i żagli urzeczywistniły się w korycie do tłuczenia ziemniaków w 8. roku życia, w majątku należącym do Sióstr Zmartwychwstańek z Lassek, noszącym wdzięczną nazwę Pieścidła. Uprawdzałem potajemnie wspomniane koryto, przybiłem ławeczkę, na kiju wyciętym w leszczynie powiesiłem „wspaniały” żagiel z Inianego prześcieradła i posługując się wiosłem sterowym, puściłem się w rejs z wiatrem do przeciwnego brzegu, oddalonego o oko-

ło 100 m. Pod wiatr do brzegu nawietrznego, musiałem ciągnąć za pomocą sznurka swojego korabia na burłaka naokoło jeziora, tańcząc się w brudnej, mulistej przybrzeżnej wodzie, by móc powtórzyć pływanie z wiatrem. Te rejsy skończyły się niechlubnie, w drodze ręcznej perswazji, na wysokości, gdzie kończy się kręgosłup, a zaczynają nogi.

Pierwsze szkolenie żeglarskie otrzymałem na Wiśle w Warszawie w latach okupacji, na sprzęcie żeglarskim należącym do przystani „Philips” na praskim brzegu. Były to ukradkowe spotkania na wodzie, wbrew intencjom okupanta. Akcję prowadził znany instruktor żeglarstwa Kazik Demboski, z którym spotkałem się ponownie po wojnie w 1946 r. na wodach Zalewu Szczecińskiego.

Prawdziwą przygodę żeglarską rozpocząłem w Szczecinie w latach 1945–1947, będąc drużynowym 5. Drużyny Sokołów Wodnych, sławnej Czarnej Piątki. Na cudem zdobytym i wyremontowanym sprzęcie poniemieckim pływaliliśmy po Odrze, Jeziorze Dąbskim i Zalewie Szczecińskim. Było to pływanie na dziko, bez żadnych uprawnień, rejestracji sprzętu i, co trzeba przyznać, bez potrzebnych kwalifikacji. Tylko Łaska Boża i harcerska zaradność sprawiły, że obeszło się bez nieszczęść i awarii. Na szczupłym sprzęcie żeglarskim drużyny w lipcu 1946 r. zorganizowałem i przeprowadziłem obóz żeglarski na Zalewie Szczecińskim w Międzywodziu, w okolicy Nowego Warpna. W czasie spływu Odrą ze Szczecina do miejsca obozowania musieliśmy unikać i kryć się przed, na szczęście nielicznymi, pływającymi jednostkami radzieckimi, które zachowywały się agresywnie. Pierwszą noc na tarasie spędziliśmy w trzcinach wśród masy gryzących komarów. Rano przyniósł wybawienie. Zgodniałe załogi trzeba było jakoś nakarmić, a w pobliżu słychać było ujadającego psa w gospodarstwie. Z kanką i torbą wybrałem się po prowiant. Jakże było moje zdzi-



wienie, gdy po sforsowaniu 300 m łąki zauważyłem tabliczkę – „Uwaga miny”. U Polaka gospodarza dostałem mleko i chleb, ale strach było wracać. Starając się stawiać stopy na pozostawionych śladach, doszedłem do łodzi, owacyjnie witany przez głodnych harcerzy. Na drugi dzień dobiliśmy do cypla naprzeciw Nowego Warpna, miejsca przeznaczonego na obozowanie. Po zgłoszeniu obozu w milicji, z uwagi na obszar nadgraniczny zagrożony przez Wehrwolf, obóz został wyposażony w trzy karabiny typu „Mauzer” i ostrą amunicję. Przez cały miesiąc biwakowania pływaliliśmy i szkoliliśmy żeglarzy. Nawiązywaliśmy współpracę z Żeglarskim Obozem Akademickim, prowadzonym w sąsiedztwie, przez wspomnianego już instruktora żeglarstwa Kazika Demboskiego z Warszawy. Obozowanie zakończyliśmy szczęśliwie bez incydentów nadgranicznych.

Wnastępnym 1947 roku, prowadziłem obóz żeglarski w Dziwnowie nad morzem. Stacjonowaliśmy w bazie łodzi podwodnych – relikwie ostatniej wojny. W morze wychodziliśmy bez ograniczeń i zbędnych formalności. Pływaliliśmy w dzień i w nocy. Rozkoszowaliśmy się swobodą i morzem. Po zakończeniu obozu kilku z nas wzięło udział

Dokończenie na str. 18



Motocyklem przez Himalaje

Jerzy Rajewski



Pasma Himalajów przebiega w znacznej części przez północną część Indii. Tam znajdują się dwie najwyższe położone na świecie drogowe przełęcze; Khardung La (5602 m n.p.m.) i Tanglang La (5360 m n.p.m.). Taki był cel naszej wyprawy! Równie interesujące było, jak istnieją obok siebie dwie wielkie kultury; hinduska i tybetańska. Po zajęciu Tybetu przez Chińczyków prowincja Ladakh stała się drugim domem dla tysięcy uciekających z ojczyzny Tybetańczyków. Tam też mieszka Dalaj Lama.

W drodze na start

Uczestnicy ekspedycji poznali się w samolocie lecącym do New Delhi w pierwszych dniach czerwca: Iza, Jacek, Michał, Adrian i ja. Mariusza poznaliśmy na lotnisku. Tam również spotkaliśmy naszą piękną przewodniczkę Tizianę. Okazało się później, że ta drobna Holenderka wspinała jeździ motocyklem i jest doskonałym kompanem w drodze.

Indie, mimo nocnej pory, przywitały nas obezwładniającym upałem 35°C. Pierwszy etap to podróż bussem do Naggar. Około 700 km indyjskimi drogami u podnóża Himalajów. Mimo nocy Delhi tętni życiem. Nie możemy oderwać oczu od kłębiących się ludzi i przepychających się, wiecznie trąbiących pojazdów.

Wschód słońca odkrywa przed nami krętą drogę wśród przepastnych dolin i to, że samochody jeżdżą tu po niewłaściwej stronie szosy. Niestety, pobocze i przepaści usłane są wrakami samochodów. Tutejszy styl jazdy jest daleki od standardów europejskich. Wąska szosa ledwo mieści dwa pojazdy, a wyprzedzanie na trzeciego to standard! Nikt nie robi z tego problemu, tylko trąbi. Na tyłach olbrzymich, kolorowych i przeładowanych ciężarówek widnieją napisy „blow horn and go - od luck”. To prawda! Przy wyprzedzaniu potrzeba dużo szczęścia.

W Indiach częstym problemem jest biegunka. Posiłki jemy skromne, wybierając jedynie bezpieczne potrawy. Przydrożne restauracje i ich toalety skutecznie odbierają nam apetyt. Wodę pijemy wyłącznie z oryginalnie zamkniętych butelek.

Przed północą docieramy do Naggar. W nocy śnią mi się motocykle, które są tuż, tuż!

Motocykle

Z okien małego hoteliku rozpościera się wspaniały widok na głębokie doliny i wysokie szczyty. Tu zaczynają się Himalaje!

Szybko zjadamy wspaniałe śniadanie, by jak najszybciej zobaczyć nasze jednoślady. Stoją równo obok siebie, błyszcząc czarnym lakierem i czystym niklem. Royal Enfield to stary angielski klasyk z lat 50-tych, obecnie produkowany wyłącznie w Indiach. Motocykl jest bardzo surowy w swojej prostocie. Jeden cylinder o pojemności 500 cm³, prędkościomierz, wskaźnik ładowania, dwa klaksony i olbrzymia niezawodność. Przez całą podróż w tak trudnym terenie żaden motocykl nie uległ awarii. Po odpaleniu starterem albo kopniakiem silnik odzywa się niskim, dudniącym basem. Siedem pracujących maszyn można porównać jedynie z orkiestrą symfoniczną. Ruszam, i o mało nie wpadam na samochód jadący z przeciwną lewą stroną. Natychmiast uświadamiam sobie, co może się stać, gdy z jednej strony mam pionową ścianę, z drugiej urwisko, a przed sobą trąbiącą ciężarówkę. Podstawowym narzędziem tutejszych kierowców jest klakson. Tiz uświadamia nas: najpierw trąbić a potem myśleć! Teraz wiem dlaczego nasze motocykle mają aż dwa sygnały! Dzisiaj zaplanowana jest tylko krótka przejażdżka, aby zapoznać się z motocyklami, wy відчу ich trakcję, złapać równowagę i poznać hinduskich kierowców. Piękna, słoneczna pogoda i zapierające dech w piersiach widoki wprawiają nas w dobry nastrój. Na obiad zatrzymujemy się w ogrodzie



przydrożnej restauracji. W ciągu kilkunastu sekund zrywa się wiatr. Przewraca stoły i krzesła. Deszcz zalewa ogródek. Na własne oczy widzimy siłę niszczenia monsunowej burzy. Wracamy w deszczu.

Rozgrzewka

Od dzisiaj jedziemy tylko w górę. Pierwszy odcinek jest łatwy i krótki. Droga do Manali, leżącego na wysokości 1950 m n.p.m., umożliwi nam stopniową aklimatyzację. Po drodze odpoczywamy w Vashisht. Wieś pełna turystów, hippisów i świętych miejsc. Czy można wyobrazić sobie narkotyczny tłum, który się nigdzie nie spieszy? Jest cudownie! W Manali kupiłem kilka pięknych bransoletek z brązu. Cena wyjściowa 2500 rupii. Cena zakupu 500 rupii. Dzięki wyśmienitej kuchni jemy coraz więcej i odważniej.

Baracha La

Dziś skończyły się żarty. Wjeżdżamy coraz wyżej. Cel – Keylong (3080 m n.p.m.) i przejazd przełęczą Rohtang (3980 m n.p.m.).

Przełęcz zwana jest „Przełęczą Martwych Ciał”. Surowy klimat na tej wysokości z leżącym przez cały rok śniegiem powodują, że pada tu z wycieńczenia sporo świętych krów. Zjadają je, krążące tu dużymi stadami, sepy. W miarę nabierania wysokości droga staje się szutrowa i kamienista. Prowadzenie motocykla jest coraz trudniejsze. Zmęczenie narasta. W efekcie tego zdarzyły nam się dwa upadki z motocyklem i jedno zgięte lusterko. Na szczęście nic nikomu się nie stało. Trudno sobie wyobrazić taki tłok na tej wysokości. Samochody czekają w długich korkach na wjazd na przełęcz. Leżący tu śnieg jest niezwykle atrakcją. Atmosfera jest typowo wakacyjna. Hindusi jeżdżą na nartach, kucach i jakach. Dla większości turystów przełęcz jest najdalej wysuniętym na północ celem. My zmierzamy ku jeszcze wyższym szczytom Himalajów. Wczesnym wieczorem, zmęczeni, docieramy do Keylong. Czujemy brak aklimatyzacji. Po trzech nocach w górach osiągamy w szybkim tempie wysokość prawie 4 tys. metrów nad poziomem morza. Na szczęście nocujemy na wysokości tylko 3 tys. metrów. W zapadającym mroku mającą szczyty sześciotysięczników.

Namioty w Himalajach...

Wjeżdżamy w teren o małym zaludnieniu. Poruszmy się na wysokości między 3 a 5 tys. m n.p.m. W dzień jest ciepło, a w nocy temperatura spada poniżej 0°C. Kamienisto-szutrowe drogi rozmywane są przez potoki spływające z górskich lodowców. Przeprowadzanie się przez strumienie motocyklami sprawia czasem nieco kłopotu. Podczas pokonywania kolejnej doliny widzimy jak nasza droga zamieniła się w płytką rzekę. W czasie przeprawy upada Iza i Michał. Potrzebna jest pomoc kolegów. Zespołowo pokonujemy najtrudniejszy odcinek. Do kolan jesteśmy przemoczeni. Kolejne przeprawy pokonujemy bez najmniejszej ostrożności przed wodą. I tak nie ma to znaczenia. Po raz kolejny przekonujemy się o niesamowitej dzielności naszych motocykli. W bezludnej oko-

licy nie ma szans na nocleg pod dachem. Nasza ekipa rozбивa namioty na płaskowyżu 4300 m nad poziomem morza. Adrian grzeje nogi o gorący blok silnika. Duża wysokość i trudy podróży dają o sobie znać. Wszyscy mamy objawy choroby wysokościowej: bóle głowy i brzucha, brak apetytu i koncentracji, uczucie zimna, zaburzenia zasypiania. Noc jest koszmarna. Marznę mimo włożenia na siebie wszystkiego co mam, wejścia do śpiwora i przykrycia się kurtką motocyklową. Michał ma gorączkę. Nie pomagają nawet dostarczone nam przez kucharza gorące termofory. Czekamy świtu jak zbawienia. Byle dalej w drogę. Najlepiej znosi to wszystko nasza przewodniczka Tiziana. Jestem pełen podziwu dla jej hartu i optymizmu. Wyjątkowo nie jem śniadania. Uzupełniam jedynie wodę. Reszta coś tam przeżuwa.

Dziś, po nieprzespanej nocy, seria wysokich przełęczy: Nake-la (4740 m), Barlachala (4980 m), Lachulungla (5065 m), Tanglangla (5360 m). Ta ostatnia jest drugą co do wysokości, przejeżdżając dla pojazdów przełęczą na świcie. Po pokonaniu Lachulungla natrafiamy na samochody, które utknęły w strumieniu. Dla naszych motocykli ta rzeczka do bułki z masłem. Mamy już trochę doświadczenia i tę przeszkodę pokonujemy bez większych problemów. Przed nami rozległy obszar pustynny Moor Plant, który ciągnie się na wysokości 4,5 tys. metrów. Pokonujemy piaski o konsystencji maki. Adrian zalicza tu spektakularną glebę. Trochę na własne życzenie, trochę dla zabawy. Nagrywam w tym momencie krótki film. Później oglądamy go wielokrotnie, doskonale się bawiąc.

Przed przełęczą Lachulungla droga prowadzi śnieżno-lodowym korytarzem. Nagle zza zakrętu wyłania się ciężarówka. Michał, aby uniknąć kolizji, uderza w lodową ścianę. Ja również tracę równowagę i także odbijam się od niej. Na szczęście uszkodzony zostaje jedynie motocykl Michała. Naprawa podnóżka i wymiana tylnego koła przebiega sprawnie. Ja prostuję wygięte osłony silnika i ruszamy dalej. Pod koniec dnia jesteśmy koszmarnie zmęczeni. Robi się zimno! Decydujemy się na nocleg w budynku składającym się z dwu izb, dumnie nazwanym Yangdol Hotel. W porównaniu z ostatnią nocą pod namiotami to luksus. I jest ciepło!

Leh – stolica prowincji Ladakh

Po krótkiej podróży, w ciepłym słońcu, docieramy do stolicy prowincji Ladakh. W Leh spędzimy dwa dni regenerując siły przed atakiem na przełęcz Khardungla (5602 m n.p.m.). Miasto jest położone u stóp wysokich gór. Z tego względu dotrzeć tam można jedynie między czerwcem a wrześniem. Poza tym okresem śnieg odcina je całkowicie od świata. Dostępne jest wtedy jedynie droga lotniczą. Do zwiedzania mamy tu pałac rodziny królewskiej oraz niezliczoną ilość stup i gomp (miejsca kultuwowania buddyzmu). Miasto zostało otwarte dla turystów dopiero w 1974 r. Od tego czasu rozwija się dynamicznie. Powstały liczne restauracje i sklepy z pamiątkami. Robimy krótkie wypadki motocyklowe po okolicy. Dobrze utrzymane drogi dają niezłą frajdę z jazdy na licznych górskich zakrętach.

Dokończenie na str. 18





43



44



45



46



47



48



49



50



51



52



53



54



55



56



57



58



59



60



61



62



63



64

Doktoraty



Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy informuje, że niżej wymienione osoby dnia 24.03. i 13.04.2011 r. uzyskały stopień naukowy dr. n. med.:

- **Łukasz Paczesny** z Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Toruniu dn. 23.03.2011 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Ocena wpływu leczenia artroskopowego zespołu fałdu przysrodnkowego błony maziowej stawu kolanowego na funkcję kończyny”
promotor: prof. dr hab. Jacek Kruczyński
recenzenci: prof. dr hab. Marek Synder, Woj. Centr. Ort. i Reh. N. Ruchu w Łodzi, prof. dr hab. Małgorzata Wierusz-Kozłowska, UM w Poznaniu
- **Robert Pawluk** z Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu dn. 23.03.2011 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Analiza wybranych parametrów stresu oksydacyjnego w samoistnym nadciśnieniu tętniczym u osób w wieku podeszłym”
promotor: prof. dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Roman Junik, CM UMK, prof. dr hab. Grzegorz Bartosz, UŁ w Łodzi
- **Katarzyna Napiórkowska** z Katedry i Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych dn. 23.03.2011 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Rola reakcji krzyżowych w pyłkowicy”
promotor: prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, CM UMK, dr hab. Andrzej Fal, prof. AM we Wrocławiu
- **Karolina Waleśkiewicz** z Katedry Położnictwa, Chorób Kobiecych i Ginekologii Onkologicznej dn. 23.03.2011 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wpływ immersji wodnej na odczuwanie bólu przez rodzące”
promotor: prof. dr hab. Wiesław Szymański, CM UMK
recenzenci: dr hab. Marek Grabiec, prof. UMK, CM UMK, dr hab. Izabela Ulman-Włodarz, prof. ŚIUM w Katowicach
- **Aldona Czajkowska** z Katedry Biologii Medycznej dn. 23.03.2011 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Porównanie aktywności wybranych enzymów antyoksydacyjnych we krwi chorych z czerniakiem złośliwym”
promotor: prof. dr hab. Gerard Drewa, CM UMK
recenzenci: dr hab. Roman Makarewicz, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Adam Włodarkiewicz, GUM w Gdańsku
- **Piotr Szlązak** z Jednostki Wojskowej w Gdyni dn. 23.03.2011 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Ocena diagnostycznej i rokowniczej wartości trichogramu w różnych typach łysienia niebliznowaciejącego w wybranych chorobach gruczołu tarczowego”
promotor: prof. dr hab. Waldemar Placek, CM UMK
recenzenci: dr hab. Barbara Zegarska, CM UMK, dr hab. Aneta Szczerkowska-Dobosz, GUM w Gdańsku
- **Patrycja Dąca** z Zakładu Genetyki Molekularnej i Sądowej dn. 23.03.2011 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Filogeneza mitochondrialnego DNA w subpopulacjach Polski – aspekty etnogenetyczne i identyfikacyjne”
promotor: dr hab. Tomasz Grzybowski, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Tadeusz Dobosz, AM we Wrocławiu, dr hab. Wojciech Branicki, prof. IES w Krakowie
- **Ewa Wolska** z Katedry Medycyny Sądowej dn. 13.04.2011 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Ocena przydatności preparatów nabłonkowych ściany jelita i tchawicy królika do badania reakcji interleukyn”
promotor: prof. dr hab. Karol Śliwka, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Stefan Raszeja, Gdański UM, prof. dr hab. Barbara Świątek, AM we Wrocławiu
- **Blanka Milczarek** z Zakładu Neuroimmunologii dn. 13.04.2011 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Zmiany zdolności poznawczych pojawiających się pod wpływem systematycznej aktywności fizycznej, a wiek”
promotor: dr hab. Dariusz Soszyński, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Tadeusz Studziński, IMW w Lublinie, prof. dr hab. Roman Ossowski, CM UMK



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

- **Paweł Zalewski**, zatrudniony w Katedrze i Zakładzie Higieny i Epidemiologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
promotor: dr hab. Jacek Klawe, prof. UMK
tytuł rozprawy: Ocena czynnościowa układu autonomicznego u osób poddanych oddziaływaniu temperatur kriogenicznych.
recenzenci: prof. dr hab. Władysław Sinkiewicz – II Katedra Kardiologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy,
 prof. dr hab. Leszek Pączek – Katedra Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny
- **Piotr Małyszka**, zatrudniony w II Klinice Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2, im. J. Bizziela w Bydgoszczy
promotor: prof. dr hab. Władysław Sinkiewicz
tytuł rozprawy: Analiza wskaźników zmienności i turbulencji rytmu zatokowego chorych z niewydolnością serca z zachowaną

czynnością skurczową lewej komory w przebiegu nadciśnienia tętniczego.

recenzenci: dr hab. Grzegorz Grzešek – Katedra i Zakład Farmakologii i Terapii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, prof. dr hab. Krzysztof Filipiak – I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

- **Wojciech Balak**, zatrudniony w Klinice Kardiologii, II Katedra Kardiologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

promotor: prof. dr hab. Władysław Sinkiewicz

tytuł rozprawy: Wpływ pionizacji na parametry hemodynamiczne mierzone metodą kardioimpedancji u osób ze skurczową niewydolnością serca.

recenzenci: prof. dr hab. Jacek Kubica – Katedra i Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, prof. dr hab. Dariusz Kozłowski – Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca, II Katedra Kardiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

- **Magdalena Węglarz**, zatrudniona w II Klinice Kardiologii, Szpitala Uniwersyteckiego nr 2, im. J. Bizuela w Bydgoszczy

promotor: prof. dr hab. Władysław Sinkiewicz

tytuł rozprawy: Wpływ konsumpcji różnych typów alkoholi na stężenie wybranych parametrów koagulologicznych oraz stężenia selektyny płytkowej i selektyny śródbłonkowej w grupie młodych, zdrowych mężczyzn.

recenzenci: dr hab. Grzegorz Grzešek – Katedra i Zakład Farmakologii i Terapii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, prof. dr hab. Marek Naruszewicz – Katedra Farmakognozji i Molekularnych Podstaw Fitoterapii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

- **Małgorzata Dobosiewicz**, zatrudniona w II Klinice Kardiologii, Szpitala Uniwersyteckiego nr 2, im. J. Bizuela w Bydgoszczy

promotor: prof. dr hab. Władysław Sinkiewicz

tytuł rozprawy: Zjawisko bezdechu sennego ocenianego metodą Holtera u chorych ze skurczową niewydolnością serca.

recenzenci: dr hab. Grzegorz Grzešek – Katedra i Zakład Farmakologii i Terapii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, dr hab. Rafał Baranowski – Klinika i Zakład Re-

habilitacji Kardiologicznej i Elektroradiologii Nieinwazyjnej Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa

- **Małgorzata Graczyk**, zatrudniona w Katedrze i Klinice Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych, Collegium Medicum w Bydgoszczy

promotor: prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi

tytuł rozprawy: Udział komórek kwasochłonnych i neutrocytów w etiopatogenezie zapalenia błony śluzowej żołądka u chorych z nadwrażliwością pokarmową typu alergicznego

recenzenci: prof. dr hab. Krzysztof Buczyński – Zakład Alergologii i Rehabilitacji Oddechowej, Instytut Medycyny Wewnętrznej, UM w Łodzi, prof. dr hab. Marian Grzymiński – Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Dietetyki, UM w Poznaniu, prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka – Szafarska – Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, Collegium Medicum w Bydgoszczy

- **Dorota Rogala**, zatrudniona w Zakładzie Organizacji i Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Collegium Medicum w Bydgoszczy

promotor: prof. dr hab. Czesław Klyszejko

tytuł rozprawy: Psychofizyczne przygotowanie ciężarnych a przebieg porodu.

recenzenci: prof. dr hab. Roman Ossowski – kierownik Katedry i Zakładu Psychologii Klinicznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, prof. dr hab. Zdzisław Maciejewski – z Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej, Wydziału Nauk o Zdrowiu

- **Justyna Cwajda** - Biaślik, zatrudniona w Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Collegium Medicum w Bydgoszczy

promotor: dr hab. Maria Szewczyk

tytuł rozprawy: Jakość życia chorych z owrzodzeniem kończyn dolnych.

recenzenci: dr hab. Wojciech Zegarski, prof. UMK – kierownik Katedry Chirurgii Onkologicznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, dr hab. Marek Kucharzewski – kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Wyjątkowe białko – p21

Odkrycia naukowców, czasem znajdują bardzo szybko praktyczne zastosowania np. w terapii chorób, bądź po prostu znacząco wzbogacają naszą wiedzę o otaczającym nas świecie. Są i takie, które początkowo wywołują euforię, dając nadzieję na pokonanie szeregu chorób bądź wydłużenie naszego życia, a z czasem wydają się już mieć tylko czysto poznawcze znaczenie, ale i choćby z tego względu nauka jest fascynująca i wydaje się stale inspirować do nowych działań.

Tak też było w roku 1997, kiedy to świat obieżyła informacja o odkryciu, że mutacja jednego z genów może spowodować wzrost liczby podziałów komórek naszego organizmu na-

wet o 20–30 w stosunku do standardowej liczby 52. Zatem wzmagając podziały komórkowe produkt tego genu przedłuża czas życia komórki. „Gen długowieczności” – jak go wówczas nazwano – koduje **białko p21**, które odpowiada za zatrzymanie cyklu podziałowego komórek po wykryciu w ich DNA znaczących uszkodzeń. Uszkodzenie tego genu, a co za tym idzie, brak białka p21, sprawia, że nawet nieco zdefektowana komórka dzieli się dalej, zamiast być wprowadzoną na drogę śmierci (apoptozę). Grozić to może, poprzez utrwalenie mutacji DNA, transformacją nowotworową takich „długowiecznych komórek”.

Zatem nadzieje, że można bezkarnie wyłączyć gen p21 i przedłużyć życie naszym komórkom należało odrzucić i zająć się poszukiwaniem innych genów, dających szansę na dłuższe życie.

I nagle ostatnio pojawiły się nowe doniesienia dotyczące tego samego genu. Jakże obiecujące w obliczu powiązania jego działalności z plagą ostatnich lat, jaką jest AIDS. Miejmy nadzieję, że tym razem gen p21 spełni nasze nadzieje i oczekiwania, a pogłębienie wiedzy o działaniu jego białkowego produktu nie przyniesie rozczarowań.

Otóż według doniesień autorów z Massachusetts General Hospital w Bostonie (M. Lichterfeld i wsp. *Journal of Clinical Investigation*) **zwiększona aktywność genu p21** w limfocytach T hamuje aktywność enzymu służącego do namnażania wirusa HIV i chroni przed rozwojem AIDS.

Wiele lat wstecz stwierdzono, że odpowiedź organizmu na zakażenie HIV może być różna. W większości przypadków wirus namnaża się szybko i prowadzi to do rozwoju AIDS i znac-

Trudne rozmowy

Nauki są jak rzeki

Których wody nieustannie się odnawiają.

Andrea Cesalpino

Gościem naszego kwietniowego spotkania w Klubie Lekarza Seniora była p. dr n. med. Katarzyna Jankowska, pracownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii C.M. UMK w Bydgoszczy, a tematem wiodącym prelekcji – umiejętność komunikacji lekarza z pacjentem.

Zdawałoby się – sprawa banalna, szczególnie dla nas, wieloletnich lekarzy, z których każdy wypracował swój sposób prowadzenia tej rozmowy, modyfikując go zależnie od okoliczności. A jednak... a jednak życie pokazało, że sprawa nie jest taka prosta i wymaga głębszego i szerszego na nią spojrzenia. I właśnie to zagadnienie starała się wyjaśnić i przybliżyć nam dzisiejsza prelegentka.

Ujmując problem historycznie – dawny model komunikacji między lekarzem a pacjentem był modelem paternalistycznym, uznawanym przez długi okres czasu za podstawę nawiązywania właściwej relacji terapeutycznej, regulowanej zasadami etyki zawodowej. Stopniowo rola lekarza zaczęła powoli być marginalizowana, szczególnie po drugiej wojnie światowej, i sprowadzana do „posłannictwa społecznego” z obowiązkiem służenia społeczeństwu w znacznie szerszym, niż poprzednio zakresie. Ale i ten model powoli odchodzi w niepamięć, zamieniając się stopniowo w partnerski. Okazało się jednak, że każdy z tych modeli niósł ze sobą nie tylko ułatwienia, ale i zagrożenia, co wymusiło szersze na problem spojrzenie i konieczność podjęcia nauki umiejętności komunikacyjnych.

Na uniwersytecie Cambridge, którego w lutym 2010 r. stypendystką była nasza prelegentka, już od około 20 lat lekarze różnych specjalności prowadzą nauczanie komunikacji klinicznej lekarz – pacjent wg modelu Calgary – Cambridge. Ćwiczenia te prowadzone są z udziałem starannie dobranych i przygotowanych aktorów, tzw. „symulowanych pacjentów” i kończą się punktowanym egzaminem. I właśnie ten temat podjęła nasza dzisiejsza prelegentka, która już w maju 2010 r. rozpoczęła w naszej Izbie cykl warsztatów z zakresu nauki komunikacji lekarz – pacjent.

A problem jest bardzo trudny. P. doktor zagadnienia z nim związane omówiła pokrótce, kierując się poszczególnymi grupami pacjentów. I tak np. w grupie niemowlęco – dziecięcej powinno się ba-

dać dziecko zawsze w obecności matki, najlepiej siedzące na jej kolanach. W grupie pacjentów o niepomyślnym rokowaniu – przekazywać złe wiadomości raczej w obecności rodziny, a w grupie tzw. „pacjentów trudnych”, często posługujących się „rozpoznaniem” czerpanym z przekazów medialnych lub od znajomych – konieczna jest cierpliwość i wyrozumiałość. Dużą rolę spełnia tzw. „gra” naszego ciała, uśmiech, serdeczność. Trzeba pamiętać, że chory jest zawsze w mniejszym lub większym stresie, że często nie rozumie (wg. badań aż około 40 proc. pacjentów) naszych zaleceń, choć się do tego nie przyznaje i dlatego pomocne może być przekazywanie ich na piśmie, czasem w postaci rysunku.

Wiedza z zakresu komunikacji jest prowadzona obecnie na najlepszych zagranicznych uczelniach, a Prelegentka uważa, że powinna być także wprowadzona na uczelniach polskich.

Nie spodziewaliśmy się, że dzisiejsze spotkania będzie tak interesujące i zachęci nas do dzielenia się swoim wieloletnim doświadczeniem, w tym propozycją opracowania jeszcze jednej, jakże trudnej dla obu partnerów, grupy kontaktu między lekarzem leczącym a lekarzem – pacjentem. Poruszyliśmy także zagadnienie „pacjenta agresywnego” coraz częściej spotykanego w obecnym partnerskim modelu, w którym... „instytucje społeczne kładą ogromny nacisk na wyeksponowanie praw pacjenta i edukację w tym zakresie... w którym pacjent posiada prawa, a lekarz wyłącznie obowiązki z nich wynikające” (Justyna Zajdel, Gazeta Lekarska IV.2011 r. str. 26–27). Na szczęście większość izb lekarskich w Polsce ma już swoich Rzeczników Praw Lekarza, a w naszej Izbie działa „Komisja Ochrony Praw Lekarzy i Lekarzy Dentystów”

Serdecznie podziękowaliśmy p. doktor za przedstawienie nam prac w tym, chyba rzadko dotychczas (a już na pewno nie naukowo) poruszanym temacie, za ciepłe słowa o naszym Klubie (że... chciałaby także kiedyś, po latach, uczestniczyć w takich koleżeńskich spotkaniach) i ... za jej piękny wierszowany „kalendarzyk” na łamach naszego biuletynu.

Serdecznie, serdecznie dziękujemy!

H. Grzybowska-Rogulska

nego osłabienia odporności organizmu. Jednak u pewnej grupy zakażonych HIV, w liczbie 1 na każdych 300 zarażonych, nie rozwijają się żadne objawy choroby. Takich zarażonych nazywa się EC, z ang. *elite controllers*, a są to osoby zarażone nie poddane żadnej terapii, u których poziom cząsteczek wirusa HIV pozostaje na progu wykrywalności.

Cytowani wyżej badacze z USA stwierdzili, że u osób EC dochodzi do wzmożonej aktywności genu p21 w limfocytach T. Białko, które – jak opisano wcześniej – chroni przed rozwojem nowotworów, w limfocytach T hamuje działanie dwóch enzymów potrzebnych do

replikacji wirusa wywołującego AIDS. Znane są i inne przypadki kiedy białko pełnić może tak różnorodnie, czasem zaskakujące badaczy funkcje. Tak jak np. w przypadku gamma-sekretazy krytycznej dla rozwoju choroby Alzheimera.

Opisywane odkrycie daje nadzieję na postęp w leczeniu AIDS, a badacze starają się teraz dowiedzieć dlaczego u pacjentów EC ekspresja genu p21 w limfocytach jest 10 do 20 razy wyższa niż u pozostałych osób. Interesujące jest jednocześnie z czysto naukowego punktu widzenia, że identyczny mechanizm chroni nas przed nowotworami i wirusem HIV.

Zatem z ufnością patrzymy w przyszłość, skoro sami odkrywcy twierdzą iż, możliwe będzie w przyszłości wywołanie zwiększonej ekspresji genu p21 w wielu populacjach ludzkich, co może zwiększyć ich odporność na zarażenie HIV i rozwój AIDS. Z nadzieją patrzymy



na badania, jakie będą nadal prowadzone i pozwolą dokładniej zrozumieć nam funkcje produktu genu p21. Czy tym razem nowsze odkrycia nie będą płone jak przed laty?

Marek Jurgowiak

Zapraszamy **do udziału w jesiennych kursach dla otolaryngologów** które odbędą się w Bydgoszczy Strona internetowa kursów: www.larped.bydgoszcz.pl

- Kursy:
- **Praktyczny kurs chirurgii endoskopowej zatok przynosowych – 6–7 października 2011 r.**
 - **Praktyczny kurs rynoseptoplastyki – 8 października 2011 r.**
 - **Praktyczny kurs obrazowania kości skroniowej – 12 października 2011 r.**
 - **Praktyczny kurs chirurgii ucha – 13–14 października 2011 r.**

Kursy te będą miały wybitnie praktyczny charakter, wezmą w nich udział znani fachowcy z kraju i zagranicy. Szczegółowe informacje oraz możliwość rejestracji znajdą Państwo na stronie: www.larped.bydgoszcz.pl

Serdecznie zapraszamy

Dr med. Józef Mierzwiński Ordynator Oddziału Otolaryngologii Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy

Udostępnianie dokumentacji medycznej

Generalną zasadą wyrażoną w art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 52, poz. 417 ze zm.) jest, iż pacjent ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Zasada ta realizuje konstytucyjne prawo obywatela do dostępu do dotyczących jego osoby urzędowych dokumentów i zbiorów danych sformułowane w art. 51 ust. 3 Konstytucji RP.

Pacjent ma również prawo do wskazania za życia osoby upoważnionej do dostępu do jego dokumentacji medycznej. Upoważnienie takie jest skuteczne również po śmierci pacjenta z tym ograniczeniem (nie wiadomo czy zamierzonym przez ustawodawcę czy wynikającym z błędu lub niestaranności w redagowaniu przepisów), że ustawa mówi tylko o prawie do wglądu w dokumentację medyczną po śmierci pacjenta. Sam stosunek pokrewieństwa, powinowactwa w stosunku do danego pacjenta czy sytuacja spadkobrania nie uprawniają do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta ani za jego życia, ani po jego śmierci. Nie ma natomiast ograniczeń co do kręgu osób, które pacjent może upoważnić w zakresie dostępu do jego dokumentacji medycznej.

Warto podnieść, że regulacja dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta uznana została za niewystarczającą przez Rzecznika Praw Pacjenta, który zwrócił się w tym zakresie do Ministra Zdrowia z wnioskiem o wprowadzenie odpowiednich zmian w prawie wskazując na istniejące rozwiązania w ustawodawstwie innych państw unijnych (pismo z 2 marca 2011 r. Rz.PP-ZPR-076-7-1/JK/11 dostępne na stronie internetowej Rzecznika).

Ani ustawa, ani rozporządzenie wykonawcze do ustawy nie określają formy, w jakiej ma być udzielone upoważnienie przez pacjenta innej osoby do dostępu do jego dokumentacji. Mając jednak na względzie przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, należy przyjąć, że upoważnienie to wymaga formy pisemnej. Dane z dokumentacji medycznej mają bowiem charakter tak zwanych wrażliwych danych osobowych w rozumieniu art. 27 ustawy o ochronie danych osobowych, których przetwarzanie jest dopuszczalne, jeżeli osoba, której dane dotyczą wyrazi na to zgodę na piśmie, przy czym przeważa pogląd, iż w razie braku formy pisemnej zgoda taka jest nieskuteczna. Ustawa o ochronie danych osobowych wymaga, by zgoda taka była wyraźnie wyrażona, nie może być dorozumiana lub domniemana z oświadczenia woli o innej treści. Ustawa o prawach pacjenta nie definiuje pojęcia osoby, niemniej mając na względzie obowiązującą w tej materii wy-

kładnię ścisłą i zawężającą, należy przyjąć, że osobą upoważnioną przez pacjenta do uzyskania dostępu do jego dokumentacji może być wyłącznie osoba fizyczna wskazana z imienia i nazwiska.

Osobą upoważnioną z mocy ustawy do dostępu do dokumentacji medycznej jest zawsze przedstawiciel ustawowy pacjenta, co dotyczy osób nie mających pełnej zdolności do czynności prawnych, a więc osób małoletnich, dla których przedstawicielami ustawowymi są rodzice względnie opiekun ustanowiony przez sąd w wypadku gdy rodzicom nie przysługuje władza rodzicielska, oraz osób ubezwłasnowolnionych całkowicie lub częściowo, dla których przedstawicielami ustawowymi są odpowiednio opiekun oraz kurator.

Poza obowiązkiem udostępnienia dokumentacji medycznej na żądanie pacjenta, przedstawiciela ustawowego pacjenta oraz osoby upoważnionej przez pacjenta, ustawa określa krąg podmiotów, którym również należy udostępnić dokumentację medyczną.

Do podmiotów tych należą:

1) podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;

2) organy władzy publicznej, Narodowy Fundusz Zdrowia, organy samorządu zawodów medycznych oraz konsultanci krajowi i wojewódzcy, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;

3) minister właściwy do spraw zdrowia, sądy, w tym sądy dyscyplinarne, prokuratorzy, lekarze sądowi i rzecznicy odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;

4) uprawnione na mocy odrębnych ustaw organy i instytucje, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;

5) organy rentowe oraz zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;

6) podmioty prowadzące rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;

7) zakłady ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;

8) lekarz, pielęgniarka lub położna, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.

Nadto dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;

2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;

3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

W przypadku, gdy wydaje się oryginał dokumentacji, należy pozostawić kopię lub pełny odpis dokumentacji.

Sposób udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252 pod pozycją 1697) – został on omówiony w poprzednim artykule.

Dokumentację należy udostępnić bez zbędnej zwłoki. W przypadku, gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe cytowane Rozporządzenie Ministra Zdrowia wymaga, by odmowa miała formę pisemną i zawierała uzasadnienie. Sprawa o udostępnienie dokumentacji jest sprawą cywilną, gdyż dotyczy praw podmiotowych pacjenta, a zatem rozstrzyganą przez sądy w drodze postępowania cywilnego, a nie przez sądy administracyjne, chociaż występują też orzeczenia odmienne.

Zgodnie z art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, udzielający świadczeń zdrowotnych podmiot udostępniający dokumentację medyczną poprzez wydanie jej wyciągów, odpisów lub kopii, może pobierać za to opłatę w wysokości przez siebie ustalonej, jednak nie wyższej niż wysokość maksymalna ustalona w ustawie.

Maksymalna wysokość opłaty za:

1) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;

2) jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;

3) sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej nie może prze-

kraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.



Jadwiga
Jarząbkiewicz-Górniak
Radca prawny BIL

Kasy fiskalne po starcie!

Na mocy Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 26 lipca 2010 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących (Dz. U. Nr 138, poz. 930) od dnia 1 maja 2011 roku niektórzy lekarze i lekarze dentyści muszą w swoich gabinetach zainstalować kasy fiskalne.

W dniu 12 kwietnia 2011 r. w budynku Bydgoskiej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie z pracownikiem urzędu skarbowego oraz serwisem kas fiskalnych. Tematem spotkania była kwestia wprowadzania kas fiskalnych w gabinetach lekarskich i placówkach medycznych. Przedstawiamy najczęściej zadawane pytania i udzielane na nie odpowiedzi...

Czy wszyscy lekarze muszą od 1 maja 2011 r. mieć kasy fiskalne w gabinetach?

Nie wszyscy. Kasy fiskalne muszą być zainstalowane w tych gabinetach, gdzie prowadzona jest wyłącznie sprzedaż usług na rzecz osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej i rolników ryczałtowych. Kasy nie muszą więc kupić ci lekarze, którzy świadczą usługi na podstawie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz ci, którzy wykonują prace na podstawie umów o pracę, czy też podpisali z placówkami medycznymi umowy cywilno-prawne.

Czy wszyscy lekarze prowadzący wyłącznie indywidualną lub grupową praktykę lekarską muszą mieć kasy?

„Wejście na kasę” nie jest obligatoryjne dla wszystkich lekarzy prowadzących wyłącznie indywidualną praktykę lekarską. Decyduje tutaj obrót z wykonywanej działalności.

Nie muszą kupować kasy fiskalnej ci lekarze prowadzący indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, których obrót w poprzednim roku nie przekroczył 40000zł. Dla lekarzy rozpoczynających działalność w roku 2011 lub 2012 limit obrotu wynosi 20000zł. do dnia przekroczenia tej kwoty. Lekarze, którzy przekroczą limit obrotu 40000zł. po 1 maja 2011 r. mają jeszcze 2 miesiące na zainstalowanie kasy, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło w ciągu roku podatkowego przekroczenie obrotu.

Jak obliczyć obrót obligujący do „wejścia na kasę”?

Należy dodać wszystkie przychody uzyskane ze „sprzedaży usług” na rzecz osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej i rolników ryczałtowych. Należy pamiętać, iż do obrotu nie wliczamy przychodów uzyskanych ze świadczeń usług w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, umów cywilno-prawnych z placówkami medycznymi oraz wynagrodzenia za pracę. Lekarze, którzy dodatkowo sprzedają osobom fizycznym nieprowadzącym działalności gospodarczej oraz rolnikom

ryczałtowym inne usługi bądź produkty, muszą przychód z tego tytułu wliczyć do obrotu. Jeśli z tego tytułu są podatnikami VAT, do limitu obrotu wliczamy przychód pomniejszony o podatek VAT.

Jakie warunki trzeba spełnić, aby otrzymać ulgę za zakup kasy i w jakiej jest ona wysokości?

Podatnicy, którzy rozpoczną ewidencjonowanie obrotu i kwot podatku należnego w obowiązujących terminach, mogą odliczyć od tego podatku kwotę wydatkowaną na zakup każdej z kas rejestrujących, zgłoszonych na dzień rozpoczęcia ewidencjonowania w wysokości 90% kwoty netto, nie więcej jednak niż 700 zł. Odliczenia dokonuje się w deklaracjach VAT, składanych miesięcznie lub kwartalnie za okres rozliczeniowy, w którym rozpoczęto ewidencjonowanie lub za okresy późniejsze.

W przypadku lekarzy, którzy rozpoczęli ewidencjonowanie obrotu w obowiązujących terminach i wykonują wyłącznie czynności zwolnione od podatku VAT, urząd skarbowy dokonuje zwrotu kwoty ulgi na rachunek bankowy podatnika w terminie 25 dni od daty złożenia wniosku.

Jakie warunki trzeba spełnić, aby uzyskać ulgę za zakup kasy fiskalnej?

- złożenie do właściwego naczelnika urzędu skarbowego, przed terminem rozpoczęcia ewidencjonowania obrotu i kwot podatku należnego, pisemnego zgłoszenia o liczbie kas rejestrujących i miejscu (adresie) ich używania, które podatnik zamierza stosować do tego ewidencjonowania,
- rozpoczęcie ewidencjonowania obrotu i kwot podatku należnego nie później niż w obowiązującym terminie,
- posiadanie przez podatnika dowodu zapłaty całej należności za kasę,
- zgłoszenie w ciągu siedmiu dni od dnia fiskalizacji kasy, zawiadomienia podatnika o miejscu instalacji kasy rejestrującej.

Co zrobić, gdy kasa się zepsuje?

Jeżeli z przyczyn niezależnych od podatnika nie może być prowadzona ewidencja obrotu i kwot podatku należnego przy zasto-

sowaniu kasy, podatnik jest obowiązany ewidencjonować obroty i kwoty podatku należnego przy zastosowaniu rezerwowej kasy rejestrującej. W przypadku, gdy ewidencjonowanie przy zastosowaniu kasy rezerwowej jest niemożliwe, podatnik nie może dokonywać sprzedaży. Należy pamiętać, iż kasa rezerwowa musi być również zgłoszona do urzędu skarbowego.

Jakie są sankcje za brak kasy, mimo obowiązku jej posiadania?

Lekarze, którzy nie rozpoczną w terminie ewidencji na kasie fiskalnej, mimo obowiązku jej posiadania, narażeni są na sankcje wynikające z Kodeksu Karno Skarbowego, ustawa z dnia 10 września 1999 r. (tekst jednolity z 2007 r. Dz. U. Nr 111, poz. 765 ze zm.).

Niezainstalowanie kasy, mimo takiego obowiązku lub nierzetelna ewidencja, jest tak samo karane jak brak lub nierzetelne prowadzenie księgi podatkowej, czy rachunkowej.

Za brak kasy fiskalnej, nierzetelną ewidencję czy brak aktualnego zgłoszenia o miejscu instalacji kasy, można ponieść ewentualną odpowiedzialność karną i odpowiadać za przestępstwo lub wykroczenie skarbowe.

Należy pamiętać o bezwzględnym obowiązku ewidencji na kasie fiskalnej każdej sprzedaży usługi na rzecz osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej oraz rolnika ryczałtowego w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej, jak również o wydawaniu paragonu, (to na lekarzu prowadzącym praktykę spoczywa obowiązek wydania paragonu).

Dla podatników VAT nieprowadzących ewidencji na kasie fiskalnej – mimo takiego obowiązku – ustawodawca przewidział dodatkowe zobowiązanie podatkowe za okres do momentu rozpoczęcia prowadzenia ewidencji obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kas rejestrujących w wysokości 30% kwoty podatku naliczonego przy nabyciu towarów i usług.

W przypadku, gdy takie osoby poniosły odpowiedzialność za wykroczenie lub przestępstwo skarbowe, dodatkowego zobowiązania nie nalicza się.

Motocyklem przez Himalaje

Dokończenie ze str. 11

Atak szczytowy

Dzisiejszy nasz cel to Nubra Valley. Aby tam dotrzeć musimy pokonać najwyższą na świecie przełęcz drogową. Różnica wzniesień to około 3000 m na odcinku 40 km. W miarę nabierania wysokości pogoda wyraźnie się psuje. Zaczyna padać deszcz, a potem śnieg i grad. Wkładamy na siebie kolejne warstwy ubrań. Aby zapewnić bezpieczeństwo, zorganizowano z obu stron przełęczy punkty kontrolne. Tam dowiadujemy się, że Khardungla jest zasypała śniegiem. Nie ma żadnych szans na przejazd. Wracamy – pokonani – do Leh.

Pogoda wymusza zmianę planów. Zwiedzamy dolinę rzeki Zaskar. Miejsce to staje się popularne ze względu na doskonałe warunki do trekkingu wśród licznych siedmiotysięczników. Marsowy krajobraz ożywiają nieliczne oazy stworzone ręką człowieka. Droga jest niezwykle wymagająca technicznie. Biegnie samą granią nad wzburzoną rzeką. Na rzece można obserwować pasjonatów raftingu. W miejscowości Likir zwiedzamy klasztor z XIV w. Następnie zmierzamy w górę doliny rzeki Indus. W odróżnieniu od zamulonej rzeki Zaskar jego wody są błękitne. W Alchi zwiedzamy klasztor z I w. Rarytas, kompletnie bez opieki!

Rankiem kolejnego dnia ponawiamy próbę przejazdu przełęczą Khardungla. Im wyżej, tym zimniej. Napięcie rośnie. Tym razem mijamy punkt kontrolny bez kłopotów. Czujemy, że z każdym kilometrem trudniej się jedzie. Wypatrujemy przełęczy. Wreszcie jest. Zdobywamy ją. Hurra!!! Jesteśmy oszołomieni wy-

sokością, sukcesem i porywistym wiatrem. Nie ma żartów. Opuszczamy to nieprzyjazne miejsce, kierując się do doliny Nubra. Po drodze obserwujemy jaki, świstaki, a nawet udaje mi się zrobić zdjęcie wilka.

Nocujemy na polu namiotowym Nerchungpa. Niezwykle ciekawe miejsce. Teren poprzecinany licznymi strumykami. Porośnięty pięknymi kwiatami. Z własnym ekologicznym ogrodem. Odpoczywamy z radością.

Wczesnym rankiem wyruszamy w drogę powrotną. Ponownie przez Khardungla. Niestety, w nocy spadł śnieg i warunki szybko się pogarszają. Jedziemy skrajem oblodzonej drogi nad stromym zboczem. W pewnym momencie Iza wpada w poślizg i uderza w wojskowy gazik. Kończy się wgniecionym zderzakiem samochodu. Iza i motocykl lekko draśnięci. Po chwili Michał upada z motocyklem przed zjeżdżającą z góry ciężarówką. Motocykl ma uszkodzony podnóżek, ale możemy jechać dalej. Przez przełęcz przemykamy. Stres i okropne warunki pogodowe nie pozwalają na odpoczynek. Do Leh mamy jeszcze 40 km w dół.

Na koniec

Wyjazd godny polecenia dla ludzi żądnych mocnych wrażeń. Da się to przeżyć tylko w dobrym towarzystwie. Tak trudne warunki weryfikują ludzi i obnażają ich słabości. Zdobyte doświadczenie pozwala mi lepiej funkcjonować na co dzień. Teraz jeszcze bardziej cenię zdrowie i życie moich pacjentów i lepiej rozumiem ich słabości. Chętnie wracam do zrobionych zdjęć i krótkich filmów. Wtedy moje serce bije całkiem inaczej niż zwykle. Mogę śmiało powiedzieć, że była to podróż mojego życia. Czy wróciłbym tam jeszcze raz? Chyba jednak nie! Poszukam czegoś innego.

Navigare necesse est...

Dokończenie ze str. 9

w pierwszym po wojnie kursie żeglarskim, zorganizowanym w Centralnym Polskim Ośrodku Żeglarskim w Trzebieży nad Zalewem Szczecińskim. W prymitywnych warunkach, często chłodno i głodno, szkolenie zakończyliśmy egzaminem na stopnie żeglarskie.

Studia lekarskie, lata szkoleń, specjalizacji, praca chirurga i organizatora służby zdrowia ograniczały moje kontakty z morzem.

Jedynie niektóre z weekendów mogliśmy spędzić nad wodą, żeglując lub ślizgając się na nartach wodnych za motorówką.

Dopiero od 1975 r. mogłem rozpocząć bardziej intensywne żeglarstwo morskie, w oparciu o współpracę z Zespołem Pilota Komendy Chorągwi ZHP w Bydgoszczy. Pierwszy rejs po dalekich morzach i oceanach na S/Y „Zawisza Czarny” odbyłem na trasie Algier – Gdynia, zawijając do wielu portów Morza Śródziemnego, Atlantyku i Morza Północnego.

Poza funkcją załoganta pełniłem obowiązki lekarza, były drobne szycia, deportacja do kraju operatora Telewizji Polskiej, któremu ciężkie objawy choroby morskiej uniemożliwiły pobyt na jachcie.

W 1978 r. zdobyłem uprawnienia kapitana jachtowego i od tego czasu prowadziłem samodzielnie liczne pełnomorskie rejsy. W 39 rejsach przepłynąłem 28 118 mil morskich, odwiedziłem 168 portów na morzach: Bałtyckim, Północnym, Atlantyku, Śródziemnym, Egejskim i Adriatyku. W czasie rejsów żeglarskich były sztormy i piękne dni, cudowne zachody i wschody słońca, były i dni radosne. Szczególnie mile pamiętam pływanie wzdłuż zachodnich brzegów Korsyki. Jednego wieczoru zawiniliśmy do niewielkiej zatoki wśród skalistych wysokich brzegów. Na kotwicach stały tam już dwa jachty. Jeden z nich, duży, motorowy, zwrócił naszą uwagę swoją wielkością i piękną linią konstrukcyjną. Załoga jego baraszkowała, skacząc do wody, pływając na kole gumowym, wstrząsanym na falach za motorówką. My stanęliśmy cichutko na uboczu, obserwując w przeźroczystej wodzie bardzo liczne, duże ryby. Okazało się, że był to rejon ściślego rezerwatu. Wieczorem, po kąpieli i kolacji, rozsiadliśmy się na pokładzie, obserwując okoliczne piękne czerwone skały oświetlone zachodzącym słońcem. Na sąsiadującym z nami motorowcu załoga zorganizowała koncert muzyki poważnej. Kwartet muzyków dał popis, przepięknie wykonując liczne utwory. My, zapatrzeni w scenerię zacho-

dzącego słońca, wsłuchani w dźwięki muzyki, oklaskami wyrażaliśmy wdzięczność za przepiękny koncert w niezwykle trudnych warunkach.

Były też chwile walki o życie, gdy jachtowi, miotanemu sztormem, groziło wyrzucenie na brzeg. Były też chwile tragikomiczne, gdy sternik budził mnie okrzykiem: – Kapitanie, Kapitanie – statek na kursie, a mnie koło sterowe zostało w rękach. Okazało się, że odblokowane z kolumny sterowniczej koło, w chwili, gdy przed dziobem płynął statek handlowy, zagrażało zderzeniem. Manewry żagla-mi pozwoliły zapobiec zderzeniu i naprawić małą awarię.

Zdarzały się wspaniałe okazje, szczególnie na morzach południowych, do obserwacji nie tylko pojedynczych sztuk, ale całych stad delfinów harcujących wkoło jachtu, żółwi morskich, wielorybów dmuchających fontannami wody oraz ryb mieczników wyskakujących z morza i demonstrujących swoją siłę i zwinność. Morze często ofiarowało swoim fanom dary w postaci obfitości ryb, a czasami skorupiaków. Pływając jako lekarz okrętowy w PLO, w latach 1978–1979 odwiedziłem porty Niemiec, Holandii, Portugalii, Malty, Egiptu, Sudanu, Jordanii, Sri Lanki, Malezji, Hong Kongu i Japonii.

W tym krótkim doniesieniu nie ma możliwości opisanie tego wszystkiego, co minęło w tych pięknych latach na morzu i wodzie. Zostały wspomnienia na całe życie. W sercu i duszy pozostały trwałe ślady.

Z książki „10 lat BPIL”

Czerwiec

*Ptasie gniazda wśród
rozkołysanych gałęzi drzew
Miasto złowione
w sieć słonecznych promieni
oddycha szybko
odliczając ostatnie minuty
do lata*

Katarzyna Jankowska

Nasze dzieci

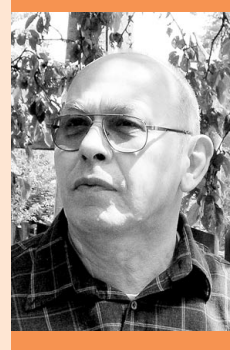
(str. 1, 2 okładki i 12)

1. Julia Bartel (2 lata); 2. Rafał Soboń (3,5 roku); 3. Mateusz Kwiatkowski (6 lat); 4. Alan (6 lat) i Lena (3 lata) Nowak; 5. Adaś Wieczór (2,5 mies.); 6. Marysia i Zosia Tomaszewskie (8,5 i 3 lata); 7. Mateusz Górski-Bachorski (3,5 roku); 8. Kasia Lachowicz (6 lat); 9. Natalka (3) i Maja (1,5 roku) Sikorskie; 10. Julia Rogóż (10 lat); 11. Tymoteusz i Juliusz Wiśniewscy (5,5 roku); 12. Oliwier Zaleśny (5 mies.); 13. Patrycja Sawicka (15 mies.); 14. Karol Banach (11 lat) i Ignasz Dalke (1,5 mies.); 15. Agnieszka Włodarczyk (na zdj. 5,5 mies.); 16. Agnieszka Duda (6 mies.); 17. Ula (10 lat), Zosia (7 lat), Tosia (4 lata), Helenka (7 mies.) Gilewskie; 18. Kubuś (2,5 roku) i Bartuś (prawie 5 lat) Prywińscy; 19. Marta (4 lata) i Mikołaj (1 rok) Olechnicy; 20. Szymon Florek (8 mies.); 21. Agatka Rekiel (8 mies.); 22. Antoś Słomiński (20 mies.); 23. Ania (3 lata) i Zosia (9 lat) Kopczyńskie; 24. Marysia Dębczyńska (7 lat); 25. Julka (11 lat), Szymek (7 lat) i Ola (4,5 roku) Müller; 26. Weronika Maja Cemel (5 mies.); 27. Samuel Fadel Kargól (16 mies.); 28. Julia Maciejewska (6 mies.); 29. Karolina (8,5 roku), Hubert (3,5 roku) i Martynka (10 mies.) Polenceusz; 30. Gabrysia (5 lat) i Jaś (10 mies.) Tworkiewicz; 31. Ania Romanowska (4 lata); 32. Krzysztof Kamiński (2 lata); 33. Nawaf Sousak (5 lat); 34. Dominik (3 lata) i Julia (8,5 roku) Maćkowsky; 35. Alicja Kamińska (17 mies.); 36. Mateusz (12 lat) i Agata (4 lata) Romańscy; 37. Tymon Olewiński (7 mies.); 38. Mateusz Obirek (3,5 roku); 39. Jakub Malinowski (5 lat); 40. Bartuś (5 lat) i Natalka (10 mies.) Słupscy; 41. Martyna Walukiewicz (12 mies.); 42. Martusia Cenker (4,5 roku); 43. Sara Łupkowska (10 lat); 44. Olga Stalińska (8 lat); 45. Laura (3 lata), Marysia (5 lat) i Adaś (1,5 roku) Pujanek; 46. Dawid Gackowski (2 lata); 47. Lenka Manerowska (2 lata); 48. Zosia (2 lata) i Marta (4 lata) Lewandowskie; 49. Kuba Bartoszewski (4 mies.); 50. Ola Bonisławska (2 lata 3 mies.); 51. Julia Kryszak (2 lata); 52. Anna Węgierska (3,5 roku); 53. Agatka Dolny (4,5 roku); 54. Martynka Kępa (9 lat); 55. Wojtek (3,5 roku) i Kuba (1,5 roku) Gierach; 56. Tymoteusz (2 lata) i Jakub (2 mies.) Bielińscy; 57. Piotr Sikorski; 58. Oliwia Bednarska (2,5 roku); 59. Julia (6 lat) i Malwina (2 lata) Arendt; 60. Dominika Radziejewska (8 mies.); 61. Laura Domka (8 lat); 62. Zuzanna Prątnicka (8 mies.); 63. Jakub Gadziński (5 lat); 64. Michał (10 lat) i Paweł (5 lat) Rogala.

Mój jest ten
kawałek podłogi!...

*Z popielnika na Wojtusia
iskiereczka mruga.
Chodź opowiem ci bajeczkę.
Bajka będzie długa*

Kołysanka



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Dawno, dawno temu, może nie za siedmioma górami i rzekami, ale na pewno za granicami uśmiechał się do Was – mili czytelnicy – trzymiesięczny Jędrus. Jemu to Mamusia śpiewała cytowaną kołysankę, zmieniając w treści tylko imię. A jako że Szanowna Redakcja prosiła o przysyłanie do czerwcowego numeru zdjęć pociech, postanowiłem przesłać swoje, wykonane w zamierzchłej przeszłości.

A co, nie wolno? Przecież też kiedyś byłem dzieckiem!

Dziecko! Jak często przechodzimy nad tym słowem, nie zastanawiając się, co on o w sobie niesie? Wspaniały Janusz Korczak tak pisał o dziecku „nie ma dzieci – są ludzie, ale o innej skali pojęć, innym za-sobie doświadczenia, innych popędach, innej grze uczuć. Pamiętajmy, że my ich nie znamy”.

Kilkadziesiąt lat bycia pediatrą nauczyło mnie rozumienia tych „ludzi” i bardzo to rozumienie sobie cenię!

A dlaczego o dzieciach? Bo to przecież pierwszego dnia czerwca wypada ich święto i tych małych i tych większych!

Ci więksi pod koniec miesiąca z radosnym okrzykiem „hallelujah” wyfruną z murów tak „kochanej” przez nich szkoły!

Celowo za nich wzniosłem ten okrzyk w angielszczyźnie, bo to teraz język numer jeden na świecie, a tak jeszcze niedawno francuski był językiem dyplomacji i salonów!

Czytając przed laty „Wojnę i pokój” Lwa Tołstoja w oryginale nie tyle miałem trudności z „bukwami”, ile z dziesiątkami stron tekstu francuskiego. Ale tak już jest i tak być musi!

A na koniec tego „dziecięcego kawałka” pozwolę sobie za Januszem Korczakiem zalecić Wam Miłe Panie i Panowie, abyście dla swoich dzieci stosowali następującą maksymę:

„Daj dzieciom dobrą dole, daj wysiłkom ich pomoc, Ich trudom błogosławieństwo. Nie najłatwiejszą prowadź ich drogą, ale najpiękniejszą.”

Wasz – rozumiejący dzieci

A. Martynowski

Spotkania w Klubie Lekarza Seniora

7 września 2011 r.

Zapraszamy lekarzy seniorów 7 września 2011 r. o godz. 14.30 do Izby na comiesięczne spotkanie. Tym razem gościem lekarzy seniorów będzie dr Jerzy Rajewski, lekarz rodzinny w Koronowie, prezes Kujawsko – Pomorskiego Oddziału Woj. Kolegium Lekarzy Rodzinnych, a także uczestnik wyprawy „Motocyklem przez Himalaje” – o której także opowie. Zapraszamy!

Absolwenci Akademii Medycznej w Bydgoszczy rocznik 1985–1991!

Z okazji 20-lecia ukończenia studiów zapraszamy na spotkanie jubileuszowe, które odbędzie się **8.10.2011 r.** Rejestracja uczestników i szczegółowe informacje pod adresem absolwenci91@cm.umk.pl. i na stronie Collegium Medicum (hasło zjazd absolwentów) www.cm.umk.pl do końca czerwca 2011 r.

Serdecznie zapraszamy

Magdalena Mackiewicz-Milewska, e-mail: magmami@onet.eu

Anita Kazdepka-Ziemińska, e-mail: anitaziem@wp.pl

Zapraszamy na ognisko!

Serdecznie zapraszamy wszystkich młodych przedstawicieli zawodów medycznych na ognisko organizowane przez Komisję Młodych Lekarzy. Ognisko odbędzie się dnia **10 czerwca 2011 roku na terenie willi Jola przy Centrum Edukacji Ekologicznej w Myślicinie**. Początek imprezy przewidziany jest na godzinę 20.00. Koszt uczestnictwa wynosi 15 zł od osoby. Wstęp na imprezę tylko z wejściówkami. Szczegółowe informacje dotyczące nabycia wejściówek oraz mapka z drogą na miejsce spotkania na stronie BIL – www.bil.org.pl Do zobaczenia!

Komisja Młodych Lekarzy

BTS Sp. z o.o. organizuje w **INOWROCŁAWIU**

WIELOSPECJALISTYCZNE GABINETY LEKARSKIE

o wysokim standardzie
(parking, winda, klimatyzacja, dobra lokalizacja).

Zainteresowanych lekarzy prosimy o kontakt

pod numerem telefonu: **602606124**

lub adresem e-mail: m.baranska@bts-inowroclaw.pl

Tel. 783 192 806



SPRZEDAM KOMFORTOWY DOM Bydgoszcz, Osowa Góra

PRACA

NZOZ Nasza Przychodnia w Kcyni, ul. Libelta 28 zatrudni **lekarza do pracy w POZ** (najchętniej **specjalistę medycyny rodzinnej** lub w trakcie specjalizacji). Kontakt: tel. 502 624 355 lub e-mail: pprusak@op.pl

NZOZ Przychodnia Górzyskowo w Bydgoszczy zatrudni **lekarzy medycyny rodzinnej do pracy w POZ**. Forma zatrudnienia do negocjacji. Oferty pracy wraz z dokumentami potwierdzającymi posiadane kwalifikacje można składać na adres: NZOZ Przychodnia Górzyskowo ul. Żwirki i Wigury 11, 85-310 Bydgoszcz lub elektronicznie na adres: przychodniagorzyskowo@scs.com.pl. Informacji udziela dyrektor pod nr telefonu 696 052 905, administracja – tel. 52 3731596.

NZOZ w Bydgoszczy poszukuje do współpracy **lekarzy stomatologów**. Oferujemy dobre warunki pracy i atrakcyjne wynagrodzenie. Tel. 784 022 443.

NZOZ w Bydgoszczy poszukuje do współpracy lekarzy stomatologów. Oferuje dobre warunki pracy i atrakcyjne wynagrodzenia. Tel. 784 022 443.

WYNAJMĘ

Wynajmę/kupię lokal na gabinet stomatologiczny. Kontakt 667 434 142.

Centrum Medyczne KERmed wynajmie nowoczesne, w pełni wyposażone gabinety lekarskie (rejestracja, poczekalnia, toalety, zaplecze socjalne) w dobrej lokalizacji – ul. Pomorska 5 (blisko ul. Gdańskiej i Dworcowej). Tel. kontaktowy: 784 655 065.

Wynajmę na godziny komfortowy gabinet lekarski w centrum Bydgoszczy na ul. Chodkiewicza (niedaleko ul. Gdańskiej). W cenie wynajmu zapewniamy recepcję i profesjonalną obsługę pielęgniarską. Wolne dni to: poniedziałek, środa, piątek i sobota. Cena do uzgodnienia. www.gabinetnachodkiewicza.pl Tel. 502 442 057.

SPRZEDAM

Sprzedam unit stomatologiczny Kavo Junior. Tel. 603 847 956, 52 3413111.

BMW 520d
Nowy Polski Pakiet

www.bmw-
dynamicmotors.pl



Radość z jazdy



DLA TYCH, KTÓRZY WYPRZEDZAJĄ. I DLA TYCH, KTÓRZY PO PROSTU PROWADZĄ.

Jak zmierzyć wrażenie, które sprawisz, prowadząc BMW serii 5? W końcu w biznesie liczą się wymierne korzyści, a BMW 520d to dla biznesu idealna wizytówka. Dynamiczny silnik wysokoprężny o mocy 184 KM*, dwustrefowa automatyczna klimatyzacja, a do tego atrakcyjne wyposażenie dodatkowe, w tym reflektory bi-ksenonowe, 8-biegowa automatyczna skrzynia biegów i ogrzewanie foteli przednich. BMW serii 5 nie jest jedynie limuzyną – jest fuzją elegancji z wydajnością. Doświadczyć tego już teraz na www.bmw.pl/seria5pakiet

BMW 520D Z NOWYM POLSKIM PAKIETEM. JUŻ OD 188 900 PLN BRUTTO.

BMW EfficientDynamics
Mniejsza emisja. Większa radość z jazdy.

Dealer BMW Dynamic Motors ul. Fordońska 264, 85-790 Bydgoszcz, tel.: +48 52 339 51 10

* Emisja CO₂ i zużycie paliwa w cyklu mieszanym według normy ECE dla BMW 520d Limuzyna: 129 g/km i 4,9 l/100 km.

JUŻ OD 61 900 zł

SHIFT the way you move



NOWY NISSAN JUKE MIASTOODPORNY. ENERGETYZUJĄCY.

Dostępny także z następującym wyposażeniem:*

- Inteligentny napęd All Mode 4x4-i
- Nowy silnik z turbodoładowaniem 190 KM;
1,6 litra
- Przycisk uruchamiający silnik
- Trzy tryby jazdy (Normal / Sport / Eco)
- Multimedialny system nawigacji
Nissan Connect
- Kamera cofania
- 17" felgi ze stopu metali lekkich

**Autoryzowany Dealer Nissana
Yama Sp. z o.o.**

86-031 Osielsko, ul. Szosa Gdańska 28,
tel. 52 360 53 10



*Wskazane wyposażenie jest wyposażeniem dodatkowym. Zdjęcia są jedynie ilustracją. Dane i fakty podane w niniejszej reklamie służą wyłącznie celom informacyjnym i nie stanowią oferty zawarcia umowy. Oferta ważna od 01/05/2011 do 30/06/2011. W celu uzyskania bliższych informacji na temat Nissan Connect, dostępnych wersji językowych oraz terytoriów odwiedź naszego Dealera lub stronę www.nissan.pl. Zużycie paliwa w cyklu mieszanym: 5,1-7,6 l/100 km, emisja CO₂: 134-175 g/km. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów oraz ich przydatności w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej www.nissan.pl.