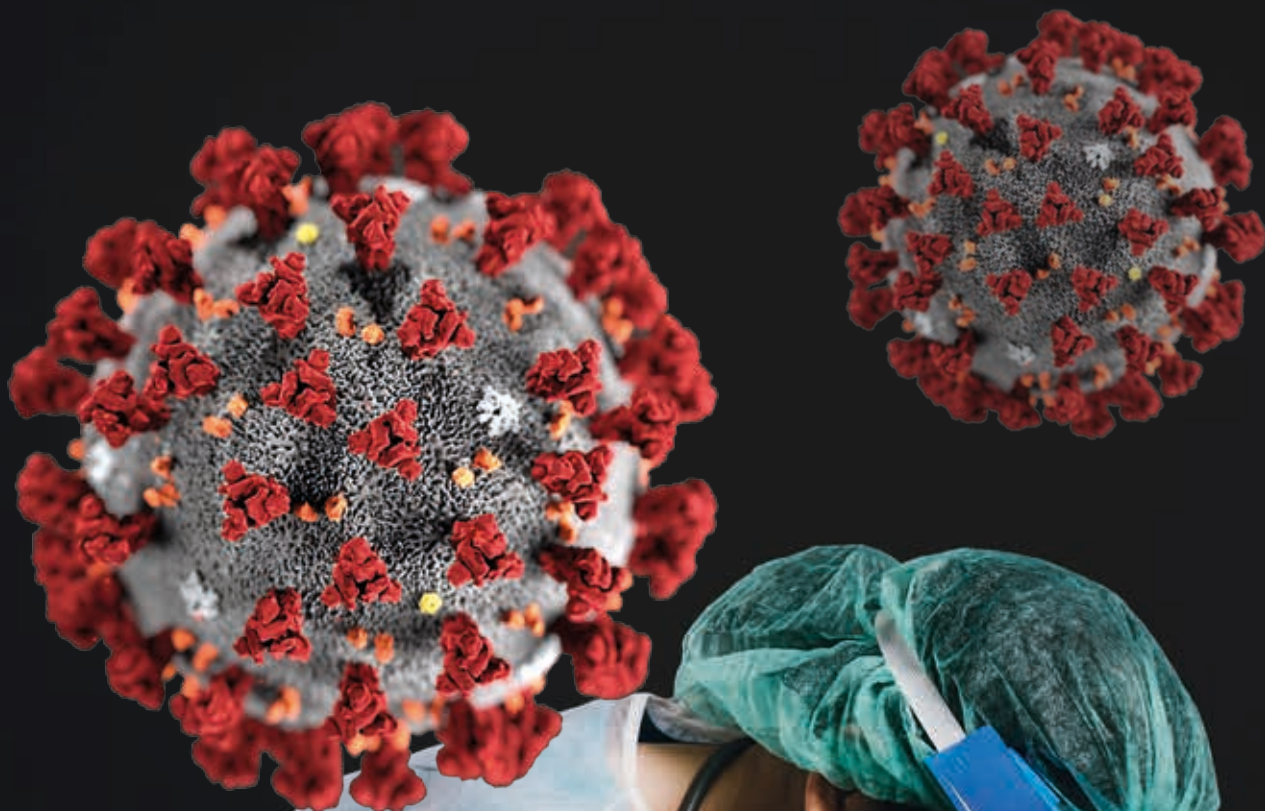


BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

# Primum

ISSN 2353-6055

nr 11 (352) / listopad 2020



**To nie jest koniec, to nawet nie jest początek końca. To dopiero koniec początku.**

W. Churchill



Z DALA OD ZGIEŁKU

# Żyj pięknie w pięknym miejscu

  
**BALATON**  
APARTAMENTY

Balaton Apartamenty powstające przy ul. Ceramicznej w Bydgoszczy są odpowiedzią na potrzeby osób, które oczekują ciszy i relaksu w otoczeniu parku i wody, a zarazem nie chcą rezygnować z luksusu, wygody i atutów miasta. Wszystkie apartamenty wyróżnia podwyższony standard deweloperski, który pozwala na swobodną aranżację wewnątrz dopasowaną do indywidualnych potrzeb i poczucia estetyki.



Otoczenie Parku  
nad Balatonem



Duże balkony  
i wielkoformatowe okna



Stylowe wykończenie  
części wspólnych



Całodobowa ochrona  
i ogrodzony teren

**Arkada** Invest

**KONTAKT**  
tel. 663 959 608  
[www.arkada-invest.pl](http://www.arkada-invest.pl)

**BIURO SPRZEDAŻY MIESZKAŃ**  
Bydgoszcz, ul. Fordońska 2  
(Arkada Business Park)

## W NUMERZE:

### ROZMOWA Z...

... dr. hab. n. med. Grzegorzem Przybylskim, prof. UMK:  
Będziemy działać dopóki COVID się nie skończy 2

### OD KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE CHOROBY ZAKAŻNYCH

Jesień 2020: Epidemia wymyka się spod kontroli 6

TAK MYŚLĘ 8, 9

INFORMUJEMY 8, 9

FARMAKOTERAPIA COVID-19 – OCENA SYTUACJI 10

POZ BEZ TAJEMNIC Niezaangażowany 12

COVIDOODPORNOŚĆ TO STAN UMYŚŁU 13

MEDYCZNY NOBEL 2020 14

OD KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE SEKSUOLOGII...  
Przez pryzmat... homofobii 16

AD VOCEM 18, 19

WSPOMINAMY 20, 21

LEKARSKI SPORT 22

FELIETON I... ANGIELSKI 23

W PIGUŁCE 24

## W kolejnym numerze:

O działaniach Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w obliczu zbierającej coraz większe żniwo pandemii SARS-CoV-2 – porozmawiamy z Barbarą Nawrocką, rzeczniczką instytucji.

Zapytamy m.in. o finansowanie placówek medycznych w tym trudnym okresie, o dostępność świadczeń dla pacjentów chorujących na COVID, ale także dla tych, którzy cierpią na inne schorzenia, m.in. onkologiczne czy naczyniowe, oraz o przyszłoroczny, podobno niższy, budżet NFZ.

## Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Szybko zmienia się pandemiczna rzeczywistość – z wakacyjnej sielanki wpadliśmy w koszmar. Wszędzie brak lekarzy i struktur przygotowanych, chociaż wstępnie, do zmagania nie tylko z wirusem COVID-19. Politycy i urzędnicy nie wykorzystali pięciu miesięcy względnego spokoju i teraz na wyścigi szukają winnych gwałtownie pogarszającej się sytuacji.

Wypowiedzi niektórych, bolesne szczególnie dla naszego środowiska, bo ferowane przez lekarzy zajmujących się polityką, jednoznacznie wskazują winowajcę – lekarze, zawsze lekarze. To oni nie chcą – chociaż przysięgali – ofiarnie nieść pomocy bliźniemu. Taka narracja przeważa w mediach, zwłaszcza wrażliwych na poglądy władzy. Muszę przyznać, że żal to niepełne określenie moich odczuć. Brzydzę się każdym, kto widzi żdźbło w oku lekarza, a we własnym nie czuje tkwiącej belki. Wiara urzędnicza, że myśl przelana na papier przybiera kształt materialny natychmiast, jest nie tylko naiwna, ale niebezpieczna, ponieważ buduje iluzoryczny obraz opanowanej sytuacji. Tymczasem pogarszamy jakość opieki nad chorymi, wydzielając z istniejących zasobów „nowe” oddziały i szpitale, które muszą opiekować się pacjentami chorującymi z powodu wirusa SARS-CoV-2.

Oczywiście trzeba próbować to pogodzić, ale rządzący powinni jasno i uczciwie powiedzieć społeczeństwu, że w stanie wojny z wirusem musi liczyć się z pogorszeniem opieki medycznej, a medycy powinni pracować z pełnym zaangażowaniem, bez obaw, że każde uchybienie zaprowadzi ich przed oblicze Temidy. Sądzę, że propozycja prezesa Andrzeja Matyji – Klauzula Dobrego Samarytanina jest właściwa, ale takie ważne ustalenia nie są podejmowane przez rządzących, a jeżeli, to jednostronnie, bez konsultacji z naszym środowiskiem. Z przynęceniem odnotowuję również fakt, że nasz wspólny głos, a właściwie krzyk, w istotnych sprawach dotyczących pandemii wciąż zagłuszają wypowiedzi lekarzy, niekiedy również utytułowanych naukowo, które nie tylko dystansują się od środowiska lekarskiego, ale są nam jawnie wrogie.

Czy mam dla Państwa jakąś dobrą wiadomość, która nutkę optymizmu wniesie do tej smutnej rzeczywistości? Tak – staraniem samorządu pozyskaliśmy szczepionki p/grypie, chętnych zapraszamy do indywidualnego zgłaszania się. Na koniec muszę powiedzieć, że w naszym regionie współpraca z organami państwowymi – zwłaszcza Wojewodą Kujawsko-Pomorskim – jest dobra i jak dotąd uniknęliśmy działań nakazowych delegujących poszczególnych lekarzy administracyjnie do pracy w ramach walki z pandemią.

W tym trudnym czasie życzę wszystkim wytrwałości, spokoju i zdrowia!

Z wyrazami najwyższego szacunku dla wszystkich Koleżanek i Kolegów Lekarzy i Lekarzy Dentystów

Dr n. med. Marek Bronisz

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej



## BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ primum

e-mail: [primum@bil.org.pl](mailto:primum@bil.org.pl)  
tel. 52 346 07 85

### RADA PROGRAMOWA:

prof. Aleksander Araszkiwicz,  
red. Agnieszka Banach-Dalke,  
red. Teodora Bogdańska,  
lek. Mięczysław Boguszyński,  
red. Magdalena Godlewska,  
dr n. med. Stanisław Prywiński,  
lek. dent. Marek Rogowski  
(przewodniczący),  
dr n. med. Zofia Ruprecht

### REDAKTOR NACZELNA:

Agnieszka Banach-Dalke  
[agnieszka.banach@hipokrates.org](mailto:agnieszka.banach@hipokrates.org)

### REDAKTOR:

Magdalena Godlewska  
[magodlewska@poczta.onet.pl](mailto:magodlewska@poczta.onet.pl)

### CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje!

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania  
i poprawiania materiałów oraz zmian w tytułach.  
Za treść reklam nie odpowiadamy.

### 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](mailto:bil@bil.org.pl), [www.bil.org.pl](http://www.bil.org.pl)

### • Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

dr n. med. Elżbieta Narońska-Wierczewska,  
e-mail: [rzecznik@bil.org.pl](mailto:rzecznik@bil.org.pl)  
tel. 52 3461257

### • Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów:

dr n. med. Wojciech Kosmowski  
tel. 605 550 017

### DRUK:

Abedik, Bydgoszcz, tel. 52 3700710

### SKŁAD:

Magraf s.c., Bydgoszcz, tel. 52 3791435

Nakład: 4340 egzemplarzy

Lawinowo rosnąca liczba zakażonych, obłożone łóżka szpitalne, deficyt kadry medycznej, karetki z chorymi na COVID krążące w poszukiwaniu miejsc w szpitalach – takie sytuacje są dzisiaj w Polsce na porządku dziennym. Premier zapewniał wprawdzie, że jesteśmy kilka kroków przed pandemią, ale ma się raczej wrażenie, że ona właśnie po nas depcze. Pan zna to wszystko od środka. Jak z Pana perspektywy – lekarza kierującego oddziałem dla chorych z COVID – ocenia Pan sposób radzenia sobie przez nas z pandemią? Spodziewa się Pan drugiej Lombardii? Niektórzy mówią, że już jest...

Od marca wszyscy uczymy się czegoś zupełnie nowego. Jestem lekarzem od 35 lat i nigdy nie doświadczałem takiej sytuacji... Jeszcze do września można było odnieść wrażenie, że przejdziemy przez pandemię w miarę suchą stopą. Był czas wyborów, wakacji, pofolgowaliśmy sobie... Dopiero od połowy września zaczęły się niepokój, bo wskaźniki zaczęły rosnąć. Najpierw było to 800–1000 przypadków, na początku października kilka tysięcy, w połowie już ponad 9 tys. i ponad 100 zgonów dziennie. Ministerstwo zapewnia, że łóżek wystarczy, że w razie czego zwiększy liczbę placówek, które będą zajmować się COVID, ale żaden szpital nie jest z gumy... Za chwilę może się okazać, że nie ma gdzie skierować pacjenta. Możemy brać pod uwagę różne scenariusze. Oby nie była to druga Lombardia, bo nie wytrzyma tego żadne państwo. Nawet najbogatszy kraj nie da sobie rady z nagłym pikiem epidemiologicznym, do którego wyraźnie zmierzamy. Pamiętajmy, że do tego wszystkiego dołączą jeszcze zakażenia grypowe... Listopad i okres przedświąteczny mogą być najgorszym czasem w naszej walce z COVID.

#### Może konieczny jest drugi lockdown, żeby opanować obecną sytuację?

Ze względów medycznych pewnie byłoby to najlepsze rozwiązanie. Zakażonych już dziś jest bardzo dużo, a szacuje się, że 10 proc. z nich będzie wymagało hospitalizacji. Jeżeli teraz mamy ok. 10 tys. przypadków dziennie, to można przewidzieć, że za jakiś czas do szpitala każdego dnia trafi ok. tysiąc osób. Dla szpitali to będzie katastrofa. Myślę, że wszystkie wtedy staną się miejscami dla chorych z COVID.



Od marca do połowy października przewinęło się przez niego ponad 100 pacjentów. Mieliśmy 26 łóżek, teraz jest 40, w tym 8 respiratorowych, co dla nas – pulmonologów – jest dużą nowością i niewiadomą. Na szczęście anestezjolodzy zapewniają nam wsparcie. Człowiek uczy się do końca życia... Można powiedzieć, że mamy teraz kilka nowych specjalizacji – jesteśmy pulmonologami specjalizującymi się w COVID, już prawie zakaźnikami, a niedługo może anestezjologami.

# Będziemy działać dopóki

## Z dr hab. n. med. Grzegorzem Przybylskim, prof. UMK, który od marca kieruje oddziałem dla chorych z COVID-19

Boję się, że w tym całym koronawirusowym szaleństwie zagubi się bardzo wiele innych schorzeń. Już nie widać chorób nowotworowych, krążeniowych, zawałów, chorób wrzodowych czy nerek, a przecież ludzie nie przestali na nie zapadać.

#### Od wybuchu pandemii Pana dotychczasowy Oddział Kliniczny Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy zajmuje się tylko pacjentami z COVID. Proszę powiedzieć, w jaki sposób oddział został przygotowany do całkiem nowych zadań?

Prawie z dnia na dzień ze zwykłego oddziału chorób płuc staliśmy się oddziałem covidowym. 4 marca otrzymaliśmy decyzję, a 13 już przyjmowaliśmy pacjentów. Musieliśmy się zupełnie przebudować – utworzyliśmy m.in. śluzy dla pracowników, osobne wejścia i wyjścia. Generalnie wszystko zrobiliśmy sami, korzystając z doświadczeń szpitali z Lombardii czy Stanów Zjednoczonych, prasy na ten temat, z rad konsultanta wojewódzkiego ds. chorób zakaźnych. Stworzyliśmy może nie tak doskonały jak włoski, ale w miarę bezpieczny oddział zakaźny.

#### Jak wygląda praca na takim oddziale, kontakt z chorymi?

Z pacjentami przebywamy około dwóch godzin dziennie – badając, weryfikując leki, zlecenia – wszystko oczywiście w specjalistycznych kombinezonach. Nie są to komfortowe warunki pracy. Jest gorąco, niewygodnie, parują okulary... Dobrze, że mamy już chłodniejszą porę roku. W takim stroju człowiek czuje się zupełnie kimś innym, mamy nawet kłopot, żeby rozpoznać siebie nawzajem. Ale przynajmniej jesteśmy bezpieczni! Kontaktujemy się z chorymi także przez telefony komórkowe, walkie-talkie, widzimy ich dzięki monitoringowi na każdej sali. Dysponujemy kardiomonitarami, dzięki czemu pielęgniarki kontrolują parametry życiowe pacjentów, m.in. ciśnienie, tętno czy saturację – fundamentalny wskaźnik. Czasami widzimy, że nagle pacjent ma saturację w granicach 70 – trzeba szybko zareagować, ale oczywiście, najpierw założyć kombinezon... Na szczęście zdarza się, że to fałszywy alarm, bo np. chory przysnął i pulsoksymetr zsunął się z palca. Gorzej, jeśli te parametry pogarszają się naprawdę...

**Dr hab. n. med. Grzegorz Przybylski, prof. UMK** – wieloletni kierownik Katedry Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy CM UMK i Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy – od marca 2020 r. kieruje oddziałem wyznaczonym do opieki nad chorymi z COVID-19. Specjalista chorób płuc i alergologii. Nauczyciel akademicki z wieloletnim doświadczeniem. Jest promotorem dwóch przewodów doktorskich oraz licznych prac magisterskich i licencjackich, recenzent rozpraw habilitacyjnych i doktorskich. Przewodniczący Oddziału Bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Autor szeregu prac dotyczących gruźlicy i jej uwarunkowań społeczno-ekonomicznych. Publikuje również prace z zakresu schorzeń układu oddechowego dotyczące elementów jakości życia, dylematów diagnostycznych śródmiąższowych chorób płuc, roli kompleksów immunologicznych oraz palenia tytoniu jako czynnika ryzyka chorób płuc.

### **Oddział ma 40 miejsc, a liczba zakażonych rośnie – czy jest w stanie przyjąć więcej chorych?**

Na pewno nikogo nie odeślemy bez pomocy. Wiemy, że może być ciężko... Krążą historie tego typu, że do respiratora może być wezwany niewyspecjalizowany w jego obsłudze lekarz, a jedynym pytaniem przed wręczeniem mu instrukcji obsługi tej aparatury będzie: „Czy umie pan czytać?”. Na razie to brzmi jak żart, ale kto wie? Jesteśmy przecież w stanie prawie zagrożenia wojennego...

### **Żeby tylko potem takim lekarzem, który popełni błąd – bo zajmował się czymś niezwiązanym ze swoją specjalizacją – nie zajął się prokurator...**

Niestety, tego wykluczyć nie można. Jesteśmy między młotem a kowadłem... A tu jeszcze padają takie słowa, jak wicepremiera Jacka Sasina, że – jesteśmy niezaangażowani w walkę z pandemią... Już i tak w naszym środowisku wrze, a taka wypowiedź, to dolewanie oliwy do ognia. Wiadomo, że wszyscy się boimy. Obaw jest mnóstwo, często zresztą uzasadnionych. Przecież każdy ma jedno życie. Na pewno jednak będziemy działać, póki COVID się nie skończy.

COVID choruje się różnie. Wielu ludzi pewnie nie wie, że tę chorobę przechodzi, inni mają niewielki kaszel, uczucie podduszania, zadyszkę, zaburzenia węchu i smaku. U części osób jednak te objawy postępują – duszność narasta, pojawiają się zaburzenia gazometryczne, rytmu serca, może dojść do niedokrwienia mięśnia sercowego, ostrego zespołu wieńcowego. Najbardziej narażone są tu płuca. Generalnie mówi się, że grypa atakuje górne drogi oddechowe, bardzo rzadko dolne. Tymczasem koronawirus prawie zawsze dociera do dolnych dróg oddechowych, powodując zapalenie płuc o różnym stopniu ciężkości. Można powiedzieć, że kiedy mamy kaszel, płuca już w jakimś stopniu są zajęte.

### **W jakim stanie są teraz pacjenci na Pana oddziale?**

Mamy pacjentów między 30 a 90-tym rokiem życia, w stanie od średniego do ciężkiego i jak to się teraz mówi – z tzw. chorobami współistniejącymi. Chorzy mają astmę oskrzelową, choroby układu nerek. Wcześniej mieliśmy też dużo chorych ze współistnieniem chorób nowotworowych. Mówi się, że choroba nowotworowa nie mobilizuje do pojawienia się COVID, ale koincydencja tych dwóch schorzeń źle rokuje, szczególnie u pacjentów po 70 roku życia, którzy dodatkowo cierpią jeszcze często na cukrzycę, niewydolność krążenia, chorobę wrzodową czy hipercholesterolemię. Niestety, u tych chorych mieliśmy parę zgonów. Choroby towarzyszące COVID określają nam wybór kuracji, którą możemy zastosować, np. w niewydolności nerek czy serca z pewnych leków musimy zrezygnować. Tymczasem panel terapii, które możemy zastosować w COVID, nie jest zbyt szeroki.

### **Na COVID cały czas nie ma lekarstwa, ale stosuje się wiele leków, które proces leczenia wspomagają. Jak to wygląda na Pana oddziale?**

Podajemy osocze ozdrowieńców z całkiem dobrym efektem, ale obawiamy się, że przy takiej dynamice epidemiologicznej może go za chwilę zabraknąć. Stosowaliśmy remdesiwir. Ale ostatnio był niedostępny. W tym tygodniu otrzymaliśmy lek w ilości dla dwóch chorych. U pacjentów ciężkich i z dużą burzą cytokinową z wysokim pozio-

# COVID się nie skończy

w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii rozmawia Agnieszka Banach

### **Ostatnio prof. Wojciech Szczeklik, kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii ze Szpitala Klinicznego w Krakowie, powiedział, że tak podstępnie przebiegającej choroby, jak COVID jeszcze nie widział. Proszę powiedzieć: jak choruje się na COVID-19?**

Grypa jest na pewno bardziej przewidywalna. Pacjent z powikłaniami, pogrypowym zapaleniem płuc, którego przyjmujemy do nas w ciężkim stanie – rokuje źle. Kiedy przychodzi w dobrej kondycji, jest bardzo mało prawdopodobne, żeby nagle się pogorszył, a choroba przeszła w ciężką niewydolność oddechową. Przy COVID jest o wiele mniej przewidywalnie. Zdarzają się pacjenci, którzy przychodzą stabilni, z lekkim kaszlem, z zaburzeniami powonienia i smaku. Na wejściu robimy im TK w wysokiej rozdzielczości i... okazuje się, że właściwie nie mają płuc. Po trzech, czterech dniach taki pacjent na tyle się pogarsza, że klinika staje się adekwatna do obrazu radiologicznego. Czasami też jesteśmy zaskoczeni w drugą stronę – u pacjenta z masywnymi zmianami w płucach widzimy, że po miesiącu, dwóch zmiany się cofają albo całkowicie, albo w znaczący sposób. Na

mem interleukiny 6 podajemy tocilizumab. Nie jest to lek, który jest zarejestrowany w COVID. Wcześniej sprawdzał się m.in. w chorobach hematologicznych. Przy koronawirusie jest skuteczny, ale trzeba go podać w odpowiednim momencie, do 10 dnia choroby, kiedy burza cytokinowa jest masywna – wtedy skraca czas rekonwalescencji, szczególnie układu oddechowego.

” Krążą historie tego typu, że do respiratora może być wezwany niewyspecjalizowany w jego obsłudze lekarz, a jedynym pytaniem przed wręczeniem mu instrukcji obsługi tej aparatury będzie: „Czy umie pan czytać?”. Na razie to brzmi jak żart, ale kto wie? Jesteśmy przecież w stanie prawie zagrożenia wojennego...

Mamy dużo doniesień na temat uszkodzeń serca, układu naczyniowego, które powoduje wirus, dlatego rutynowo podajemy leki przeciwzakrzepowe. Posiłkujemy się też sterydami, tlenoterapią, antybiotykoterapią. Generalnie na przestrzeni tych kilku miesięcy rekomendacje, jakie leczenie stosować, zmieniały się dość szybko. Na początku modna była hydroksychlorochina i chlorochina, azytromycyna czy kaletra stosowana w leczeniu HIV/AIDS. Obecnie od tego wszystkiego się odchodzi i wraca do sprawdzonych leków, np. sterydów, często stosowanych w chorobach śródmiąższowych, a taką jest COVID.

**Niedawno na COVID-19 chorował najważniejszy obywatel USA – Donald Trump. Dzięki terapii, którą u niego zastosowano, czuje się świetnie – jak mówi – i zapewnia, że taka kuracja ma być dostępna dla innych chorujących w jego kraju. Oczywiście, jak wygra wybory... Co Pan sądzi o jego terapii?**

Zastanawiam się, czy jego choroba nie była kampanijnym chwytym. Tak szybko nie wychodzi się z COVID. Chyba, że chorowałby bezobjawowo albo bardzo skąpoobjawowo, ale Trump podobno był nawet poddany tlenoterapii. Prezydent otrzymał całe stosowane leczenie plus terapie niekonwencjonalne. Wiele towarzystw naukowych i lekarskich taką terapię, zaordynowaną mu przez jego osobistego lekarza, krytykowało. Myślę, że wiele leków było tam niepotrzebnych. Podawano mu też suplementy, m.in. wit. D3 czy cynk, czego w rekomendacjach nie ma i my ich nie stosujemy.

**Choroba nie oszczędza także lekarzy opiekujących się chorymi. Ogniśka wybuchają w wielu szpitalach w województwie. Nie ominęły też K-PCR. Zawieszono nawet pracę jednego z oddziałów. U niektórych osób z personelu choroba miała poważny przebieg i nadal chorują. Sytuacja już została ustabilizowana?**

Problem z personelem mieliśmy też na naszym oddziale – kilka osób było zakażonych. Musieliśmy dokooptowywać skład pielęgniarski i lekarski. Na szczęście sytuacja wraca do normy. Zresztą od marca jesteśmy oddziałem z i tak najbardziej stabilnym składem. Może obserwując na co dzień to zagrożenie, bardziej się przed nim chronimy, bardziej zabezpieczamy?

**” Zdarzają się pacjenci, którzy przychodzą stabilni, z lekkim kaszlem, z zaburzeniami powonienia i smaku. Na wejściu robimy im TK w wysokiej rozdzielczości i... okazuje się, że właściwie nie mają płuc. Po trzech, czterech dniach taki pacjent na tyle się pogarsza, że klinika staje się adekwatna do obrazu radiologicznego.**

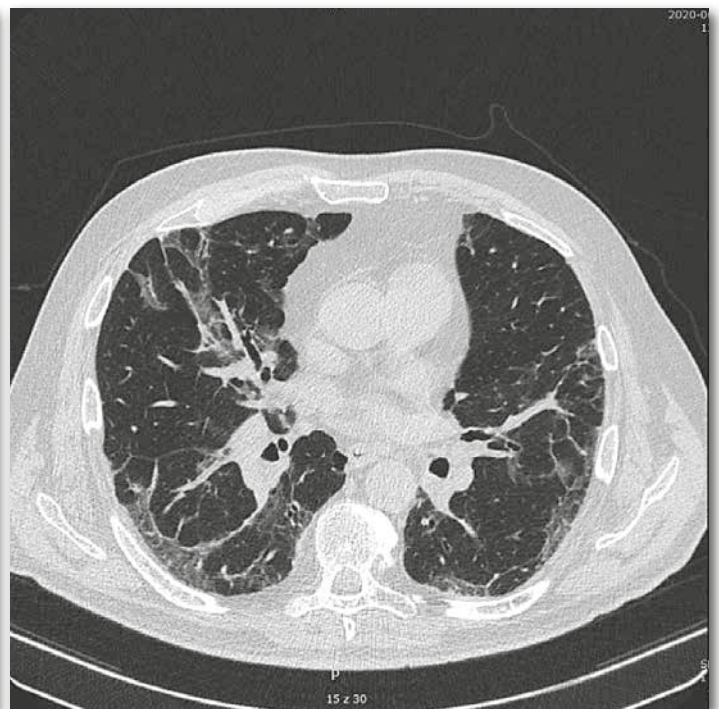
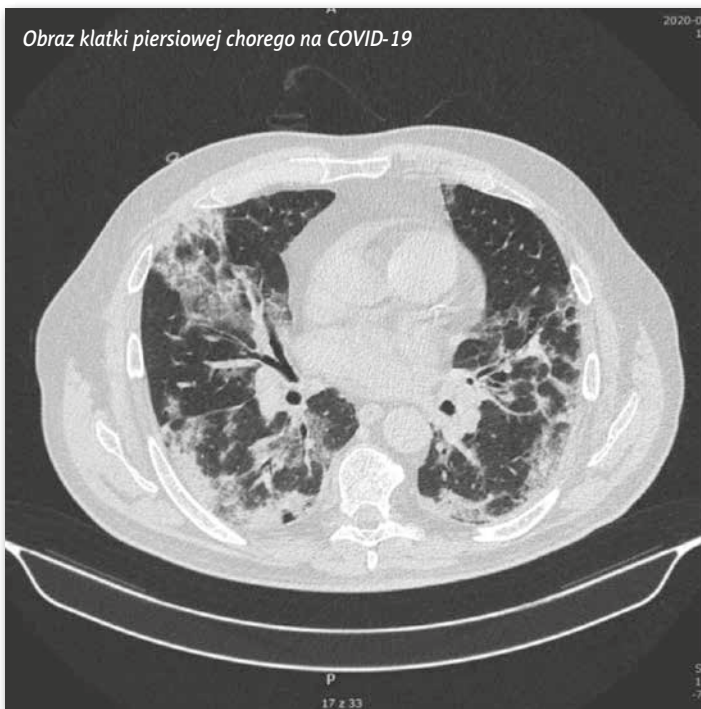
**Najbardziej prawdopodobnym scenariuszem dla osoby, która teraz zakazi się SARS-CoV-2, wydaje się być chorowanie w domu. W szpitalu może być ciężko o miejsce, w ogóle o personel... Może warto byłoby zastosować system domowych pulsoksymetrów, który podobno sprawdza się w łodzi?**

Słyszałem, że Ministerstwo Zdrowia nawet zakupiło 9 tys. pulsoksymetrów, które mają otrzymać wojewodowie, by dalej przekazać je lekarzom rodzinnym. To bardzo dobry pomysł, ale szkoda, że realizowany tak późno... Saturacja poniżej 90, to już jest sygnał, że konieczna jest hospitalizacja, przy wyższej chory może pozostawać w domu i stosować leczenie objawowe.

**Niedawno na ulice polskich miast licznie wylegli tzw. koronasceptycy, oczywiście bez obowiązkowych maseczek i dystansu, bo to ogranicza ich wolność... Jak Pan reaguje na tezy typu: nie ma żadnej pandemii, COVID jest mniej groźny niż grypa, a maseczki powodują grzybicę? Co by Pan przekazał głoszącym je osobom, np. koleżankom i kolegom lekarzom, których w tym gronie nie brakuje....**

Chciałbym ich poprosić, żeby się nie odzywali, a jeżeli będą chory – niech nie wzywają pomocy i nie zajmują miejsc w szpitalach! Szkodzą sobie sami, ale w rezultacie, niestety, też innym ludziom. Za późno ich wychowywać, ale niech chociaż zrozumieją, że nie mogą dbać tylko o swoją wolność – muszą uszanować prawo do wolności drugiego człowieka, który nie chce być przez nich zakażony!

Obraz klatki piersiowej chorego na COVID-19



# E-skierowanie w pytaniach i odpowiedziach

Już od 8 stycznia 2021 roku skierowania do poradni, szpitali czy na badania diagnostyczne będą wystawiane pacjentom w postaci elektronicznej. E-skierowania będą działać na podobnej zasadzie jak e-recepty. W poprzednim wydaniu opisywaliśmy najważniejsze zasady, związane z wprowadzaniem tego rozwiązania oraz jego zalety dla lekarzy i pacjentów. Dziś przedstawiamy odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania, dotyczące e-skierowań.

## Jak w praktyce wygląda wystawienie e-skierowania?

– Lekarz kierujący pacjenta wystawia i podpisuje e-skierowanie. Może do tego wykorzystać swój system gabinetowy lub bezpłatną aplikację przygotowaną przez Ministerstwo Zdrowia i dostępną w internecie pod adresem [www.gabinet.gov.pl](http://www.gabinet.gov.pl). Czynność ta wygląda analogicznie do wystawienia e-recepty. Wystawione e-skierowanie musi zostać podpisane (podpisem elektronicznym), po czym trafia do ogólnokrajowego systemu e-zdrowie (P1). Pacjent otrzymuje dane dostępne e-skierowania drogą elektroniczną – jako SMS lub e-mail z czterocyfrowym kodem, o ile podał swoje dane kontaktowe na Internetowym Koncie Pacjenta w serwisie [pacjent.gov.pl](http://pacjent.gov.pl). Pacjent może też otrzymać wydruk informacyjny. Wydanie wydruku jest wymagane, jeśli pacjent nie wskazał swoich danych na IKP lub jeśli po prostu o to poprosił.

## Gdzie pacjent może zrealizować e-skierowanie?

– Pacjent może zarejestrować się z e-skierowaniem w każdej placówce w Polsce. Jeśli przychodnia jest już podłączona do systemu e-zdrowie (P1) i obsługuje e-skierowania, pacjent zapisuje się na wizytę lub badanie, podając 4-cyfrowy kod e-skierowania oraz numer PESEL.

W placówkach, które do 8 stycznia 2021 nie będą jeszcze podłączone do systemu, pacjent, aby zapisać się na wizytę lub badanie musi podać więcej informacji, które znajdują się na wydruku:

- podstawowe informacje o skierowaniu (kto wystawił, z jakim rozpoznaniem)
- 4-cyfrowy kod dostępu i numer PESEL osoby, której wystawiono e-skierowanie lub
- klucz – 44-cyfrowy numer umożliwiający odczytanie e-skierowania; numeryczne przedstawienie kodu kreskowego lub
- numer identyfikujący – identyfikator techniczny umożliwiający rozróżnienie dokumentu w systemie, zawierający różne metadane zgodne ze standardami.

W takiej sytuacji pacjent musi złożyć również oświadczenie, że zapisuje się tylko do jednej placówki. Wzór tego oświadczenia dostępny jest na stronie [pacjent.gov.pl](http://pacjent.gov.pl) w artykule „E-skierowanie przyjazne dla pacjentów”.

## Czy mój dostawca oprogramowania jest gotowy z modułem do obsługi e-skierowań?

– Producenci oprogramowania przygotowali lub przygotowują odpowiednie zmiany lub rozszerzenia pozwalające na obsługę e-skierowań. Na stronie [www.ezdrowie.gov.pl](http://www.ezdrowie.gov.pl) w sekcji poświęconej e-skierowaniu znajdują się aktualizowane informacje o oprogramowaniu poszczególnych dostawców – czy już umożliwia ono wystawianie lub realizację e-skierowania lub w jakim terminie to będzie możliwe.

## Czy e-skierowanie można wystawiać zdalnie?

– Tak. Lekarz może wystawić e-skierowanie zarówno po zbadaniu pacjenta w czasie tradycyjnej wizyty, jak również po zbadaniu pacjenta w czasie teleporady, czyli z wykorzystaniem na przykład komunikatora internetowego lub innego systemu teleinformatycznego.

## W jaki sposób można wystawić e-skierowanie pacjentowi, który nie posiada numeru PESEL?

– Jeśli pacjent nie ma numeru PESEL, do identyfikacji wykorzystywany jest 44-cyfrowy kod kreskowy, znajdujący się m.in. na wydruku informacyjnym. Dlatego w takiej sytuacji należy wystawić e-skierowanie i przekazać pacjentowi wydruk. Na jego podstawie pacjent będzie mógł zrealizować e-skierowanie. W tej sytuacji nie generuje się 4-cyfrowy kod. Dotyczy to np. noworodków bez numeru PESEL lub obcokrajowców.

## Czy na e-skierowaniu trzeba wskazać konkretną placówkę lub rodzaj placówki, do której kierowany jest pacjent?

– W tej kwestii e-skierowanie działa identycznie, jak to było dotychczas w przypadku skierowań w postaci papierowej. Lekarz wskazuje tylko rodzaj placówki, do której pacjent ma się udać, na przykład poradnię kardiologiczną. Według obowiązującej od wielu lat zasady, pacjent sam decyduje, gdzie chce się zapisać na wizytę lub zabieg i nie jest kierowany do konkretnej szpitala ani przychodni.

## Czy pacjent może zrealizować e-skierowanie w prywatnej placówce?

– Wprowadzenie e-skierowania nie zmienia zasad zapisywania się na konsultacje czy zabiegi. Według obowiązujących zasad, skierowanie jest potrzebne, aby pacjent otrzymał świadczenia finansowane przez NFZ, czyli ze środków publicznych. Tylko w przypadku dwóch rodzajów badań diagnostycznych – badania medycyny nuklearnej oraz tomografii komputerowej – skierowanie jest wymagane zawsze, niezależnie od tego, czy pacjent płaci za nie prywatnie, czy też są one finansowane przez NFZ.

Centrum e-Zdrowia zaprasza wszystkich lekarzy do kontaktu i zadawania pytań, przy pomocy infolinii – numer 19 457 – lub na adres: [e-skierowanie@csioz.gov.pl](mailto:e-skierowanie@csioz.gov.pl).

# Epidemia

## wymyka się spod kontroli...

Strategia walki z pandemią COVID-19 – jesień 2020 r. – ogłoszona we wrześniu, a wprowadzona w połowie września, oparta o 3 poziomy zabezpieczenia szpitalnego:

**I** – z wyznaczonymi łózkami do izolacji – tu trafiają pacjenci z podejrzeniem SARS-CoV-2,

**II** – dla pacjentów z rozpoznaniem zakażeniem SARS-CoV-2 wymagających hospitalizacji z powodu COVID-19, a także

**III** – tu trafiają pacjenci z COVID-19 i chorobami współistniejącymi wymagającymi interwencji zabiegowych czy objęcia opieką specjalistyczną,

oraz zaangażowanie lekarzy POZ – z założenia sprawdza się, a właściwie zaczyna się sprawdzać po licznych zebraniach, modyfikacjach i wypracowaniu na poziomie województwa algorytmu postępowania opartego o właściwą koordynację i kierowanie ruchem pacjentów.

**PAWEŁ  
RAJEWSKI**

### KOORDYNACJA

W wielu przypadkach zawodziła właśnie koordynacja, a oddolne, samowolne przesyłanie pacjentów pomiędzy szpitalami z I do II czy III poziomu, bez uzgodnienia miejsc czy w nieodpowiednie miejsce – powodowało, że pacjenci niepotrzebnie krążyli pomiędzy szpitalami, nierzadko oddalonymi o kilkadziesiąt kilometrów, i byli odsyłani z miejsca na miejsce, co mogło być niebezpieczne dla zdrowia i życia.

Powołany koordynator z Wojewódzkiego Centrum Zarządzania Kryzysowego (nr infolinii – 52 5872777 i 52 349 7121), dostępny 24 godz. na dobę – odpowiedzialny jest za ruch pacjentów pomiędzy szpitalami, dysponuje aktualną wiedzą o bazie wolnych łóżek, w tym dla osób wymagających respiratoroterapii czy miejsc na OIOM-ie. Tylko przez niego powinno odbywać się przekazywanie pacjentów, zarówno z I czy II poziomu zabezpieczenia szpitalnego, jak i z POZ.

### II POZIOM ZABEZPIECZENIA SZPITALNEGO

Z uwagi na znaczący wzrost liczby nowych przypadków zakażeń SARS-CoV-2 poszerzona została baza łóżek na II poziomie zabezpieczenia. Baza łóżek dla chorych na COVID-19 w szpitalach:

- ▶ Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy – 64 łóżka, w tym 4 respiratorowe,
- ▶ Szpital Uniwersytecki nr 1 w Bydgoszczy – 23 łóżka, w tym 5 respiratorowych,
- ▶ Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy – 9 łóżek, w tym 9 respiratorowych,
- ▶ Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy – 40 łóżek, w tym 8 respiratorowych,
- ▶ Wielospecjalistyczny Szpital Miejski w Bydgoszczy – 12 łóżek, w tym 2 respiratorowe,
- ▶ Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Bydgoszczy – 8 łóżek, w tym 2 respiratorowe,
- ▶ Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu – 71 łóżek, w tym 4 respiratorowe,
- ▶ Specjalistyczny Szpital Miejski w Toruniu – 13 łóżek, w tym 2 respiratorowe,
- ▶ Nowy Szpital w Świeciu – 35 łóżek, w tym 1 respiratorowe,
- ▶ Nowy Szpital w Nakle i Szubinie – 30 łóżek, w tym 2 respiratorowe,
- ▶ Szpital Wielospecjalistyczny w Inowrocławiu – 15 łóżek, w tym 4 respiratorowe,
- ▶ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku – 20 łóżek, w tym 4 respiratorowe
- ▶ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łasinie – 4 łóżka, w tym 1 respiratorowe,
- ▶ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radziejowie – cały dla pacjentów z COVID – 142 łóżka, w tym 5 respiratorowych,
- ▶ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rypinie – 13 łóżek, w tym 2 respiratorowe,
- ▶ Zakład Opieki Zdrowotnej w Brodnicy – 15 łóżek, w tym 2 respiratorowe,
- ▶ Zakład Opieki Zdrowotnej w Chełmnie – 10 łóżek, w tym 2 respiratorowe,
- ▶ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie – 12 łóżek, w tym 2 respiratorowe.

Stworzenie dodatkowego II poziomu zabezpieczenia szpitalnego w większości szpitali w regionie ma za zadanie zabezpieczyć bazę łóżek dla chorych z COVID-19 wymagających leczenia szpitalnego, zapewnić lepszą opiekę specjalistyczną chorym z wykrytym zakażeniem SARS-CoV-2, u których COVID-19 nie jest główną przyczyną hospitalizacji, a przez wykryte przypadkowo zakażenie nierzadko mają taką opiekę ograniczoną, jak również zapobiec problemom z transportem pacjentów między szpitalami i szukaniem dla nich miejsca w II czy III poziomie zabezpieczenia. W najbliższym okresie dodatkowa baza łóżek w II poziomie zabezpieczenia ma być uruchomiona w 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Bydgoszczy – 45 łóżek, 8 respiratorowych (następne rozszerzenia w zależności od zapotrzebowania) i w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii – kolejne 30 łóżek.



### III POZIOM ZABEZPIECZENIA SZPITALNEGO

Szpital w Grudziądzu 8 października 2020 r. został przemianowany na szpital koordynacyjny, który dodatkowo ma zajmować się koordynowaniem przepływu pacjentów pomiędzy szpitalami – w porozumieniu z lekarzami innych szpitali, POZ i AOS, koordynowaniem ruchu tzw. karetok wymazowych, karetok transportowych COVID-19 i koordynowaniem przekazywania pacjentów do izolatorium. Poza tym stanowi bazę łóżkową dla II i III poziomu zabezpieczenia szpitalnego – łącznie 485 łóżek, w tym miejsc respiratorowych i w OIOM.

Analizując sytuację epidemiologiczną w Polsce, nie jest wykluczone wyznaczenie w naszym województwie kolejnego szpitala, który będzie pełnił rolę zaplecza dla III poziomu – opieka specjalistyczna i zabiegowa dla pacjentów z COVID-19, oraz szpitali polowych.

### IZOLATORIUM

Do izolatorium powinny być kierowane osoby z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 bezobjawowe lub skąpoobjawowe, które nie wymagają hospitalizacji z powodu COVID-19 lub w toku hospitalizacji na II poziomie zabezpieczenia szpitalnego ich stan kliniczny uległ poprawie i stabilizacji, a nie mogą z różnych względów przebywać w izolacji domowej. Przebywanie w izolatorium ma na celu również zniesienie konieczności kwarantanny dla współmieszkańców chorego. W izolatorium zapewniona jest opieka pielęgniarska, w razie potrzeby lekarska oraz całodobowe wyżywienie.

Do izolatorium może kierować lekarz POZ, lekarz z I, II i III poziomu zabezpieczenia szpitalnego. W naszym województwie obecnie funkcjonują 2 izolatoria, które mieszczą się w Ciechocinku – Sanatorium Orion (300 miejsc) i Stoneczny Park (40 miejsc).

### ZAKOŃCZENIE IZOLACJI

Według zasad Głównego Inspektoratu Sanitarnego dotyczących odbywania kwarantanny i izolacji (obowiązujących od 2 września 2020 r.) – okres izolacji w przypadku osób bezobjawowych z rozpoznaniem zakażenia SARS-CoV-2 kończy się po 10 dniach od rozpoznania zakażenia, a po minimum 13 dniach w przypadku pacjentów z objawami klinicznymi COVID-19, przy czym ostatnie 3 dni powinny być bezobjawowe. Dotyczy to również pracowników ochrony zdrowia. Nie ma konieczności wykonywania po tym okresie wymazów kontrolnych w kierunku SARS-CoV-2.

W celu zapewnienia najwyższego poziomu bezpieczeństwa zaleca się – pomimo uznania takich osób za ozdrowieńców z COVID-19 – przestrzeganie zasad DDM.

W sytuacji wykonywania przez placówki medyczne testów kontrolnych w kierunku SARS-CoV-2 wśród personelu po zakończeniu izolacji, a przed powrotem do pracy w celu zapewnienia maksymalnego bezpieczeństwa lub skrócenia okresu izolacji (poniżej 10 dni) – informując, że zakończenie izolacji może nastąpić po uzyskaniu dwukrotnie ujemnego wyniku testu z próbek pobranych w odstępach co najmniej 24-godzinnych. Każdy szpital, zwłaszcza zajmujący się pacjentami z chorobami nowotworowymi czy niedoborami odpornościowymi, może dodatkowo wprowadzić swoje wewnętrzne wytyczne celem ograniczenia ryzyka ekspozycji i transmisji SARS-CoV-2. Dodatni wynik wymazu w kierunku SARS-CoV-2 może być jednostkowo stwierdzany przez wiele tygodni po wyleczeniu, a pacjenta uznaje się za ozdowieńca i traktuje jako niezakaźnego. W przypadku przyjęcia takiej taktyki testowania i kontroli proponujemy, żeby tymi pacjentami zajmowały się osoby z ujemnym wynikiem testu w kierunku SARS-CoV-2.

Wykonanie testu nie jest warunkiem powrotu pracownika medycznego do pracy.

*Dokończenie na s. 8*

### OBCENE STANDARDY LECZENIA COVID-19 WG AKTUALNYCH REKOMENDACJI POLSKIEGO TOWARZYSTWA EPIDEMIOLOGÓW I LEKARZY CHORÓB ZAKAŻNYCH:

Stadium choroby	Leczenie podstawowe	Leczenie wspomagające
<b>1. stadium bezobjawowe lub skąpoobjawowe;</b> SpO <sub>2</sub> ≥ 95% nie wymaga hospitalizacji	<ul style="list-style-type: none"><li>• leki przeciwgorączkowe (paracetamol, ibuprofen, etc.),</li><li>• spoczynek,</li><li>• nawodnienie doustne,</li><li>• glikokortykosteroidy są przeciwwskazane,</li><li>• antybiotyki, leki przeciwgrypowe przeciwwskazane, o ile nie stwierdza się koinfekcji bakteryjnej lub współistniejącej grypy,</li><li>• brak wskazań do stosowania witaminy D i heparyny drobnocząsteczkowej, o ile nie jest to uzasadnione innymi schorzeniami,</li><li>• kontrola saturacji tlenowej – ewentualne wdrożenie systemu alarmowania zdalnego lekarzy rodzinnych i/lub ratownictwa (z wykorzystaniem pulsoksymetrów).</li></ul>	
<b>2. stadium pełnoobjawowe</b> (namnażania wirusa); SpO <sub>2</sub> < 95%; zwykle 1 tydzień choroby; wymaga hospitalizacji	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>remdesiwir</b> – doustnie, raz dziennie, dawka nasycająca pierwszego dnia: 200 mg, potem dawka podtrzymująca: 100 mg przez 4 dni, lub/i</li><li>• <b>osocze ozdowieńców</b> zgodne grupowo w układzie ABO, w objętości 200–400 ml. Przetoczenie osocza ozdowieńców podlega takim samym procedurom, jak leczenie innymi preparatami krwi.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• heparyna drobnocząsteczkowa w dawkach profilaktycznych lub terapeutycznych</li><li>• deksametazon u pacjentów otrzymujących remdesiwir i tlenoterapię, doustnie lub doustnie, 4 mg dziennie począwszy od 2-5 doby stosowania remdesiwiru do końca 2 tygodnia choroby.</li><li>• ewentualna antybiotykoterapia</li><li>• leczenie objawowe</li><li>• tlenoterapia</li><li>• nawodnienie doustne lub dożylnie</li></ul>
<b>3. stadium z niewydolnością oddechową</b> (burza cytokinowa); SpO <sub>2</sub> < 90%; zwykle 2 tydzień choroby; wymaga hospitalizacji	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>tocilizumab</b>* – (u osób z podwyższonym stężeniem IL-6) doustnie 8 mg/kg (maksymalnie 800 mg) w pojedynczej dawce (jednogatynny wlew); przy braku poprawy druga dawka może być powtórzona po 8–12 godzinach, lub/i</li><li>• <b>deksametazon</b> – doustnie 8 mg dziennie przez 5 dni, potem 4 mg dziennie przez przynajmniej 3 dni</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• heparyna drobnocząsteczkowa w dawkach profilaktycznych lub terapeutycznych</li><li>• ewentualna antybiotykoterapia</li><li>• leczenie objawowe</li><li>• tlenoterapia nisko/wysokoprzepływową</li><li>• nawodnienie dożylnie</li></ul>
<b>4. stadium ostrej niewydolności oddechowej</b> (ARDS – acute respiratory distress syndrome); brak efektów dotychczasowej farmakoterapii; konieczność wentylacji mechanicznej; wymaga OIT	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>deksametazon</b> – doustnie 24 mg dziennie przez 5 dni, potem 12 mg dziennie przez 3 dni, następnie 4 mg dziennie przez 2 dni lub</li><li>• <b>metylprednizolon</b> – doustnie 1 mg/kg dziennie przez 5 dni, potem 40 mg dziennie przez 3 dni, następnie 10 mg dziennie przez 2 dni</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• tlenoterapia wysokoprzepływową</li><li>• wentylacja mechaniczna</li><li>• pozaustrojowa oksygenacja membranowa (ECMO, extracorporeal membrane oxygenation)</li><li>• heparyna drobnocząsteczkowa w dawkach profilaktycznych lub terapeutycznych</li><li>• antybiotykoterapia</li><li>• nawodnienie dożylnie</li></ul>

# Podzieleni



Głębokie podziały w polskim społeczeństwie dotyczące niemalże każdej sfery życia nie ominęły lekarzy. Choć wydawałoby się, że ta grupa wysoko wykształconych ludzi powinna być szczególnie odporna na manipulacje mediów i polityków. Niestety nawet wśród lekarzy jest liczna grupa negujących potrzebę szczepień czy bezpieczeństwo leczenia statynami i chętnie zalecających suplementy diety, wysokie dawki witaminy C czy homeopatię.

Nawet w Okręgowej Radzie Lekarskiej naszej Izby mamy lekarzy, którzy są gotowi podjąć się leczenia osób homoseksualnych.

Opamiętajmy się!

Jeżeli nadal wiedza i nauka będą zależne od dogmatów politycznych i religijnych, to skręcimy na ścieżkę średniowiecznej głupoty,

a ludzie kierujący się dowodami naukowymi będą paleni na społecznych i politycznych stosach.

Dlaczego jako lekarze wybiórczo traktujemy rekomendacje towarzystw naukowych mimo gruntownego wykształcenia, a nawet wbrew temu wykształceniu? Dlaczego naszym autorytetem medycznym jest biskup czy polityk, a nie gremium naszych Kolegów, specjalistów w danej dziedzinie? Dlaczego wytyczne Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego nie są tak ważne, jak wytyczne Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, czy Towarzystwa Chirurgów Polskich?

Przysięgaliśmy leczyć zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, a nie aktualną polityką czy religią!

Jerzy Rajewski

## Fundusz zapłaci za dodatkowe wymazy



„Punkty wymazowe otrzymają z NFZ dodatkowe pieniądze za wydłużenie czasu pracy – poinformowała Barbara Nawrocka, rzeczniczka Kujawsko-Pomorskiego Wojewódzkiego Oddziału. – Fundusz płaci punktem drive thru za wszystkie wymazy plus 300 zł za 2-godziną gotowość, plus 80 zł za każdą pełną godzinę powyżej 2 godzin pracy punktu”.

Obecnie w naszym województwie działa 25 punktów, gdzie mogą zgłaszać się na badanie RT-PCR pacjenci skierowani przez lekarza POZ lub przed wyjazdem do sanatorium – 6 w Bydgoszczy, 2 w Toru-

niu, po 1 – we Włocławku, Grudziądzu, Tucholi, Ciechocinku, Brodnicy, Chełmnie, Golubiu-Dobrzyniu, Inowrocławiu, Lipnie, Szubinie i Nakle, Świeciu, Chełmży, Wąbrzeźnie, Żninie, Radziejowie i Rypinie. Wiele punktów w wybrane dni tygodnia czynnych jest również w godzinach popołudniowych (harmonogramy przyjęć ulegają zmianie w przypadku pojawienia się zwiększonej liczby pacjentów). W planach jest utworzenie kolejnych punktów drive thru.

a.b.

Wykaz punktów, ich numery telefonów oraz godziny przyjęć – na stronie [pacjent.gov.pl](https://pacjent.gov.pl): <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/test-w-mobilnym-punkcie-pobran> oraz na stronie internetowej bydgoskiego oddziału NFZ: <http://nfz-bydgoszcz.pl/>

## Epidemia wymyka się spod kontroli...

Dokończenie ze s. 7

### SZKOLENIE DLA LEKARZY II I III POZIOMU ZABEZPIECZENIA SZPITALNEGO

Z inicjatywy konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób zakaźnych, za pośrednictwem Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy, odbyło się pierwsze szkolenie internetowe dla lekarzy ze szpitali realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 – II i III poziom zabezpieczenia (14 października 2020 r.). Tematem spotkania były m.in. standardy opieki nad pacjentem z COVID-19 – diagnostyka, leczenie, możliwości terapii, wskazania dotyczące zastosowania leków takich jak: remdesivir, tocilizumab, osocze ozdrowieńców, profilaktyka przeciwzakrzepowa, antybiotykoterapia, tlenoterapia, respiratoterapia, OIOM. Swoimi doświadczeniami w prowadzeniu pacjentów z COVID-19 podzielili się lekarze z Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy.

### PODSUMOWANIE

Obecnie obserwowana w Polsce sytuacja epidemiologiczna obrazuje, jak epidemia może być nieprzewidywalna. Tak duże i jeszcze większe liczby nowych zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 na dobę będą nam towarzyszyć przez najbliższe tygodnie – na to musimy być przygotowani. Stąd ciągłe monitorowanie wolnych miejsc dla pacjentów

z COVID-19 wymagających hospitalizacji, poszerzanie dla nich bazy łóżek w już funkcjonujących placówkach zajmujących się chorymi z COVID-19, tworzenie nowych miejsc, zwiększanie liczby tzw. miejsc respiratorowych i na OIOM-ach. To również zwiększanie liczby miejsc izolowanych w szpitalach I poziomu zabezpieczenia, jak również liczby miejsc w izolatorium i powołanie drugiego izolatorium.

**Ale niestety – to może być za mało w zetknięciu z lawiną pacjentów, brakami kadrowymi i zmęczeniem personelu, a według prognoz możemy spodziewać się w najbliższym okresie kilkunastu tysięcy nowych zakażeń SARS-CoV-2 na dobę!**

**Tak, jesteśmy na wojnie... Tak, epidemia wymknęła się spod kontroli i jest nieprzewidywalna...**

**Stąd APEL o odpowiedzialne zachowanie się jako społeczeństwa i nielekceważenie zagrożenia, nielekceważenie obowiązujących obostrzeń – szczególnie w zakresie zachowania dystansu społecznego i zakrywania ust i nosa. Tylko tak możemy wyhamować obecnie rozprzeczoną kulę śnieżną... i ponownie zacząć kontrolować epidemię i ponownie wrócić do normalności. Jeśli nie, to będzie naprawdę ciężko...**

**O autorze:** dr n. med. Paweł Rajewski, prof. WSG, specjalista chorób wewnętrznych i zakaźnych, hepatolog, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa kujawsko-pomorskiego.

## Tworzymy lotniskowiec ze statku wycieczkowego

Rządowa propaganda mówi, że: „stworzono łóżka covidowe”. Jak się tworzy „łóżka covidowe”? Otóż wojewoda siedzi u siebie w gabinecie, bierze listę szpitali w regionie i wybiera sobie jakiś. Nie wie, jakie ma wyposażenie, jakich konkretnie specjalności lekarze i w jakim wymiarze tam pracują. A może wie? Tym gorzej... Decyduje – tam zrobimy łóżka covidowe. I bach – przekształca decyzją administracyjną na przykład oddział kardiologiczny czy okulistyczny w oddział covidowy, wraz z personelem. Nie ważne, czy są tam respiratory, czy pracuje chociaż jedna osoba, która ma specjalizację z interny, o chorobach zakaźnych nie wspominając. No i arbitralną decyzją wojewody oddział zostaje przeobrażony. Pacjentów się zwalnia (nie wiem, czy do domu czy do innych jednostek) i nagle na przykład kardiolog albo okulista ma leczyć chorego na chorobę zakaźną, Ci chorzy z kardiologii przestali być ważni.

Teraz mała dygresja o specjalizacjach lekarskich. Po 6 latach studiów lekarz może, jeżeli się dostanie, rozpocząć specjalizację. Żeby

na przykład zostać kardiologiem, trzeba ukończyć dwuetapową specjalizację, która łącznie trwa 6 lat (intensywna terapia – 7–8 lat, medycyna ratunkowa – 5 lat). Tyle lat trzeba, by opanować wiedzę i umiejętności z tej dziedziny. Obsługa respiratora to nie jest kwestia samych nastawień urządzenia. Stoi za tym ogromna, specjalistyczna wiedza. W tej chwili wojewodowie obsadzają takie stanowiska osobami bez wiedzy specjalistycznej. **Minister zdrowia mówi wszem i wobec, że ustawa „o dobrym samarytaninie” likwiduje odpowiedzialność za błędy nieumyślne takiej osoby. To kłamstwo. Ta ustawa likwiduje jedynie odpowiedzialność karną, pozostawiając odpowiedzialność cywilną i korporacyjną takiego lekarza.**

Do czego można to porównać? Trwa wojna, atakują nas z powietrza. Okazuje się, że mamy za mało lotnisk i samolotów, o pilotach nie wspominając. Cóż więc robimy? Tworzymy lotniskowiec ze statku wycieczkowego, transportujemy tam parę samolotów, jako pilotów obsadzamy operatorów baterii naziemnej przeciwlotniczej, bo też mają do czynienia z samolotami. Aha, jak rozbije taki maszynę, to musi mieć dobre ubezpieczenie, bo mu dowódca każe zapłacić. Brzmi absurdalnie? Powiem tak - do zrobienia szybciej niż przekwalifikowanie dermatologa w specjalistę chorób zakaźnych.

No i do tego lekarze nie są odpowiednio ubezpieczeni – radzę sprawdzić polisę, bo na miłosierdzie pacjentów raczej nie ma co liczyć.

Marek Rogowski

## Bydgoska szkoła laryngologii



Podczas zabiegu

W Bizielu przywracają słuch – tak napisaliśmy w poprzednim numerze o pierwszym w województwie zabiegu wszczepienia implantu ślimakowego u dorosłego przeprowadzonym przez laryngologów z Uniwersyteckiego nr 2. Na kolejny sukces lekarzy tej specjalności z Bydgoszczy nie trzeba było długo czekać. 1 października – lekarze ze Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy – wykonali pierwszą w Polsce oraz w Europie środkowo-wschodniej operację wszczepienia implantu słuchowego do pnia mózgu u małego dziecka. W całej Europie takie zabiegi wykonuje tylko pięć ośrodków.

Pacjentką była niesłysząca od urodzenia 2-letnia Emilka. Miała rzadką wadę ucha wewnętrznego, dlatego nie można było w jej przypadku zastosować standardowego leczenia, czyli wszczepienia implantu ślimakowego – nie przyniosłoby to rezultatu. Zabieg przeszła bez komplikacji. Polegał na wszczepieniu elektrody implantu słuchowego bezpośrednio do pnia mózgu dziecka. Wymagał współpracy specjalistów kilku dziedzin – laryngologa, neurochirurga i audiologa. Po miesiącu podłączony zostanie procesor dźwięku implantu i Emilka rozpocznie rehabilitację słuchową.

Operację przeprowadzili: dr hab. n. med. Józef Mierzwiński – kierownik Oddziału Otolaryngologii, Audiologii i Foniatrii Dziecięcej, dr n. med. Dariusz Paczkowski – kierownik Oddziału Neurochirurgii Dziecięcej oraz wybitny specjalista z dziedziny implantów pniowych – prof. Wolf-Peter Sollmann z Niemiec.

a.b.

## Teraz przetestujemy się szybciej



Uroczyste otwarcie laboratorium – wstęgę przecina zastępca głównego inspektora sanitarnego Krzysztof Saczka, po lewej wojewoda kujawsko-pomorski Mikołaj Bogdanowicz. Fot. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy

Z końcem września otwarto kolejne w Bydgoszczy laboratorium molekularne o stopniu hermetyczności umożliwiającym badania na obecność materiału genetycznego wirusa SARS-CoV-2. Laboratorium – wyposażone w wysokiej klasy specjalistyczny sprzęt – jest częścią Działu Laboratoryjnego Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy.

Nowe laboratorium pozwoli zwiększyć wykonywaną w regionie w ciągu doby liczbę testów. Specjalistyczna aparatura skraca czas badania, przyspieszając uzyskanie wyników. *Mamy dwa systemy wykrywania wirusa: zamknięty i otwarty. Dzięki temu pierwszemu – informuje Marcin Ziuziakowski, kierownik Oddziału Diagnostyki Medycznej WSSE w Bydgoszczy – wynik na obecność koronawirusa możemy uzyskać już po godzinie. Jednak stosujemy go tylko w ciężkich przypadkach, bo jednorazowo pozwala zbadać jedynie cztery próbki. System otwarty posiada z kolei aparat, dzięki któremu możemy zbadać jednocześnie nawet 74 próbki w ciągu 4 godzin.*

W planach jest również zwiększenie przepustowości laboratorium poprzez wydłużenie czasu pracy, co ma być osiągnięte przez podwojenie liczby pracowników (obecnie sześciu).

Koszt nowo otwartego laboratorium to ponad 425 tys. zł. Inwestycję sfinansowano z rezerwy celowej Ministerstwa Finansów.

# Farmakoterapia COVID-19

## – ocena sytuacji



Od publikacji na łamach *Primum* mojego artykułu poruszającego problematykę farmakoterapii COVID-19 minęło kilka miesięcy. Miniony czas w znacznym stopniu przyczynił się do pogłębienia wiedzy i odrzucenia licznych błędnych hipotez nieznajdujących naukowego uzasadnienia. Oczywiście, co zrozumiałe, zaczęliśmy praktycznie od zera. Początek pandemii COVID-19 spowodował pewien chaos terapeutyczny, który ironicznie możemy porównać do błędzenia we mgle. Początkowo wybór strategii terapeutycznej w dużym stopniu opierał się na doświadczeniu klinicznym, nie zaś na wiarygodnych, randomizowanych badaniach. Można by zapytać – dlaczego? Odpowiedź jest prosta – nie posiadaliśmy takich danych.

Ze względu na zaangażowanie środowisk naukowych i nakłady finansowe przemysłu farmaceutycznego oraz publicznych jednostek badawczych w krajach Unii Europejskiej i w USA, dysponujemy już wynikami kolejnych badań klinicznych weryfikujących zasadność stosowania wybranych schematów terapeutycznych u pacjentów z COVID-19. Należy jednak podkreślić, że pomimo progresu, jaki obserwujemy w tym aspekcie, droga do celu wydaje się być odległa.

MICHAŁ  
WICIŃSKI

Oczywiście oczekiwania społeczne szybkiego opracowania nowego skutecznego leku są ogromne, co wynika z rosnącej zachorowalności i niepewności wśród Polaków. Ale podejźmy do problemu farmakoterapii racjonalnie. Większość badań nad nowymi lekami trwa kilkanaście lat. W wyjątkowych przypadkach i przy odrobinie szczęścia udaje się ten okres skrócić. Jednak chcąc uzyskać wiarygodne wyniki na reprezentatywnej grupie chorych, od pierwszej do trzeciej fazy – potrzebujemy czasu. I praktycznie nie ma innej możliwości, czego każdy badacz jest świadomy. Każda próba pójścia na skróty będzie wiązała się z ryzykiem uzyskania wyników prowadzących do przedwczesnych i błędnych wniosków.

Inaczej wygląda sytuacja w przypadku podania ocenie skuteczności w terapii COVID-19 dostępnych na rynku farmaceutycznym starszych leków zarejestrowanych w innych jednostkach chorobowych. Tu procedury badawcze są szybsze, tańsze i łatwiejsze do przeprowadzenia. Obserwujemy wyraźny wzrost zainteresowania właśnie tym kierunkiem, co przy pomyślnej weryfikacji danych znaczenie skróci czas badań.

W poprzednim artykule odniosłem się do pierwszych prac poruszających problematykę farmakoterapii COVID-19. Część z przytoczonych przeze mnie badań zakończyła się i właśnie do nich chciałbym się odnieść. Natomiast publikacje wyników pozostałych badań, zgodnie z informacją zawartą na stronie [clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov), planowane są na 2021 r.

### Remdesivir w terapii COVID-19

Remdesivir dostępny jest w postaci preparatu dożylnego. Pod względem chemicznym to prolek, nukleotydowy analog adenozydu. Aktywny metabolit – trifosforan nukleozydu (RDV-TP) łączy się z łańcuchem RNA z udziałem polimerazy wirusa, w wyniku czego dochodzi do przedwczesnego zakończenia transkrypcji RNA i w konsekwencji zaburzenia procesu replikacji.

Skuteczność leku oceniono w kilku badaniach klinicznych dotyczących leczenia COVID-19. FDA dopuszcza stosowanie leku u pacjentów COVID-19 w ciężkim stanie klinicznym. Remdesivir rekomendowany jest u pacjentów zakażonych COVID-19 z cechami obustronnego zapalenia płuc i obniżoną saturacją. Wyniki badań wskazują na skuteczność leku w czasie pięciodniowej terapii. Uzyskany efekt był podobny u chorych leczonych dziesięć dni. Jednak liczebność grupy badanej w obu przypadkach była stosunkowo niska (odpowiednio 600 i 400 chorych). Pewne wątpliwości nasuwa pytanie, czy lek ma istotny wpływ na redukcję śmiertelności oraz czas hospitalizacji pacjentów z chorobami układu oddechowego. Ciągłe jednak oczekujemy na wyniki trwających badań, które mam nadzieję ostatecznie rozwiążą nasze wszelkie wątpliwości. Niemniej jednak, w świetle aktualnej wiedzy, remdesivir należy zaliczyć do priorytetowych leków w racjonalnej farmakoterapii COVID-19.

### Azytromycyna w terapii COVID-19

Ze względu na plejotropowe mechanizmy działania przeanalizowano skuteczność leku u pacjentów COVID-19. Niestety wyniki uzyskanych badań nie są obiecujące. Retrospektywna analiza (n=1438) wykazała, że azytromycyna w monoterapii, jak też w skojarzeniu z HQ nie wpływa na redukcję śmiertelności ani czas hospitalizacji chorych. Należy podkreślić, że azytromycyna hamuje aktywność CYP3A4, co może prowadzić do poważnych interakcji, zwłaszcza u osób starszych, przyjmujących statyny, doustne antykoagulanty z grupy antagonistów witaminy K (acenokumarol, warfaryna). Dlatego też, w świetle dostępnych badań, stosowanie azytromycyny u chorych na COVID-19 nie znajduje uzasadnienia.

### Stosowanie glikokortykosteroidów u pacjentów z COVID-19

Skuteczność tej grupy leków budzi spore kontrowersje. Po wybuchu pandemii COVID-19 wyniki większości opublikowanych badań negowały zasadność ich stosowania. W ostatnim artykule powołałem się na przegląd dokonany przez Yang Z. i wsp., który jednoznacznie wskazywał, że taka interwencja może wiązać się ze zwiększoną śmiertelnością u chorych. W lipcu 2020 r. w czasopiśmie *The New England Journal of Medicine* opublikowano wyniki badania RECOVERY – wskazujące na wyraźne korzyści terapii deksametazonem, zwłaszcza w grupie pacjentów wymagającej wentylacji mechanicznej lub

tlenoterapii. Włączenie deksametazonu istotnie zmniejszyło ryzyko zgonu oraz czas hospitalizacji w obu grupach. Nie zaobserwowano korzystnego wpływu glikokortykoidu w przypadku chorych niewymagających wspomagania funkcji oddechowych.

Dysponujemy sprzecznymi, wykluczającymi się wynikami badań, dość trudnych do interpretacji w praktyce. Opublikowane dane wskazują pośrednio na wymierne korzyści związane z redukcją stanu zapalnego w zaawansowanym stadium choroby manifestującej się niewydolnością oddechową. W pozostałych przypadkach decyzja o włączeniu glikokortykoidów opiera się głównie na doświadczeniu klinicznym, nie zaś na merytorycznych przesłankach.

### Chlorochina w terapii COVID-19

Z lekiem tym wiązano niewątpliwie ogromne nadzieje. Pomimo że nie byliśmy w stanie przedstawić istotnych dowodów jego skuteczności, chlorochina przez kilka miesięcy znajdowała się w głównym nurcie leków przeciw COVID-19. Oczywiście stosowanie leku wiązało się z licznymi działaniami niepożądanymi, zwłaszcza u starszych pacjentów, co opisałem w poprzednim artykule. Od tego czasu sytuacja uległa istotnej zmianie. Pierwszym punktem zapalnym była publikacja w czasopiśmie *Lancet*, z której dowiadujemy się, że lek jest nieskuteczny w terapii COVID-19. Ze względu na wątpliwości dotyczące merytorycznej strony badań, artykuł został wycofany z publikacji. Jednak badanie RECOVERY potwierdziło wcześniejsze wątpliwości. Dzisiaj możemy stwierdzić, że nasz optymizm był przedwczesny, tak samo jak duże nadzieje pokładane w tym leku.

### Skuteczność tocilizumabu u pacjentów z COVID-19

Ciekawą propozycją w leczeniu objawowym COVID-19 może okazać się rekombinowane przeciwciało monoklonalne anty IL-6. Oczywiście musimy ponownie poruszyć problem dostępności badań, niemniej jednak redukcja tzw. burzy cytokinowej u pacjentów z wysokim stężeniem IL-6 znajduje w mojej ocenie racjonalne uzasadnienie. Wstępne dane dotyczące pacjentów z ostrym zespołem oddechowym (COVID-19) wskazują, że uwalnianie cytokin istotnie zwiększa śmiertelność. Stanley C. Jordan i wsp. przeprowadzili pilotażowe badania w grupie 28 pacjentów z zapaleniem płuc (saturacja tlenem <90%) zakażonych COVID-19. Tocilizumab w dawce 400 mg powodował obniżenie CRP, IL-6 i temperatury. Zapotrzebowanie na tlen i leki wazopresyjne zmniejszyło się. Autorzy badań stwierdzają we wnioskach końcowych, iż taklizumab poprzez zmniejszenie stężenia IL-6, zwłaszcza u chorych z wysokim stężeniem IL-6 w surowicy, poprawia rokowania pacjentów [Stanley C Jordan i wsp.]. Badanie to zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ problem niewydolności wielonarządowej w następstwie burzy cytokinowej to moment krytyczny, w którym nie wirus, a zwiększona aktywność układu immunologicznego wiąże się z istotnym ryzykiem powikłań i zgonu u pacjentów COVID-19. Wciąż jednak oczekujemy na kolejne dowody weryfikujące skuteczność leku.

### Niedobór witaminy D jako czynnik predykcyjny i prognostyczny COVID-19?

Bardzo wartościowego przeglądu piśmiennictwa (141 artykułów, 41 badań) w tej kwestii dokonała Linda N. Benskin. Wyniki z przeprowadzonych badań zostały opublikowane w czasopiśmie *Front Public Health* we wrześniu bieżącego roku. Autorka wykazała, że prawidłowe stężenie witaminy D w surowicy zwiększa odporność na infekcje wirusowe i pomaga zapobiegać wszystkim objawom COVID-19, które prowadzą do zgonów. Wyjaśnia, dlaczego dzieci wydają się względnie chronione, i dlaczego osoby starsze, mężczyźni i osoby posiadające wysokie stężenie melaniny w skórze są szczególnie wrażliwe. Przeprowadzone modelowanie przyczynowe wykazało, że niższe stężenie 25 (OH) D było liniowo powiązane z cięższymi następstwami COVID-19. Przedstawione dowody zdecydowanie sugerują, że niedobór witaminy D jest łatwo modyfikowalnym czynnikiem ryzyka [Linda L Banský]. Chciałbym podkreślić, że nie powinniśmy postrzegać witaminy D jako panaceum na wszystko, w tym COVID-19, bo byłoby to nadużycie, jednak nie można pominąć

klinicznych implikacji wynikających z niedoboru witaminy D, co zwłaszcza w naszej szerokości geograficznej wydaje się szczególnie ważne.

Ogrom badań pojawiających się lawinowo w czasie ostatnich miesięcy niewątpliwie przyczynił się do pogłębienia naszej wiedzy na temat COVID-19. Nie mogę jednak oprzeć się pokusie, żeby stwierdzić, że wciąż oczekujemy na przełom. Na weryfikację schematów farmakoterapii, jednoznaczność prezentowanych wyników, dzięki którym będziemy w stanie odpowiedzieć na nurtujące nas pytania kliniczne. Sytuacja, w której się znaleźliśmy, jest nietypowa dla środowiska naukowego. Musimy toczyć nierówną i szybką walkę z obcym wrogiem. Nie chciałbym, aby nasza wiedza opierała się na pochopnych wnioskach ze szczątkowych badań eksperymentalnych o znikomej wartości naukowej. Jestem przekonany, że tak intensywne, wielokierunkowe działania różnych środowisk naukowych muszą ostatecznie przynieść pożądane efekty. Próbowujemy, podejmujemy kolejne wyzwania, przeprowadzamy badania – na tym polega nauka.

#### PIŚMIENNICTWO

Stanley C Jordan, Phillip Zakowski, Hai P Tran, Ethan A Smith, Cyril Gaultier, Gregory Marks, Rachel Zabner, Hayden Lowenstein, Jillian Oft, Benjamin Bluen, Catherine Le, Rita Shane, Noriko Ammerman, Ashley Vo, Peter Chen, Sanjeev Kumar, Mieko Toyoda, Shili Ge, and Edmund Huang. *Compassionate Use of Tocilizumab for Treatment of SARS-CoV-2 Pneumonia. Clin Infect Dis.* 2020 Jun 23 : ciaa812. Published online 2020 Jun 23. doi: 10.1093/cid/ciaa812

Linda L. Benskin. *A Basic Review of the Preliminary Evidence That COVID-19 Risk and Severity Is Increased in Vitamin D Deficiency. Front Public Health.* 2020; 8: 513. Published online 2020 Sep 10. doi: 10.3389/fpubh.2020.00513

<https://www.recoverytrial.net/>

<https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/antiviral-therapy/remdesivir/>

**O autorze:** dr hab. n. med. prof. UMK Michał Wiciński od wielu lat zajmuje się farmakologią eksperymentalną z zakresu neurofarmakologii, chorób układu krążenia oraz teorii receptorową. Współpracuje z ośrodkami naukowymi w Polsce i na świecie. Jest autorem licznych publikacji o zasięgu międzynarodowym oraz cenionym dydaktykiem. Trzykrotny laureat konkursu „Wykładowca Roku”. Obecnie pełni funkcję kierownika Katedry Farmakologii i Terapii CM UMK oraz prodziekana ds. studenckich CM UMK.



## Wydajmy razem książkę doktora Mieczysława Boguszyńskiego!

### Z szacunku dla przeszłości

Doktor Mieczysława Boguszyński od lat zajmuje się historią medycyny naszego regionu. Obecnie pisze książkę poświęconą w całości Szpitalowi Uniwersyteckiemu, którego dyrektorem był niemal 15 lat – „Z szacunku dla przeszłości. Szpitala im. dr. Jurasza droga do Akademii Medycznej w Bydgoszczy”. Będzie to jedyne wydawnictwo, które – prowadząc czytelnika przez wydarzenia od powstania szpitala – pozwoli zagłębić się w niuansach i mało znanych faktach dotyczących chociażby potężenia Akademii Medycznej w Bydgoszczy z toruńskim UMK czy towarzyszących lokowaniu uczelni medycznej w Bydgoszczy.

Okręgowa Rada Bydgoskiej Izby Lekarskiej podjęła uchwałę przekazującą fundusze pozwalające na wydanie książki. Równocześnie uruchomiono subkonto przeznaczone na wsparcie wydawnictwa – zgromadzone tu dodatkowe środki pozwolą na użycie wyższej klasy papieru, co podniesie jakość zdjęć (w większości archiwalnych) i szaty graficznej książki-albumu, oraz zwiększenie jej nakładu.

Liczymy na Państwa wsparcie!

nr konta: **33 1160 2202 0000 0001 8152 9405**, Bank Millennium  
w tytule: współfinansowanie wydania książki doktora Mieczysława Boguszyńskiego

# Niezaangażowany...

Wszyscy lekarze, ratownicy, pielęgniarki, położne i diagności są w czasie epidemii na wagę złota. Wszyscy! Ci, którzy pracują 6 godzin dziennie, i ci pracujący 24 godziny dziennie. Jedni bez drugich nie dadzą sobie rady.

Przed epidemią było w Polsce 2,35 lekarzy na 1000 mieszkańców. Ciekawe, jakie są aktualne dane, gdy starsi i schorowani (według pana Sasina ci niezaangażowani) zdecydowali o przejściu na emeryturę czy rentę?

Osobiście pracuję od ósmej do dziewiętnastej. Zaczynam jednak 15–30 minut wcześniej, bo się boję, że nie zdążę wszystkim pomóc. I tak nie zdążam! Prawdopodobnie z powodu małego zaangażowania! Jestem szczęśliwcem, bo znajduję czas na obiad. Co drugi poniedziałek pełnię dyżur w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej, a dwa razy w miesiącu biorę udział w spotkaniach władz naszego samorządu. Wtedy nie jadam obiadów.

Nie wiem, czy pracowałbym tyle, gdybym nie ponosił bezpośredniej odpowiedzialności za 9 zatrudnionych u mnie osób i za około 2400 pacjentów.

Jestem pełen podziwu dla lekarzy emerytów i rencistów, którzy nadal pracują, oraz Koleżanek i Kolegów, którzy pracują mimo obciążających ich chorób. Bez ich pomocy sytuacja z dramatycznej stałaby się beznadziejną!

## ORGANIZACJA PRACY

Wbrew pozorom realizacja porad teleinformatycznych ułatwia organizację pracy i dzięki temu w bezpieczny sposób możemy pomóc większej liczbie chorych. Pacjenci przyjmowani osobiście „rozdzielani są” poradami teleinformatycznymi. Pozwala to nam przeprowadzić niezbędne zabiegi dezynfekcyjne.

Decyzje o udzieleniu porady bezpośredniej zapadają na różnych poziomach organizacyjnych. W sprawach oczywistych decyzję podejmuje rejestratorka medyczna (np.: ból w klatce piersiowej, ból ucha, ostry ból brzucha). W sprawach mniej jednoznacznych – decyduje pielęgniarka lub położna. W pozostałych przypadkach decyduje lekarz po rozmowie telefonicznej i po analizie otrzymanych badań dodatkowych.

Coraz więcej czasu pochłania nadzór nad pacjentami zakażonymi SARS-Cov-2 i przebywającymi na kwarantannie czy w izolacji. Aktualnie to kilkanaście porad dziennie. Do ich obsługi konieczne jest zalogowanie się na portal gabinet.gov.pl. Co rano, a zwłaszcza w poniedziałki, wymaga podjęcia kilkunastu prób, aby osiągnąć sukces. W ciągu dnia jest już łatwiej.

Funkcjonalność portalu jest bardzo słaba: brak zapamiętywania raz wprowadzonych danych pacjenta, brak zapamiętywania wystawionych skierowań na testy, brak zapamiętywania zaleconych izolacji.

Cokolwiek chce się zrobić w portalu, należy od nowa wprowadzać dane pacjenta i je zweryfikować (telefon, adres, itp.).

Sporo czasu zajmują nam również szczepienia – dziennie przyjmujemy od kilku do kilkunastu osób (niemowlęta i dzieci zgodnie z kalendarzem oraz profilaktycznie przeciwko grypie i inwazyjnej chorobie pneumokokowej). Wymaga to szczególnej organizacji pracy.

## DODATKOWE KOSZTY

W związku z pandemią zmuszony byłem dokonać koniecznych zakupów: dodatkowego stanowiska pracy w oprogramowaniu medycznym, oprogramowania do pracy zdalnej, szybszego internetu, dodatkowego telefonu komórkowego, pulsoksymetrów, dozowników płynów dezynfekcyjnych i mydła, zamka do zdalnego otwierania drzwi.

Osoby pracujące w trybie home office używają własnych komputerów i telefonów.

Dla pacjentów przewlekle chorych zakupiłem dodatkowy waporyzator w celu realizacji leczenia konopiami medycznymi.

Od kilku miesięcy obserwuję wzrost kosztów diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej o około 20%. Najprawdopodobniej wynika to z trudności związanych z realizacją porad teleinformatycznych. Częściej musimy wspierać się badaniami dodatkowymi w celu weryfikacji podejrzeń klinicznych.

## UDZIELANIE PORAD

Świadczeń medycznych udzielamy w pełnym zakresie: lekarz, pielęgniarka i położna.

Najwięcej czasu zajmuje nam opieka nad poszczególnymi grupami pacjentów.

1. Zakażeni wirusem SARS-CoV-2.
2. Realizacja szczepień.
3. Realizacja zaleceń po hospitalizacjach i poradach specjalistów wąskich dziedzin: zlecenie badań diagnostycznych, modyfikacja leczenia, orzekanie o czasowej niezdolności do pracy, kierowanie na zalecone konsultacje specjalistyczne, organizacja i zlecenie transportów, iniekcje, zmiany opatrunków, usuwanie szwów itp., wystawianie kart DiLO.
4. Opieka nad przypadkami ostrymi: infekcje, pogorszenie stanu zdrowia, urazy i wypadki.
5. Monitorowanie chorych przewlekle.
6. Diagnostyka przypadków podejrzanych o chorobę.

Ostatnio zdecydowanie mniej wystawiamy skierowań na leczenie szpitalne. Zarówno tych w sprawach pilnych, na SOR, jak i tych na planowane zabiegi i diagnostykę.

Pokrywa się to z danymi NFZ za okres styczeń – maj br. o realizacji ryczałtów przez szpitale na poziomie 60–70%. Zmniejszył się też poziom rozliczonych hospitalizacji w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku – z chirurgii ogólnej o 38%, z ortopedii i traumatologii o 36%, z kardiologii o 35%.

Czy jako lekarze POZ, specjaliści medycyny rodzinnej jesteśmy w stanie jeszcze więcej pracować? Z pewnością na określony, krótki czas mogą pracować jeszcze godzinę, dwie dłużej. Jednak nie na tym powinna opierać się rządowa strategia walki z pandemią!

Oczekujemy działań mądrych i przemyślanych. Wsparcia systemu ochrony zdrowia, a zwłaszcza pracujących w nim ciężko i z poświęceniem ludzi. Doczekaliśmy się jednak jedynie kar i obarczania winą za chaos w systemie, chaos – spowodowany nieudolnością rządu.

**O autorze:** Jerzy Rajewski, prezes Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, jest specjalistą w dziedzinie medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej i chorób wewnętrznych. Kierownik Przychodni Lekarskiej RODZINA w Koronowie, wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej.



**Pandemia SARS-CoV-2 – wspieramy lekarzy wiceprezes lek. Jerzy Rajewski stale dostępny pod numerem: 602374249, jerzy.rajewski@hipokrates.org**



Czujemy się tak bezpiecznie w naszych bańkach, że zaczynamy akceptować tylko te informacje, prawdziwe czy nie, które pasują do naszych opinii, zamiast opierać swe opinie na dostępnych dowodach.

Matthew d'Ancona

# Covidoodporność

## to stan umysłu

Jak to się dzieje, że coraz więcej osób uparcie zaprzecza istnieniu koronawirusa, karmiąc się jednocześnie teoriami spiskowymi i buntując przeciwko podstawowym działaniom profilaktycznym? Otóż wyparcie to jeden z podstawowych psychologicznych mechanizmów obronnych. W ten sposób umysł próbuje radzić sobie z niepewnością i lękiem. O wiele łatwiej jest nie czuć strachu, gdy wierzymy, że nie ma się czego bać...

DOROTA  
SKUBLICKA-  
-MICHALSKA

Takich psychologicznych pułapek, w które wpadają przestraszeni i niepewni przyszłości ludzie, jest więcej. Oto kilka powodów, dla których ludzie wolą wierzyć, że ziemia jest płaska, Covid-19 nie istnieje, maseczka powoduje grzybicę płuc, a szczepionki – autyzm:

### Przekaz ustny wydaje się bardziej wiarygodny

Informacja, która dociera do ludzi z ust konkretnych, znanych im osób (kuzyna, sąsiadki, znajomych na Facebooku), odbierana jest mniej krytycznie. Argument, że „przecież wszyscy tak mówią”, wielu osobom wydaje się wystarczający. Uważają oni powszechną znajomość jakiegoś „faktu” za oczywisty dowód jego autentyczności. Poza tym twierdzenie powtarzane wielokrotnie wydaje się prawdziwe, nawet jeżeli powtarza je tylko jedna osoba lub jednorodna grupa wyznawców.

### Ludzie chcą łatwych odpowiedzi i szybkich, skutecznych rozwiązań

Świat jest skomplikowany, a opisująca go nauka dla wielu niedostępna. Tymczasem ludzki umysł chce wiedzieć i rozumieć, mieć kontrolę. Szczególnie w sytuacji zagrożenia. Łatwiej jest uwierzyć w coś, co jest proste, niż dać wiarę naukowcom, którzy mówią o rzeczach abstrakcyjnych i trudnych do zweryfikowania. Do tego nauka jest omylna, bo odkrywając wciąż nowe prawdy, sama obala swoje wcześniejsze twierdzenia. To naturalny sposób poznawania świata, ale nie budzi zaufania i nie daje pewności. A niepewność jest jedną z głównych podstaw lęku.

### Człowiek chce mieć wpływ, bezradność go przeraża

Świadomość, że nic nie możemy zrobić jest trudna. Znacznie łatwiej jest działać. Jednak żeby podjąć działanie, trzeba wierzyć w jego sens. O ile prościej jest np. przestać jeść gluten czy laktozę i żyć w przekonaniu, że uchroni nas to przed wszystkimi chorobami świata, niż mieć przed sobą niewiadomą. Miło i bezpiecznie jest żyć z wiarą, że syn sąsiadki ma autyzm, bo pozwoliła go zaszczepić, a my, unikając szczepionki, możemy nasze dziecko przed tym uchronić.

### Bunt i negacja dają energię i siłę

Bierność bywa trudna, idzie w parze z bezradnością. Towarzyszy im poniżenie poddania. Bunt natomiast daje siłę i przepędza strach. Do tego bunt wyrażany razem z innymi rodzi poczucie wspólnoty, współprzeżywania, a tym samym bezpieczeństwa. A o to przecież chodzi – by przestać się bać. Negacja i wyparcie działają podobnie: czego nie widzę, tego nie ma, tego się nie boję.

### Teorie spiskowe przynoszą odpowiedzi i wskazują winnego

Spisek porządkuje świat. Dobrze jest mieć wroga, który zawsze może być winny. Oskarżyć o wszystko tych złych i dzięki temu zyskać proste rozwiązania trudnych problemów. Przy okazji pośmiać się z tych naiwnych, głupich wręcz, którzy w spisek nie wierzą. Bonusem jest zastrzyk adrenaliny, którą przynoszą złość i bunt wymierzone przeciwko spiskowcom. Wiara w spisek pozwala też poczuć się kimś lepszym, bo przecież każdy, kto w swej mądrości przejrzał na oczy i „włączył myślenie”, jest w grupie tych ważniejszych i w tym przypadku „covidoodpornych”.

### Selektywna percepcja skutecznie zniekształca rzeczywistość

Każdy odbiera świat inaczej. Postrzegamy go przez pryzmat naszej wiedzy, wcześniejszych doświadczeń, patrzymy też życzeniowo. Widzimy – w zależności od nastawienia – to, co chcemy widzieć, lub wręcz odwrotnie – to, czego widzieć nie chcemy, bo się na przykład zobaczyć boimy.

### Powszechny dostęp do informacji bywa przyczyną dezinformacji

Żyjemy w czasach, w których każdy ma dostęp do informacji. Nie każdy jednak jest gotowy, by z tego racjonalnie korzystać. Wiele osób nie zastanawia się nad wiarygodnością źródeł i czerpie z tych, które przekazują prawdy objawione prostym i zrozumiałym językiem. To, co rozumiemy, wydaje się bardziej przyjazne, łatwiej jest też taką „wiedzę” zapamiętać. W oparciu o to wielu porządkuje swoją rzeczywistość, odnajduje drogę. Czują się wybrani, wyjątkowi, oświeceni. Nie mają pojęcia, że są zmanipulowani przez własny umysł, który w ten sposób chce ich chronić przed niepewnością i strachem.

**O autorce:** Dorota Skublicka-Michalska – dyplomowany coach, certyfikowany trener uważności i trener ACT (acceptance & commitment therapy). Specjalizuje się w coachingu stresu i regulacji emocji, prowadzi trening ACT, pracuje z lękiem, wspiera w kryzysach emocjonalnych. Więcej o autorce na stronie: [www.dorotaskublicka.pl](http://www.dorotaskublicka.pl)



# Medyczny Nobel 2020

## – czyli o wirusie i molekularnych nożycach

” *Gdy rysowano cykle i epicykle Ptolemeusza, tłumacząc Karolowi Wielkiemu, jak zbudowany jest świat, ten powiedział: Gdybym był Stwórcą, zbudowałbym go prościej.*

(cyt. za: „Histologia”, red. Ostrowski K., PZWL, 1988)

MAREK  
JURGOWIAK

Tegorocznymi laureatami Nagrody Nobla z zakresu fizjologii i medycyny zostali Harvey J. Alter, Michael Houghton oraz Charles M. Rice. Nagroda przyznana została za badania prowadzące do odkrycia i poznania wirusa zapalenia wątroby typu C.

Przyznanie Nagrody Nobla za badania, które odślaniają przed nami kolejny element tajemnicy życia i odkrywają istotę procesów biologicznych, pozwalając na ich rozumienie, wiąże się zawsze z zapytaniem o praktyczne wykorzystanie nagrodzonych osiągnięć nauki, co potwierdzałyby słuszność decyzji Akademii Szwedzkiej. W przypadku tegorocznych nagród nie ma wątpliwości co do ich praktycznego zastosowania i wpływu na postęp współczesnej medycyny.

Amerikanin Harvey J. Alter (85 lat), pracujący w NIH Bethesda (Maryland), wykazał jako pierwszy, że przyczyną wirusowego zapalenia wątroby typu C jest nieznany dotąd wirus. Z kolei Kanadyjczyk Michael Houghton (urodzony w 1949 r.), pracujący obecnie na Uniwersytecie Alberta w Edmonton w Kanadzie, wyizolował materiał genetyczny wirusa, który zyskał nazwę wirusa HCV. Sześćdziesięcioośmioletni dziś Ame-



rykanin Charles Rice, z Uniwersytetu Rockefellera w Nowym Jorku, dostarczył zaś ostatecznych dowodów na to, że zakażenie HCV jest wystarczającym czynnikiem do wywołania zapalenia wątroby.

Przełomowego odkrycia dokonano dopiero w roku 1989, chociaż wirusa, który wywołuje wirusowe zapalenie wątroby typu B, zidentyfikowano już w latach 60. XX w. (Blumberg B. – Nobel w roku 1976). Przed odkryciem wirusa C mówiono powszechnie o czynniku nie-A oraz nie-B wywołującym chorobę.

Jednym z głównych problemów związanych z WZWC jest fakt, że przez wiele lat (nawet 20-30) choroba może rozwijać się praktycznie bezobjawowo lub skąpo objawowo. Wirus w tym czasie uszkadza wątrobę, a nosiciel może zakażać inne osoby. Według ostrożnych szacunków w Polsce czynnie zakażonych HCV jest 0,4 – 0,5% populacji, co oznacza występowanie wirusowego zapalenia wątroby typu C u około 150 tys. osób, a świadomość istnienia choroby i związanych z nią zagrożeń jest nadal bardzo niska. Przewlekła infekcja wirusem C powoduje groźne powikłania, w tym marskość wątroby oraz raka wątrobowokomórkowego.

Dzięki tegorocznym noblistom dostępne są czułe testy wykrywające we krwi markery potwierdzające obecność wirusa w organizmie. Pozwoliło to na wyeliminowanie niemal zupełnie poprzeczeniowego zapalenia wątroby w wielu regionach świata. Odkrycie umożliwiło także rozwój terapii przeciwwirusowych, a obecnie bezpośrednich terapii antywirusowych skierowanych przeciwko HCV (WZW typu C). Od niedługo czasu chorobę tę można skutecznie leczyć, co daje nadzieję na wyeliminowanie wirusa HCV z populacji światowej. Aby to jednak było możliwe, niezbędna jest współpraca ośrodków medycznych i badawczych na całym świecie i udostępnienie najnowszych terapii we wszystkich obszarach globu.

Kluczem do skutecznej diagnostyki i terapii chorób zakaźnych (w obecnym czasie pandemii związanej z groźnym SARS-CoV-2, także należącym do rodziny wirusów RNA – doskonale to rozumiemy!) jest zidentyfikowanie i poznanie czynnika sprawczego.

Badania Altera, które prowadził wraz ze współpracownikami, wykazały w przypadku osób, u których po transfuzjach krwi rozwijało się przewlekłe zapalenie wątroby wywołane nieznanym wówczas czynnikiem zakaźnym, że ich krew może przenosić chorobę na szympany. Dalsze badania dowiodły, że ten nieznany czynnik zakaźny ma cechy wirusa. Jednak – mimo wysiłków badaczy – wirus wymykał się możliwościom izolacji przez więcej niż dekadę. Wyizolowaniem sekwencji genetycznej wirusa zajął się zespół drugiego z noblistów – Michaela Houghtona. Zespół ten stworzył zbiór fragmentów DNA znalezionych we krwi zarażonego szympansa. Zakładając, że we krwi pobranej od pacjentów z zapaleniem wątroby będą obecne przeciwciała przeciwko wirusowi, badacze wykorzystali surowicę pacjentów do identyfikacji sklonowanych fragmentów wirusowego DNA kodującego białko wirusowe (efekt odwrotnej transkrypcji RNA – DNA). Znalaziono następnie jeden pozytywny klon i wykazano, że pochodzi z nowego wirusa RNA





należącego do rodziny flawiwirusów. Zyskał on wówczas nazwę wirusa zapalenia wątroby typu C.

Kolejnym krokiem było udowodnienie, że nowo odkryty wirus może być przyczyną zapalenia wątroby. Należało odpowiedzieć na pytanie, czy sklonowany wirus był w stanie replikować się, wywołując jednocześnie chorobę. Charles M. Rice, trzeci z noblistów, wraz z innymi grupami pracującymi badawczo nad wirusami RNA zauważył wcześniej nieznaną region na końcu genomu wirusowego, który mógł mieć znaczenie dla replikacji wirusa.

Rice zaobserwował także różnice genetyczne między izolowanymi próbkami patogenu i założył, że niektóre z wariantów wirusa mogą cechować się utrudnioną replikacją. Dzięki metodom inżynierii genetycznej wygenerowano odpowiedni wariant wirusa RNA, który zawierał

nowo zdefiniowany region genomu wirusowego. Po wstrzyknięciu tego RNA do wątroby szympanów – wykryto wirusa we krwi i zaobserwowano zmiany patologiczne podobne jak u ludzi z przewlekłą chorobą. Uzyskano ostateczny dowód na to, że sam nowo odkryty wirus HCV może powodować wcześniej niewyjaśnione przypadki zapalenia wątroby zależnego od transfuzji krwi.

W wielu krajach, także w Polsce, potrzebna jest obecnie odpowiednia strategia kontroli przewlekłych zapaleń wątroby wywołanych HCV, aby skutecznie eliminować tę groźną chorobę. Może Nobel za odkrycie i badania nad HCV zmienić aktualną sytuację i przyczyni się do przyspieszenia wdrażania skutecznych kontroli przewlekłych zapaleń wątroby wywołanych wirusem typu C?

”

*Ważne jest, by nigdy nie przestać pytać. Ciekawość nie istnieje bez przyczyny. Kto nie potrafi pytać, nie potrafi żyć.”*

*Albert Einstein*

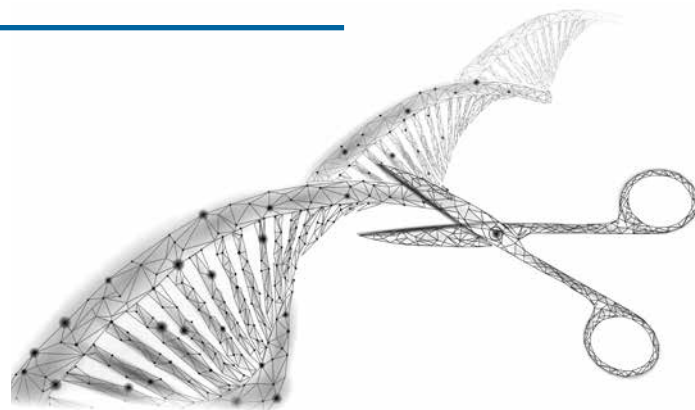
Badania wyróżnione w tym roku Nagrodą Nobla w dziedzinie chemii równie dobrze mogłyby być docenione Noblem medycznym. Dotykają bowiem jednego z najważniejszych dla życia komórek procesów – kontroli funkcjonowania materiału genetycznego i przyczyniły się do opracowania między innymi nowych terapii przeciwnowotworowych.

Chemiczny Nobel przyznano dwóm kobietom badaczkom – Emmanuelle Charpentier z Instytutu Maksa Plancka w Berlinie oraz Jennifer A. Doudnie z University of California w Berkeley. Komitet Noblowski nagroził obie badaczki za opracowanie innowacyjnych technik edycji genomu znanych jako CRISP/Cas9.

Dotychczas znaleźmy pięć kobiet laureatek Nagrody Nobla w dziedzinie chemii. Pierwszą – jak pamiętamy – była Maria Skłodowska-Curie (w roku 1911).

Niekiedy od opublikowania znaczącego odkrycia do nagrodzenia Noblem jego autorów upływa nawet kilkadziesiąt lat. W przypadku obu Pań było to tylko kilka. Metoda badawcza określana jako metoda nożyc molekularnych opracowana została przez badaczki w 2012 r. Dzięki opracowanym technikom, znanym jako genetyczne nożyce CRISP/Cas9, Emmanuelle Charpentier i Jennifer A. Doudna umożliwiły naukowcom bardzo specyficzne modyfikowanie określonych sekwencji DNA i wprowadzanie z niezwykłą precyzją zmian w DNA roślin, zwierząt i mikroorganizmów. Metoda ta być może umożliwi w przyszłości nawet więcej – w tym leczenie chorób uwarunkowanych genetycznie, z którymi nauka i medycyna nie potrafi walczyć skutecznie.

Badania Emmanuelle Charpentier dotyczyły bakterii *Streptococcus pyogenes*, zwanej paciorkowcem ropnym. Podczas prac Charpentier odkryła nową, nieznaną wcześniej cząsteczkę – tracrRNA, należącą do systemu obronnego bakterii. Badaczka wykazała, że tracrRNA w CRISP/Cas rozbraja wirusy atakujące bakterie, niszcząc wirusowe DNA. Emmanuelle Charpentier opublikowała wyniki swoich badań w 2011 r. Był to też rok rozpoczęcia współpracy przez obie tegoroczne noblistki. Jennifer A. Doudna wówczas była już doświadczonym biochemikiem z dorobkiem w zakresie badań cząsteczek RNA. Badaczki – prowadząc wspólnie prace – odtworzyły w laboratorium nowo odkryte przez Charpentier nożyce molekularne. Udało się uprościć ich molekularną budowę, dzięki czemu łatwiej można je było stosować w warunkach laboratoryjnych. Obie eksperymentatorki wspólnie przeprogramowały molekularne nożyce tak, aby rozpoznawały nie tylko DNA wirusów, ale także były użyteczne jako narzędzie do przecinania dowolnej cząsteczki DNA w określonym miejscu.



Jeśli uzyska się w ten sposób przecięty DNA, łatwo jest wprowadzać zmiany w sekwencjach genowych. Zatem była i jest to prawdziwa rewolucja w naukach przyrodniczych, biologii molekularnej, medycynie przyszłości. Na temat tej metody molekularnej opublikowano tysiące artykułów, zgłoszono tysiące patentów na jej zastosowania. Nawet ukazuje się pismo naukowe poświęcone w całości tej metodzie badawczej. Dzięki CRISP/Cas9 dokonano wielu ważnych odkryć w badaniach podstawowych, a także udało się uzyskać rośliny odporne na pleśń, pasożyty czy suszę. Eksperti przewidują, że uda się w przyszłości dzięki tym narzędziom molekularnym leczyć nowotwory złośliwe czy też liczne choroby dziedziczne.

**EMMANUELLE CHARPENTER** (ur. 1968 r.) obecnie jest dyrektorem jednostki prowadzącej badania patogenów w Instytucie Biologii Zakaźnej im. Maksa Plancka w Berlinie. Urodziła się w Juvisy-sur-Orge we Francji, a tytuł doktora uzyskała w Instytucie Pasteura w Paryżu.

**JENNIFER A. DOUDNA** (ur. 1964 r.) pochodzi z Waszyngtonu. Doktorat obroniła w Harvard Medical School w Bostonie. Jest profesorem University of California w Berkeley (USA).

”

*Intuicja jest czynnikiem istotnie cennym.*

*Albert Einstein*

**Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny wręczona została po raz pierwszy w 1901 r.** Pierwszą nagrodę otrzymał niemiecki bakteriolog Emil Behring, twórca surowic i szczepionek m.in. przeciw tężcowi i błonicy. Żaden z badaczy nie został nagrodzony medycznym Noblem dwukrotnie. Natomiast jeden naukowiec otrzymał dwukrotnie Nobla z chemii. Frederic Sanger w 1958 r. odebrał Nobla za badania struktury białek, w tym insuliny. W roku 1980 ponownie otrzymał Nobla za wkład w badania nad określeniem sekwencji nukleotydowych w kwasach nukleinowych. W młodym wieku nagrodzony został F. Banting za odkrycie insuliny, miał wtedy 32 lata. Natomiast Peyton Rous, odkrywca wirusów odpowiedzialnych za nowotworzenie, odebrał Nobla jako 87-latek. Odbierający Nobla w dziedzinie chemii John B. Goodenough miał 97 lat.

**O autorze:** dr n. med. Marek Jurgowiak, Katedra Biochemii Klinicznej CM UMK, Rada Programowa TFNiS i Centrum Nowoczesności „Młyn Wiedzy” w Toruniu

### Przez pryzmat... homofobii

Miałem taki koszmar... Leżę w łóżku. Czuję niszczący mnie od środka niepokój. Za chwilę już rano, 11 października – Coming Out Day. Nie mogę dłużej się ukrywać. Postanowiłem się wyautować: ...jestem ...heteroseksualny...

Wmawia mi się, że z moim zdrowiem seksualnym jest coś nie tak. W imię przekonania, że moja heteronormatywna orientacja nie jest „naturalną orientacją płciową”, oferuje mi się wizytę w poradni, w której będę mógł „z pomocą kompetentnych osób odzyskać zdrową tożsamość i duchową harmonię albo przynajmniej osiągnąć zdolność do życia w zgodzie z samym sobą w wewnętrznym pokoju”.

Nie mogę pogodzić się z faktem, że system prawny traktuje mnie na równi z nieheteronormatywnymi tylko w zakresie obowiązków obywatelskich wobec państwa, ale już nie praw.

Próby manifestacji tej nierówności są traktowane jak atak i chęć zburzenia dotychczasowego porządku świata społecznego, zmuszenia wszystkich do bycia heteronormatywnymi. Dlatego z obawy przed tą „ideologią” tworzy się dla mnie strefy wykluczenia...

Moja heteroseksualna orientacja była nawet zapisana w rejestrze chorób DSM. Choć obecnie wykreślona i tak stanowi to dla wielu argument, że trzeba mnie leczyć. Przecież została usunięta przez głosowanie ekspertów... nieważne, że trafiła tam też przez głosowanie...

Mówi mi się, że dyskryminacja i marginalizacja przez społeczeństwo jest przeze mnie wymyślona. Tak samo wymyślona, jak moja tożsamość seksualna, która jest „ideologią”, czyli tylko konstruktem myślowym, a nie wrodzoną potrzebą emocjonalną, potrzebą akceptacji.

# Nocny koszmar heteronormatywnego homosceptyka

BARTŁOMIEJ  
WOLSKI

Czy wyobraźcie sobie przez chwilę, że budzicie się rano w homomatrixie? Wasza heteronormatywność stanowi nie więcej niż 5% społeczeństwa. Nocny koszmar.

Ok, a teraz już „normalnie” ...

**Orientacja seksualna nie jest kwestią wyboru, ponieważ nie wybieramy sobie warunków biologicznych.** Nie musi być też cechą trwałą, charakteryzującą nas przez całe życie, co np. częściej dotyczy heteroseksualnych kobiet po 40 roku życia, które wchodzi w nowe związki, już jedнопłciowe.

Według współczesnej wiedzy medycznej wszystkie trzy orientacje: homo, hetero i bi są prawidłowymi wariantami rozwojowymi seksualności człowieka. Jej kształtowanie jest procesem złożonym, jednak przede wszystkim uwarunkowanym genetycznie, a wpływ czynników środowiskowych jedynie modyfikuje poziom lub charakter jej ekspresji.

Uważa się, że orientacja kształtuje się już w okresie prenatalnym. Jest predyspozycją genetyczną, związaną z chromosomem X matki, specyficznymi sekwencjami DNA w obszarze chromosomu Y, podlega wpływowi testosteronu oraz mechanizmom immunogenetycznym, kształtującym struktury mózgu odpowiedzialne za tzw. płeć mózgu, pożądanie i emocje. Dominującą funkcję czynnika biologicznego potwierdzają liczne badania na bliźniętach, matkach osób hetero i nieheteronormatywnych, badania neurobiologiczne i embriologiczne.

W okresie dojrzewania hormony płciowe produkowane przez jądra lub jajniki ujawniają

zakodowaną w mózgu orientację, stąd kierujemy swój popęd do pożądanego płci, tej samej lub odmiennej.

W kontekście uwarunkowania genetycznego, wychowanie dziecka przez parę jedнопłciową nie determinuje jego orientacji. Co więcej, wychowując się w niesprzyjającym, nietolerancyjnym środowisku, częściej ma szansę wyrosnąć na zacieklego homofoba. Mit o destrukcyjnym wpływie wychowania przez pary jedнопłciowe nie znajduje poparcia naukowego, tym silniej, gdy uświadomimy sobie, że osoby nieheteronormatywne rodzą się i wychowują w rodzinach heteronormatywnych.

**Orientacja nie podlega możliwości dowolnego kształtowania zgodnie z oczekiwaniami większości kulturowo-społecznej.** Z osoby homoseksualnej nie da się zrobić heteroseksualnej i odwrotnie.

Twierdzenie, że jakkolwiek terapia reparatywna jest skuteczna w konwersji orientacji, stoi w sprzeczności ze współczesną wiedzą na temat seksualności człowieka – nie można bowiem zmienić struktur mózgu ukształtowanych w okresie płodowym. Jedyne, co przynoszą owe terapie, to czasowe powstrzymanie się od ekspresji swojej orientacji, powstrzymanie się od zachowań homoseksualnych. Nadal jednak pozostaje gotowość do kochania osoby tej samej płci. Homoseksualny mężczyzna nie będzie miał fantazji erotycznych na temat kobiet pod wpływem jakiegokolwiek terapii awersyjnej, nie poczuje pożądania w kierunku płci przeciwnej.

Tego typu terapie pogłębiają tylko wewnętrzny konflikt, poczucie winy i traumę, bowiem powrót do swoich naturalnych reakcji, który następuje zwykle dość szybko, stanowi źródło głębokiego cierpienia i powoduje poczucie „nieuleczalnej choroby”. Pogwałcenie etyki lekarskiej w przypadku propagowania i stosowania tych terapii dotyczy nie tylko samego „pacjenta”, ale także jego bliskich, rodziny oraz osób, z którymi będzie próbował stworzyć związek hetero. Niezwykle destrukcyjnie na psychikę działa mechanizm tzw. medykacji grzechu, czyli przekonywania innych, że coś, co według wybranej grupy jest grzechem, jest zarazem chorobą.

**Często myli się orientację z zaburzeniem preferencji. Ta pierwsza jest wrodzona i określa ukierunkowanie emocji i pożądania na rodzaj płci.** Preferencja jest tym, co chciałby z tą płcią

robić, sposobem uzyskiwania zaspokojenia seksualnego. Jest stanem nabytym, wykształconym w drodze indywidualnego rozwoju pod wpływem nietypowych doświadczeń seksualnych, i niezależnym od orientacji. Zarówno osoba hetero – jak i homoseksualna może mieć te same zaburzenia preferencji, tzn. pedofil preferencyjny homoseksualny będzie uwodził chłopców, a heteroseksualny dziewczynki. Orientacja będzie decydowała o tym, czy swoją satysfakcję seksualną, realizowaną poprzez np. preferencje masochistyczne, będzie osiągał z osobą tej samej płci czy odmiennej.

W Polsce około 2 miliony obywateli stanowią osoby nieheteronormatywne (4,9% w 2016 r. – berliński ośrodek badawczy Dalia), a 10% Polaków do 25 r.ż. deklaruje się jako osoby LGBT+.

**Wg Raportu CBU 27% osób LGBT doświadczyło przemocy fizycznej, 20% gróźb – to 2 razy więcej niż przeciętnie w naszym społeczeństwie.** Co 4 Polak uważa, że homoseksualizm jest nienormalny i należy go zwalczać, 54% że nienormalny, ale można tolerować, 14% – że jest rzeczą naturalną, a 8% nie ma zdania.

Raport ILGA – Europe 2020, europejski ranking badający poziom równouprawnienia osób LGBTI na podstawie 6 kategorii (równość i zakaz dyskryminacji, rodzina, wolność zgromadzeń, zrzeszania się i ekspresji, mowa nienawiści, uzgadnianie płci, prawo do azylu), ujawnia niechlubne ostatnie miejsce Polski w rankingu z wynikiem 16%. Nie jest też pocieszeniem fakt, że przez ostatnie 3 lata zajmowaliśmy miejsce przedostatnie.

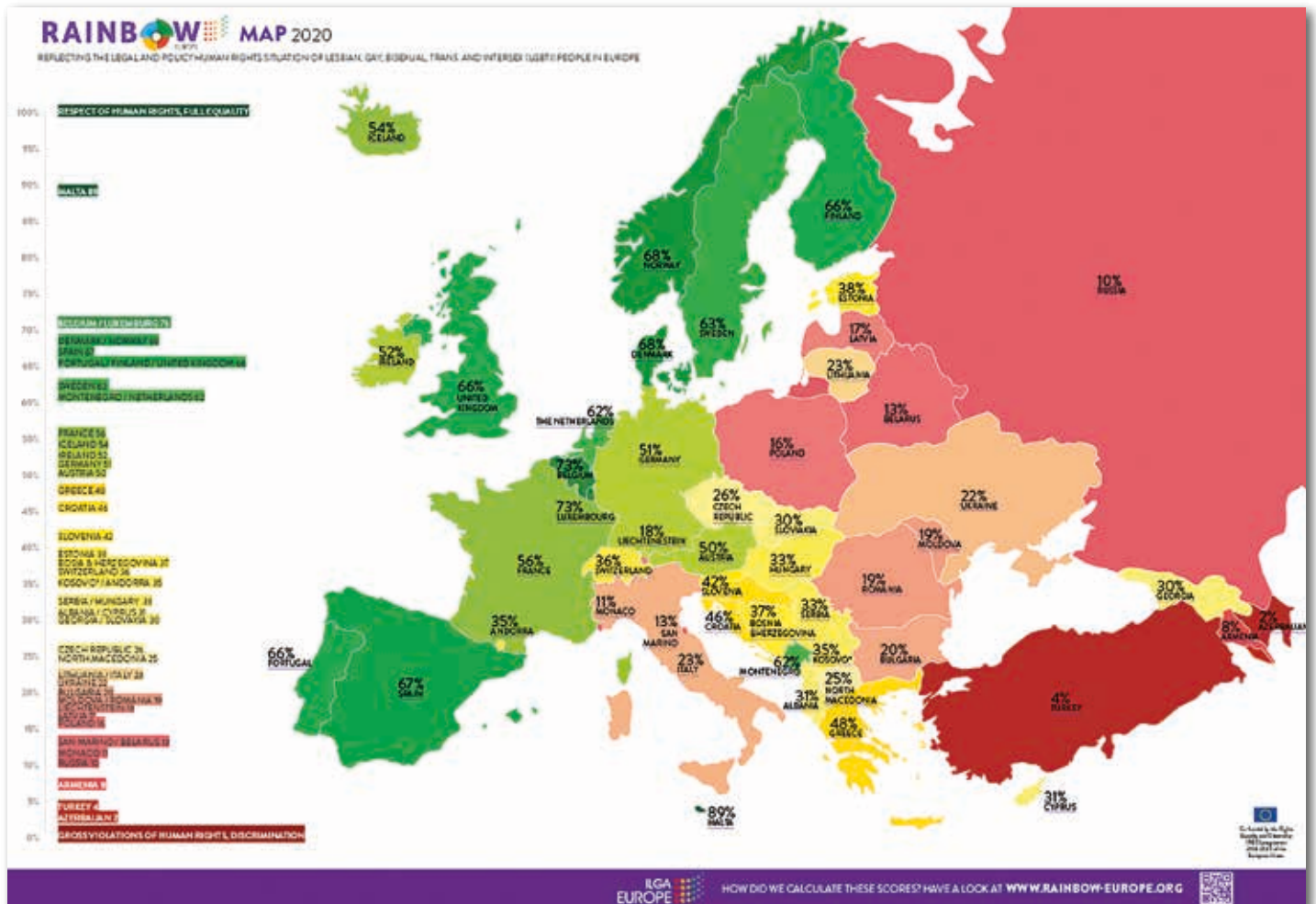
Zdarza się, że homofobia jest środowiskowym kostiumem, który ma ukryć homoerotyczne skłonności, co psychologowie określają mianem zespołu Hoovera i co potwierdzono w badaniach eksperymentalnych na ochotnikach deklarujących swój stosunek do homoseksualizmu. Skrajną formę homofobii w systemach totalitarnych przybrała działalność podczas II wojny światowej – niemieccy homoseksualiści byli jednymi z pierwszych więźniów obozów koncentracyjnych, podobnie w Rosji sowieckiej. W czasach PRL przeprowadzono także przymusowy spis powszechny osób homoseksualnych – tzw. akcja Hiacynt.

**Homofobia jest uprzedzeniem takim samym, jak rasizm czy antysemityzm. Dlaczego dla niektórych ludzi tak ważną jest czyjaś orientacja?** Niebagatelną rolę odgrywa tutaj kwestia wychowania, a raczej jego brak w zakresie edukacji seksualnej – rzetelnej, bezstronnej, opartej na faktach naukowych, a nie medialnych. Młodej osobie, której wpaja się, że seks nieheteronormatywny jest godny potępienia, grozi większe ryzyko, że w przypadku pojawiających się w jej życiu dorosłym frustracji seksualnych, pojawi się także lęk przed byciem gejem, a potem agresja wymierzona w kierunku osób LGBT. Wychowanie dzieci w afirmatywnym podejściu do seksualności, w poczuciu jej akceptacji daje szansę na uniknięcie tych frustracji, większą pewność siebie podczas kształtowania się roli płciowej.

Wiedza o rozwoju naszej seksualności to taka sama część edukacji, jak inne jej elementy – pozostawmy ich przekazywanie profesjonalistom. Tymczasem w przestrzeni publicznej patologizuje się tę dziedzinę, nie wiedząc w rzeczywistości, czym jest. Ignoruje się wiedzę na temat etapów rozwoju seksualnego człowieka, które każdy z nas przechodził, także tak bardzo tabuizowanej masturbacji. Edukacja seksualna jest najskuteczniejszym sposobem walki z wykorzystaniem seksualnym dzieci – pamiętajmy o tym.

**To smutne, że istnieje potrzeba ustanawiania Coming Out Day. Jeszcze bardziej obawiam się momentu, gdy tę datę zastąpi Coming In Day...**

**O autorze:** dr n. med. Bartłomiej Wolski jest konsultantem wojewódzkim w dziedzinie seksuologii. Specjalistą w dziedzinie potożnictwa i ginekologii oraz seksuologii, w trakcie specjalizacji z perinatologii. Jest współzałożycielem Kliniki – Lekarze Mostowa 4 – klinika przyjazna LGBTQ+. Kierownik Poradni Seksuologii i Patologii Współżycia w Lekarze Mostowa 4, zastępca kierownika Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala św. Wojciecha w Gdańsku. Prywatnie: szczęśliwy ojciec Ani, Wincentego i Weroniki.





## W jakim kierunku zmierzasz Bydgoska Izba Lekarska?

W ostatnim numerze „Primum”, w artykule zatytułowanym „Wszystkie kolory LGBT”, przewodniczący rady programowej periodyku podjął szeroko ostatnio nagłaśniany w przestrzeni publicznej temat. Okręgowa Rada Lekarska BIL zamieściła obok artykułu dwa apele do lekarzy o kierowanie się szacunkiem wobec osób LGBT „nieakceptowanych społecznie ze względu na swoją orientację seksualną” oraz „o kierowanie się w postępowaniu i formułowaniu wypowiedzi aktualną wiedzą medyczną i szacunkiem do drugiego człowieka, bez względu na jego płeć, wiarę, orientację seksualną, rasę i pochodzenie”. Jednocześnie Pan przewodniczący zapowiedział cykl poświęcony tematyce LGBT, który pozwoliłby na „odpowiedzialne i zgodne z etyką postępowanie”.

Czy rzeczywiście zaistniał problem w środowisku lekarskim, by kierować do nas apele w tej kwestii oraz edukować lekarzy, jak mają postępować? Pracuję w zawodzie już przeszło 50 lat i nigdy nie widziałem potrzeby interesowania się orientacją seksualną moich pacjentów, bo jest to dla mnie – a jestem przekonany, że również dla moich szanownych Koleżanek i Kolegów – zbędne i niepotrzebne, zarówno w wykonywaniu praktyki lekarskiej, jak i w codziennym społecznym funkcjonowaniu. Jaki jest więc prawdziwy problem? Czy apele rady okręgowej są wynikiem skarg pacjentów na nieodpowiedzialne i niezgodne z etyką zachowanie lekarzy? Śmiem twierdzić, że skarg takich nie ma, a gdyby nawet się pojawiły, to rozpatrywaniu tego rodzaju spraw służą odpowiednie organy BIL. Wystosowywanie apeli sprawiających wrażenie jakiegoś narastającego problemu nie-

tolerancji ze strony lekarzy ze względu na orientację seksualną, płeć, rasę czy wyznawany światopogląd – uważam za wysoce niestosowne i chybione. Polska i Polacy chlubią się tym, że zawsze byliśmy narodem tolerancyjnym. Wystarczy sięgnąć do historii, żeby uświadomić sobie, jak bezpiecznym miejscem była przez wieki Rzeczpospolita dla tysięcy osób różnych narodowości szukających schronienia w czasie toczących się w Europie wojen religijnych lub będących ofiarami różnych pogromów ze względu na rasę lub wyznawany światopogląd. Polacy zawsze chronili te wartości, o których dziś mówią, że są prawami człowieka.

Na rzekomą nietolerancję wobec osób o odmiennej orientacji seksualnej w życiu publicznym należy spojrzeć w znacznie szerszym, głębszym społecznym wymiarze, niż to się zwykle przedstawia. Jak w ostatnich latach obserwujemy, środowiska LGBT podjęły szeroko zakrojoną walkę o daleko idące zmiany prawa, które mają między innymi doprowadzić do legalizacji „małżeństw homoseksualnych”, adopcji dzieci przez pary homoseksualne i do innych zmian społecznych niezgodnych z obowiązującą konstytucją. Uchwalona 30 marca br. Deklaracja Kongresu LGBT+ stwierdza jednoznacznie, że „dążymy do wspólnego celu – Polski, w której wszystkie osoby (...) będą mogły tworzyć rodziny, bez względu na tożsamość płciową, orientację seksualną, ekspresję płciową i cechy płciowe”. Środowiska LGBT żądają też zwiększenia „bezpieczeństwa” osób o innej orientacji seksualnej poprzez nowelizację Kodeksu karnego. Po jej wprowadzeniu „przestępstwa z nienawiści, w tym przestępstwa popełnione ze względu na

## Ad vocem do: W jakim kierunku zmierzasz Bydgoska Izba Lekarska?

Dziękuję Panu Profesorowi za głos w dyskusji rozpoczętej na łamach „Primum”.

Zgadzam się z Panem Profesorem w wielu kwestiach – lekarze nie przywiązują w większości żadnej uwagi do kwestii orientacji seksualnej otaczających ich osób. Nie widzą też powodu, by poszerzać wiedzę fachową związaną z tą tematyką – a w związku z faktem, że w toku studiów temat ten praktycznie nie jest poruszany, zdecydowana większość z nas przyjmuje wiedzę popołarną jako fachową. Dość powiedzieć, że niektórzy nasi koledzy nadal stosują wobec homoseksualizmu określenia takie jak „zбочenie” oraz sugerują konieczność leczenia odmiennej orientacji seksualnej. Takie stwierdzenia – mimo że stoją w jawnej sprzeczności z wiedzą fachową – znajdują poklask w niektórych środowiskach.

Lekarze nie funkcjonują w próżni – uczestniczymy w życiu społecznym, realnym i wirtualnym. Nie sposób przegapić narastającej w ostatnim czasie liczby zdarzeń dotyczących osób nieheteronormatywnych – od podkreślania niechęci poczynawszy, przez agresję słowną, na fizycznej skończywszy. Wspomina Pan Profesor niezgodność żądań osób walczących o równouprawnienie osób LGBT+ z Konstytucją RP – pozwolę sobie na stwierdzenie, że jest to nieprawda. Twierdzenie takie wynika z analizy artykułu 18 Konstytucji, który mówi jedynie o ochronie i opiece nad małżeństwem jako związkiem kobiety i mężczyzny, natomiast nie definiuje go wyłącznie jako związku różnopłciowego.

Przywołane przez Pana Profesora marsze i parady równości spotykają się z jawną wrogością części społeczeństwa, organizującą się w wyznaniowe bojówki. Ostatnio natrafiłem nawet na wynalazek mający służyć „obroncom tradycyjnych wartości” do teży obrony – różnianie z metalowych kulek nawleczonych na wojskową linkę spa-

dochronową. Na froncie walki z LGBT mamy też organizacje prawnicze – apologetów państwa wyznaniowego czy osoby promujące sprzeczne z wiedzą naukową podejście do seksualności człowieka, w tym do edukacji seksualnej, orientacji seksualnej czy kwestii transseksualności. Może w tym miejscu warto wspomnieć, że World Health Organization (WHO) – atakowana za tworzenie między innymi standardów edukacji seksualnej – jest partnerem Naczelnej Izby Lekarskiej i to właśnie WHO, kierując się istotnymi przestankami społecznymi, jest motorem wprowadzania opartej na nauce edukacji seksualnej.

Biorąc pod uwagę powyższe, nie zgadzając się na ideologizację nauki – należy jasno podkreślić, że orientacje seksualne inne niż heteroseksualna nie są zaburzeniem, stosowanie terapii reparatywnych czy konwersyjnych jest niezgodne z prawem i nauką, a powszechna edukacja seksualna jest elementem niezbędnym do osiągnięcia celów społecznych takich jak: zmniejszenie liczby aborcji, ciężkich młodocianych czy aktów przemocy seksualnej wobec dzieci oraz ograniczenie szerzenia się chorób przenoszonych drogą płciową.

Podkreśla Pan Profesor obawę o wolność głosu zasad moralnych zawartych w nauczaniu Kościoła – proszę zważyć, że nie tylko Kościół łaciński jest uprawniony do głoszenia swoich nauk, ale też każda z pozostałych tysięcy religii. Oczywiście należy tu pamiętać, że zgodnie z wolnością wyznania każdy z obywateli Polski – w tym lekarze członkowie naszej Izby – ma prawo do wolności wyznania, co wiąże się z brakiem zgody na narzucanie norm religijnych osobom innych wyznań bądź niepodzielającym wiary w żadnego z bogów. Równocześnie „Primum” nie jest miejscem na dywagacje światopoglądowe, a na prezentację spraw dotyczących samorządu zawodowego umocowanych w prawie i nauce.

orientację seksualną, tożsamość płciową, ekspresję płciową lub cechy płciowe, byłoby ścigane z urzędu”.

Oczywiste jest, że po uwzględnieniu prawnych postulatów środowisk LGBT wolność głoszenia zasad moralnych zawartych w nauczaniu Kościoła byłaby znacznie ograniczona. Można przewidzieć, że po przyjęciu takiej nowelizacji kodeksu karnego np. publiczne cytowanie fragmentów Biblii potępiających akty homoseksualne przez kaznodziejów w homilii, traktowanych jako mowa nienawiści, mogłoby być kwalifikowane jako przestępstwo ścigane z urzędu. A to rodzi pytanie, czy nie zagraża nam nowy rodzaj totalitaryzmu światopoglądowego – skutkujący usuwaniem poza sferę obszaru wolności ludzi czy środowisk myślących inaczej, tylko dlatego, że deklarują przywiązanie do tradycyjnych chrześcijańskich wartości. Stąd wynika niepokój i sprzeciw Episkopatu Polski wobec postulatów LGBT, który wyraził troskę wobec propagowania i wcielania w życie Karty LGBT+, mającej między innymi na celu wprowadzenie zajęć tzw. edukacji seksualnej. Realizacja tego zamiaru tatwo pozbawiłaby rodziców wpływu na wychowanie ich dzieci i stała się programem je deprawującym.

Zasadniczym celem środowisk LGBT – mającym „obudzić sumienia Polaków” – jest przekonanie społeczeństwa, że istnieje „ dyskryminacja osób o orientacji homoseksualnej”, doznających przemocy i marginalizowanych przez społeczeństwo. Temu między innymi służą marsze i parady równości organizowane przez środowiska LGBT. W Polsce każdy ma prawo do organizowania i uczestniczenia w manifestacjach czy różnych marszach, ale osoby biorące w nich udział nie mają żadnego prawa gorszyć innych, zwłaszcza dzieci i młodzieży, poprzez obsceniczne ubiory, transparenty, wykrzykiwane hasła i zachowania. Na marszach obraża się uczucia religijne katolików przez znieważanie kultu osób świętych, parodiowanie mszy św. i wykrzykiwanie nieobyczajnych wulgaryzmów. Aktywiści LGBT profanują kościoły

i otaczane czią pomniki. Kto bywa tu sprawcą, a kto ofiarą? Takie prowokacyjne zachowania zaburzając spokój społeczny, nie ułatwiają dialogu i nie prowadzą do zgody.

Podsumowując, tak wygląda ostatnio rzeczywistość, ale to nie kwestie światopoglądowe i ideologiczne powinny absorbować uwagę i działania samorządu lekarskiego, jak słusznie zresztą zauważył prezes BIL w słowie wstępnym poprzedniego numeru „Primum”. Zasadnicza uwaga i działania BIL winny głównie skupiać się na najważniejszych sprawach i problemach środowiska lekarskiego, a obecnie na drugiej fali pandemii i wynikających z tej dramatycznej sytuacji pilnych zadaniach służby zdrowia w tym trudnym okresie, a zwłaszcza na funkcjonowaniu POZ i leczenia szpitalnego, finansowaniu i warunkach pracy lekarzy. Szczególną pamięcią otoczmy koleżanki i kolegów emerytów, często samotnych i nie zawsze radzących sobie w zaistniałych pandemicznych warunkach.

Mam nadzieję, że ta refleksja, skierowana na łamy „Primum”, nie zostanie tym razem oceniona, czego autor niniejszego tekstu doświadczył, organizując dwie ostatnie konferencje bioetyczne, kiedy Okręgowa Rada Lekarska BIL wyraziła sprzeciw wobec udziału w konferencji osoby walczącej z aborcją eugeniczną oraz wysoko cenionego w świecie akademickim i naukowym profesora UMK.

Panie Prezesie, pragnę wierzyć, że utrzyma Pan właściwy kierunek Bydgoskiej Izby Lekarskiej, skupiając się na jednoczeniu naszego środowiska dla dobra całej społeczności lekarskiej, nie angażując się w działania o charakterze światopoglądowym, ale podtrzymując dobre tradycje tej zasłużonej instytucji. Mam również nadzieję, że biuletyn BIL – „Primum” będzie, jak dawniej, temu celowi odpowiednio służył.

prof. dr hab. med. Władysław Sinkiewicz

Nie sposób nie odnieść się do zarzutu cen-zurowania konferencji organizowanych przez Pana Profesora. Bydgoska Izba Lekarska nie ma wpływu na treści przedstawiane na organizowanych przez Pana Profesora konferencjach. Sprzeciw wobec jednostronnemu doborowi prelegentów, wyrażony na łamach „Primum” przez część członków Okręgowej Rady Lekarskiej, był dopuszczalną formą polemiki, tudzież krytyki, wynikającą z wolności wypowiedzi, i nie nosił w żadnym wypadku znamion cenzury.

Na zakończenie wspomina Pan Profesor, że to nie kwestie światopoglądowe i ideologiczne powinny absorbować uwagę i działania samorządu. Pragnę uspokoić Pana Profesora, że poruszona kwestia seksualności człowieka, w żadnym z jej aspektów, nie jest kwestią światopoglądu czy ideologii, ale efektem dociekań i badań specjalistów z danej dziedziny – dlatego też w numerze publikujemy artykuły autorstwa lekarzy specjalistów danych dziedzin (w poprzednim numerze dr. n. med. Bartłomieja Wolskiego, wojewódzkiego specjalisty w dziedzinie seksuologii), a nie dajmy na to anglistów czy pedagogów (przy całym szacunku do tych jakże potrzebnych i odpowiedzialnych profesji). Pragnąłbym również wskazać, że tematowi seksualności człowieka poświęciliśmy trzy z dwudziestu opatrzonych tekstem stron zajętych w większości tematami szalejącego wirusa, funkcjonowania POZ czy leczeni-

ctwa szpitalnego w tym trudnym czasie. Każdy numer naszego wspólnego biuletynu izbowego poświęcony jest tematowi aktualnym i istotnym dla naszych czytelników, w tym – od momentu wybuchu pandemii – organizacji służby zdrowia i samemu wirusowi. Chciałbym też zapewnić Pana Profesora, że troska o seniorów przyświeca wszystkim działaniom Izby – zarówno kiedy organizowaliśmy pomoc materialną w postaci środków ochrony indywidualnej, jak i upomnieliśmy się w Ministerstwie Zdrowia o lekarzy poza systemem publicznej służby zdrowia w kwestii szczepionek przeciw grypie. Warto tu przypomnieć, że Izba od lat organizuje program darmowych szczepień przeciw grypie adresowany do seniorów. Aktywny pozostaje również Klub Lekarza Seniora, który na każdym polu stara się wraz z Komisją Socjalną wspomagać lekarzy seniorów. Jeszcze raz dziękując za ważny głos w dyskusji, mam nadzieję, że uspokoiłem obawy Pana Profesora dotyczące kondycji i kierunku działań zarówno Bydgoskiej Izby Lekarskiej jak i jej biuletynu – „Primum”. Zawsze, zgodnie z naszą rolą, będziemy stać na straży rzetelnego i zgodnego z nauką wykonywania zawodu lekarza, a nasz biuletyn pozostanie emanacją całej Izby.

Z poważaniem

Przewodniczący Rady Programowej „Primum”  
Członek Prezydium Rady Okręgowej  
Bydgoskiej Izby Lekarskiej  
Lekarz dentysta Marek Rogowski

Zapraszamy



do BIURA

RACHUNKOWO-PODATKOWEGO

- ▶ Specjalizujemy się w rozliczaniu podatkowym podmiotów świadczących **USŁUGI MEDYCZNE**.
- ▶ Nasze Biuro łączy **TRADYCYJNĄ KSIĘGOWOŚĆ Z NOWOCZESNYMI TECHNOLOGIAMI**, opartymi m.in. na komunikacji online/ e-mail/sms/tel.
- ▶ **SZANUJĄC PAŃSTWA CZAS** wychodzimy naprzeciw, dojeżdżamy i odbieramy dokumenty bezpośrednio u zainteresowanego.

BIURO RACHUNKOWE



Kancelaria Podatkowa

Grygier i Wspólnicy sp. jawna

e-mail: poczt\_a\_big@wp.pl

☎ 508 303 873 • 52 3070576

www.bigbiuro.pl

Bydgoszcz, ul. Towarowa 36 bud. C lok. 14

## Wspomnienie o...

### prof. Andrzej Dziedziczko (7 stycznia 1935 – 16 kwietnia 2020)

Z wielką przykrością przyjęliśmy wiadomość o śmierci w dniu 16 kwietnia prof. Andrzeja Dziedziczki – wybitnego lekarza i naukowca, organizatora życia akademickiego oraz jednego z twórców Polskiego Towarzystwa Alergologicznego.

Prof. Andrzej Dziedziczko urodził się 7 stycznia 1935 r. w Stołpcach na terenie dzisiejszej Białorusi. Jest absolwentem Akademii Medycznej w Gdańsku z 1964 r. oraz wcześniej – Akademii Wychowania Fizycznego. W latach 1966–1968 odbywał służbę wojskową w Marynarce Wojennej jako lekarz-oficer. Następnie przez okres dwóch lat pracował w Ośrodku Przygotowań Olimpijskich w Zakopanem. Od roku 1969 asystent w I Oddziale Wewnętrznym Szpitala Ogólnego nr 1 w Bydgoszczy. Od roku 1971 do 2000 asystent, starszy asystent i adiunkt w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych i Alergologii kierowanej przez prof. Bogdana Romańskiego. W latach 2000–2005 pełnił funkcję kierownika Katedry i Kliniki Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Bydgoszczy (później Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu). Prof. Andrzej Dziedziczko był także pierwszym dziekanem utworzonego w 1997 r. Wydziału Pielęgniarstwa, a następnie Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu tej uczelni. Funkcję tę sprawował przez dwie kadencje. Od 1.10.2000 do 1.10.2005 r. pełnił funkcję kierownika Katedry i Kliniki Alergologii i Chorób Wewnętrznych. W 1992 r. uzyskał stopień doktora habilitowanego, a w 2006 – postanowieniem prezydenta RP – tytuł naukowy profesora nauk medycznych. Otrzymał wiele nagród rektorskich, odznaczeń państwowych i resortowych.

Prof. Andrzej Dziedziczko miał wielki wkład w rozwój alergologii oraz Polskiego Towarzystwa Alergologicznego – był członkiem-założycielem PTA, a także wchodził w skład Zarządu Głównego Towarzystwa. Za wybitne zasługi dla rozwoju polskiej alergologii prof. Andrzej Dziedziczko otrzymał nagrodę w trakcie X Międzynarodowego Kongresu PTA w 2009 r. w Bydgoszczy.

Był autorem wielu oryginalnych prac naukowych, promotorem 11 prac doktorskich, aktywnym uczestnikiem szeregu konferencji naukowych, szanowanym wychowawcą wielu pokoleń lekarzy.

Wraz ze śmiercią prof. Andrzeja Dziedziczki polska medycyna, a alergologia w szczególności – poniosły wielką stratę.



Prof. Zbigniew Bartuzi

### doktor Iwone Gackowskiej (13 lipca 1963 – 14 sierpnia 2020)

Doktor Iwona Gackowska urodziła się 13 lipca 1963 r. w Bydgoszczy. Całe swoje życie, poza okresem studiów, spędziła w naszym regionie. Do szkoły podstawowej i średniej uczęszczała w Bydgoszczy. W 1989 r. skończyła studia na Akademii Medycznej w Poznaniu. W tym też roku rozpoczęła pracę w Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Świeciu i z tym szpitalem związała się na całe życie.



Po uzyskaniu tytułu specjalisty chorób wewnętrznych, objęła w 2006 r. stanowisko ordynatora Oddziału Wewnętrznego w Nowym Szpitalu w Świeciu. Z czasem na oddziale podjęli pracę młodzi lekarze – oddział zapętnił się specjalizantami, których wykształciła. Była dobrym i wymagającym nauczycielem, umiała przekazać uczniom wiedzę i umiejętności, ale zawsze była też dla nich koleżanką, przyjaciółką, wspierała ich w kłopotach i trudnych życiowych sytuacjach. Doktor Iwona nigdy nie odmawiała nikomu pomocy – ani chorym, ani kolegom i koleżankom. Sama często oferowała swoją pomoc tam, gdzie pracy było najwięcej. Pracowała nie tylko na swoim oddziale, ale również w szpitalnym oddziale ratunkowym. Myślała o swoich chorych zawsze, nawet gdy miała wolny od dyżuru dzień.

Ważna była dla niej rodzina: rodzice, o których bardzo się troszczyła, bracia, których losem i życiem była zawsze zainteresowana i mówiła o nich często, wreszcie bratankowie i bratanice, o których stale pamiętała.

Kochała zwierzęta, zwłaszcza koty, polskie morze, a nade wszystko swój zawód i ludzi.

Pracowała do końca, odeszła w czasie urlopu.

Odeszła zbyt szybko, nagle i niespodziewanie. Jej choroba i śmierć zaskoczyła wszystkich. Będziemy ją wspominać, pamiętać i zawsze bardzo żałować tej straty.

Grażyna Szybrowicz,  
Nowy Szpital w Świeciu

Z wielkim smutkiem żegnamy Naszego Kolegę – lekarza medycyny

## Andrzeja Purzyckiego

Rodzinie i bliskim zmarłego wyrazy współczucia  
w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej  
składa

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej – dr n. med. Marek Bronisz

*Śmierć każdego człowieka umniejsza mnie,  
albowiem jestem zespoleony z ludzkością.  
Przeto nigdy nie pytaj, komu bije dzwon; bije on tobie.*

John Donne, poeta angielski (1572–1631),  
cytat będący mottem do „Komu bije dzwon” Ernesta Hemingway’a

# Wspominamy

Lekarze, o których od 1 października 2019  
do 10 października 2020 r.  
umniejszone zostało grono Bydgoskiej Izby Lekarskiej  
(Zamieszczamy listę zmarłych lekarzy, których śmierć zgłoszono w BIL)

**Mirostawa Białowas-Suchanek** • ur. 27.04.1933 • zm. 26.03.2020  
lekarz, specjalista w dziedzinie okulistyki, Akademia Medyczna w Poznaniu, rok ukończenia 1957

**Andrzej Dziedziczko** • ur. 7.01.1935 • zm. 16.04.2020  
lekarz, profesor n. med., specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, Akademia Medyczna w Gdańsku, rok ukończenia 1964

**Iwona Gackowska** • ur. 13.07.1963 • zm. 14.08.2020  
lekarz, specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, Akademia Medyczna w Poznaniu, rok ukończenia 1990

**Ignacy Goc** • ur. 7.01.1952 • zm. 12.06.2020  
lekarz, specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie, rok ukończenia 1977

**Danuta Goszczyńska** • ur. 20.04.1938 • zm. 19.03.2020  
lekarz, specjalista w dziedzinie pediatrii, Akademia Medyczna im. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie, rok ukończenia 1961

**Włodzimierz Kasierski** • ur. 25.07.1946 • zm. 3.01.2020  
lekarz, specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej, Akademia Medyczna w Gdańsku, rok ukończenia 1970

**Iwona Klejbor** • ur. 26.04.1934 • zm. 28.03.2020  
lekarz, specjalista w dziedzinie pediatrii, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie, rok ukończenia 1957

**Barbara Kwiatkowska** • ur. 21.02.1945 • zm. 22.12.2019  
lekarz, specjalista w dziedzinie medycyny pracy, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie, rok ukończenia 1969

**Irena Mackiewicz** • ur. 21.08.1932 • zm. 28.05.2020  
lekarz dentysta, specjalista w dziedzinie stomatologii zachowawczej, Akademia Medyczna w Gdańsku, rok ukończenia 1954

**Krzysztof Majewski** • ur. 3.07.1947 • zm. 28.04.2020  
lekarz, specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz medycyny lotniczej, Wojskowa Akademia Medyczna im. gen. dyw. Bolesława Szareckiego w Łodzi, rok ukończenia 1971

**Kazimierz Michalak** • ur. 23.01.1926 • zm. 28.11.2019  
lekarz, specjalista w dziedzinie dermatologii, wenerologii oraz medycyny lotniczej, Akademia Medyczna w Poznaniu, rok ukończenia 1952

**Marek Mizgier** • ur. 14.03.1956 • zm. 13.04.2020  
lekarz, specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, Akademia Medyczna w Warszawie, rok ukończenia 1981

**Franciszka Obniska-Ptaszek** • ur. 29.01.1942 • zm. 1.04.2020  
lekarz, specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, Akademia Medyczna w Krakowie, rok ukończenia 1966

**Barbara Paszkiewicz** • ur. 2.03.1939 • zm. 7.05.2020  
lekarz, specjalista w dziedzinie psychiatrii dziecięcej oraz psychiatrii, Akademia Medyczna w Gdańsku, rok ukończenia 1964

**Andrzej Purzycki** • ur. 18.01.1939 • zm. 4.10.2020  
lekarz, specjalista w dziedzinie otolaryngologii, Akademia Medyczna w Poznaniu, rok ukończenia 1963

**Daniel Włodarczyk** • ur. 27.05.1939 • zm. 2.02.2020  
lekarz, doktor n. med., specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie, rok ukończenia 1962

**Józef Wróblewski** • ur. 31.01.1941 • zm. 26.03.2020  
lekarz dentysta, specjalista w dziedzinie chirurgii stomatologicznej, Akademia Medyczna w Gdańsku, rok ukończenia 1968

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

## dr. Andrzeja Purzyckiego

wieloletniego Dyrektora Medycznego Kujawsko-Pomorskiej Regionalnej Kasy Chorych,  
a następnie Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

*Jego mądrość, życzliwość i troska o każdego z nas sprawiła, że praca stała się miejscem, w którym wszyscy czuliśmy się  
ważni, potrzebni i mogliśmy razem służyć pacjentom. Żegnamy naszego Przyjaciela i przede wszystkim Dobrego Człowieka.*

Rodzinie i Bliskim w tych trudnych chwilach składamy najszczerze wyrazy współczucia  
Dyrekcja i pracownicy Kujawsko-Pomorskiego Oddziału NFZ w Bydgoszczy

# Lekarskie zawody w strzelectwie parkurowym



## SERGIJ ISARYK

Tegoroczne, XXI Mistrzostwa Lekarzy i Lekarzy Weterynarii w Compak Sportingu (strzelectwo myśliwsko-sportowe) według regulaminu i pod patronatem międzynarodowej federacji F.I.T.A.S.C. po raz pierwszy odbyły się na strzelnicy sportowo-myśliwsko-rekreacyjnej MKS ASTRA w Skoraczewie (województwo kujawsko-pomorskie).

Głównym organizatorem i sponsorem zawodów byli: Międzynarodowe Stowarzyszenie Strzeleckie ASTRA i Międzynarodowy Klub Strzelecki ASTRA oraz właściciel klubu i ww. strzelnicy – lekarz dentysta Sergij Isaryk, autor tekstu. Wielkie podziękowania należą się Krajowej Izbie Lekarsko-Weterynaryjnej i Bydgoskiej Izbie Lekarskiej – za sponsoring zawodów oraz prezesowi Krajowej Rady Lekarsko-Weterynaryjnej lek. wet. Jackowi Łukaszewiczowi – za osobiste stawienie się na zawodach i udział we wręczeniu dyplomów i pucharów uczestnikom. Serdeczne podziękowania przekazuję również lek. wet. Tadeuszowi Perszkiewiczowi za inicjatywę połączenia zawodów lekarzy z zawodami lekarzy weterynarii i wkład w propagowanie tej sportowej imprezy. Zawody były przeprowadzone w siedmiu kategoriach.

### WYNIKI ZAWODÓW:

#### Lekarze – klasa mistrzowska:

1. Sergij Isaryk – 93 pkt (Ukraina)
2. Robert Polski – 75
3. Jarosław Węgrzyn – 73
4. Artur Włodarczak – 70
5. Tadeusz Perszkiewicz – 64

#### Lekarze – klasa powszechna:

1. Zdzisław Kraśniewski – 85 pkt
2. Grzegorz Zaborowski – 82
3. Michał Packi – 81
4. Wojciech Kiewlicz – 64
5. Marcin Korościak – 62
6. Piotr Kielek – 58

#### Drużyny:

1. Drużyna Bydgoskiej Izby Lekarskiej w składzie: Sergij Isaryk – 93 pkt, Wojciech Grąbczewski – 81, razem – 174/200
2. Drużyna Wielkopolskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej w składzie: – Jarosław Węgrzyn – 73,

Marcin Korościak – 62, Artur Włodarczak – 70, razem 143/200

3. Drużyna Lubelskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej: Robert Polski – 75, Maciej Wróblewski – 57, razem 132/200;

Drużyna Izby Lekarsko-Weterynaryjnej w Koszalinie w składzie: Krzysztof Czapla – 68, Tadeusz Perszkiewicz – 64, razem 132/200

4. Drużyna Wielkopolskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej: Tomasz Porwan – 51, – Bolesław Gąsiorek – 50, razem – 101/200

#### Kobiety:

1. Anna Arendt – 85/100

#### Weterani:

1. Edward Spierewka – 86 /100
2. Krzysztof Czapla – 68/100
3. Tomasz Porwan – 51/100
3. Łeszek Rupiński – 51/100

#### Goście (pacjenci)

– klasa powszechna:

1. Adam Nowogórski – 94/100
2. Andrii Chipka – 49/100 (Ukraina)

#### Goście (pacjenci)

– klasa mistrzowska:

1. Damian Baliński – 90/100
2. Łukasz Ławniczak – 90/100
3. Wojtek Muszyński – 89/100
4. Leszek Nieczyporuk – 87 /100
5. Roman Baliński – 86/100
6. Paweł Załoga – 81/100

Historia zawodów lekarskich w strzelectwie sięga 1999 r., kiedy na strzelnicy w Osiu odbyły się pierwsze zmagania w sześcioboju myśliwskim. Na tych zawodach udało mi się wywalczyć drugie miejsce w klasie mistrzów. Do roku 2008 zawody rozgrywały się w sześcioboju myśliwskim, a w 2008 pierwszy raz rozegrane były w compak sportingu – międzynarodowej konkurencji strzeleckiej, którą – w odróżnieniu od polskiego sześcioboju myśliwskiego, uprawianego tylko w Polsce – uprawia się w bardzo wielu krajach świata. Poczynając od 2008 r., jestem wielokrotnym mistrzem i wicemistrzem Polski w compak sportingu i sportingu w kategorii men, a od 4 lat w kategorii senior. W ubiegłym roku wygrałem międzynarodowe zawody Grand Prix Polski w Compak Sportingu w kategorii senior z wynikiem 183 pkt/200.

Sporting i compak sportingu to konkurencje podobne do siebie, ale mające też dużo cech

odrębnych. Strzelamy do rozmaicie ustawionych dołotów rzutków z różnych odległości. Tego typu strzelectwo jest bardzo dynamiczne i widowiskowe, ale wymaga też dużo poświęcenia, żeby osiągnąć wysokie wyniki.

Polskie Stowarzyszenie Strzelectwa Parkurowego (compak sportingu jest rodzajem strzelectwa parkurowego), którego miałem zaszczyt być w 2005 r. założycielem, zrobiło dużo w ciągu ostatnich 15 lat dla rozwoju tego rodzaju strzelania w Polsce. Strzelnica MKS ASTRA, której jestem właścicielem, powstała w 2012 r. Jest to obiekt pełnowymiarowy rangi światowej z czterema osiami strzeleckimi, na których ustawiono co najmniej po 6 maszyn – wyrzutni rzutek według międzynarodowych standardów. W ciągu 8 lat na tej strzelnicy przeprowadzono ponad 35 zawodów rangi krajowej i międzynarodowej, dziesiątki pikników strzeleckich i treningów z udziałem jednych z najlepszych trenerów z całego świata w konkurencjach sportingu, compak sportingu i kombinacja myśliwska. Odbywają się tu też pikniki strzeleckie z udziałem broni historycznej i nowoczesnej. Te treningi i zawody przygotowują naszych strzelców do udziału w zawodach rangi międzynarodowej, gdzie coraz częściej widać flagę biało-czerwoną. Jedne z zawodów – Mistrzostwa Europy w Compak Sportingu z 2017 r., w których uczestniczyło ponad 500 osób z 26 krajów świata, odbyły się na strzelnicy bydgoskiego klubu Sportowego Zawisza. W tym roku, w sierpniu, zaplanowane były mistrzostwa świata w Bydgoszczy w tej konkurencji, ale COVID-19 pokrzyżował plany. Mam nadzieję, że XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy i Lekarzy Weterynarii dały naszym lekarzom dobrą szkołę i pokazały, jak piękne jest strzelectwo parkurowe, jak również przybliżyły ich do udziału w zawodach rangi światowej w tej konkurencji.

Zapraszam serdecznie wszystkich miłośników strzelectwa na strzelnicę Międzynarodowego Klubu Strzeleckiego ASTRA w Skoraczewie (gmina Sośno) – na treningi i pikniki strzeleckie, i na mistrzostwa Polski Lekarzy i Lekarzy Weterynarii. Do zobaczenia w przyszłym roku!

*O autorze: lekarz dentysta Sergij Isaryk mieszka w Polsce od 26 lat. Pochodzi z Ukrainy, ze Stanisławowa, ale jego korzenie sięgają również Słowacji i Polski. Jeden z jego przodków był w latach 1936–1939 ułanem w VI Pułku Ułanów Kaniowskich i walczył w kompanii wrześnieowej. Sergij Isaryk jest członkiem PZŁ od 1997 r.*





## COVID-19 REALITY

**Doctor:** Mam, what seems to be the matter again? Your record says you had fever and diarrhoea the last time we met.

**Patient:** Yes, and I am afraid my condition hasn't improved much. I **feel dizzy, there's a chill going down my spine and my head is pounding.**

**Doctor:** Have you noticed any changes in your sense of smell or taste? Have you felt pressure or pain in your chest or had difficulties breathing? Do you **feel fatigued?**

**Patient:** Well, **things do seem** a bit **bland** to be honest and I **feel run-down.**

**Doctor:** Do you possibly recall having contact with a COVID-19 positive person? Or someone **displaying** similar **symptoms?**

**Patient:** No one that I am aware of. No, unless it was someone **asymptomatic**, in which case they wouldn't know they were positive. It seems that **the virus might have caught me by surprise. Too little too late** to speculate anyway.

**Doctor:** Yes, we need to have you tested.

**Patient:** Very well then. **In for a penny, in for a pound.**

**W dobie coraz szybciej rozprzestrzeniającej się pandemii, kilka praktycznych wyrażen, związanych nie tylko z wirusem SARS-CoV-2:**

**I Feel dizzy** – generalnie oznacza to osłabienie z zawrotami głowy

**There's a chill going down my spine** – czuję dreszcze  
**My head is pounding** – głowa mi pęka

**To feel fatigued** – odczuwać duże zmęczenie

**Things do seem a bit bland** – „do” użyte tu zostało dla podkreślenia, że istotnie jedzenie, w tym kontekście zastąpione wyrażeniem „things”, wydaje się być bez smaku

**I feel run-down** – dosłownie w wolnym tłumaczeniu: Czuję się jakby walec po mnie przejechał

**To display symptoms** – w medycynie często występuje w znaczeniu „mieć objawy”

**Asymptomatic** – bezobjawowy/o

**The virus might have caught me by surprise.** – Nie spodziewałam się, że złapię tego wirusa. W wolnym tłumaczeniu „zaatakował mnie z zaskoczenia”.

**Too little too late** – teraz już trochę za późno – mleko się rozlało.

**In for a penny, in for a pound** – nie mam wyjścia, jak się powiedziało A, to trzeba powiedzieć i B.

Do zobaczenia za miesiąc  
Anita Żytowicz

Kontakt ze Szkołą: 607 955 441, 601 942 720

## Mój jest ten kawałek podłogi!...

### Ciemna noc

Człowieku dźwigający,  
Usiądź ze mną.  
Pomilczymy, popatrzymy  
W tę noc ciemną.

Julian Tuwim



## Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Zdecydowanie mamy już jesień. A że jest to pora roku raczej smutna, to i dlatego smutek wyziera z tego fragmentu poezji wybranego przeze mnie na temat wiodącej tego kawałka podłogi.

Człowieku dźwigający! Co człowiek może dźwigać? Chyba tylko brzemień. A jeżeli brzemień, to czego? Smutku? Samotności? Choroby? Starości? Brzemion, które człowiek może nosić, jest bez liku! Sam wieloma byłem obciążony i niestety nadal jestem. Dlatego też jeżeli są wśród Was dźwigający jakieś brzemiona, to zapraszam, usiądźcie ze mną – nawet mentalnie – pomilczymy w tę noc ciemną.

Ja w ostatnim czasie obciążony zostałem niestety brzemieniem smutku. Dotarła do mnie wiadomość o śmierci mojego imiennika. Razem tworzyliśmy podwaliny potrzebne do zaistnienia naszego Samorządu. Razem przez kilka kadencji pracowaliśmy nad jego umocnieniem, a także razem od podstaw tworzyliśmy strukturę Kasy Chorych.

Może pamięć o Nim dzięki tym słowom przetrwa dłużej? – czy przetrwa?

Na notoryczny brak pamięci cierpią przecież tzw. politycy. Wielkim głosem ogłaszali koniec pandemii, a teraz zalecają pozostawanie w domu. Ci politycy, którzy tak jak bogini Eris lubują się w rzucaniu jabłek niezgody między ludzi, nie zdają sobie sprawy, że ta niezgoda obróci się przeciwko nim!

Tu w tym miejscu mogę, jak sądzę, przytoczyć słowa Wielkiego Jana Pawła II... *Więc nigdy: jeden przeciw drugiemu. Jedni – przeciw drugim. I nigdy brzemień dźwigane przez człowieka samotnie.*

Aby wygonić z siebie smutek i poprawić samopoczucie wystuchałem przed chwilą adagia na wiołoncele i orkiestrę Albiniego. Warto było! Zachęcam! Jest do odstuchania w sieci.

I z tym lepszym samopoczuciem kończę jak zwykle Wasz

A. Martynowski

## Spotkania Lekarzy Seniorów!

W związku z sytuacją epidemiologiczną spotkania Klubu Lekarzy Seniorów zostają zawieszane do odwołania!

Przewodniczący – Maciej Borowiecki

## SZKOLENIA

# Warsztaty USG klatki piersiowej



Serdecznie zapraszamy zainteresowanych lekarzy członków BIL na organizowane przez grupę G-ECHO Pologne warsztaty USG klatki piersiowej, które odbędą się **20 listopada 2020** w Bydgoszczy.

Szkolenie poprowadzi osobiście dr Gilles MANGIAPAN, niekwestionowany autorytet ultrasonografii płuc, twórca i założyciel działającej w ramach SPLF grupy G-ECHO <https://formation.gecho.fr/?lang=pl>.

Odbycie takiego kursu, dotąd realizowane jedynie we Francji, daje **możliwość szkolenia z wykorzystaniem internetowej platformy edukacyjnej G-ECHO**. Do walidacji certyfikatu pierwszego poziomu szkolenia wymagane są regularne zajęcia praktyczne USG klatki piersiowej, zdanie 53 egzaminów modułowych w ciągu 6 miesięcy oraz zatwierdzenie 10 przypadków klinicznych na stronie internetowej. Całość wieńczy egzamin końcowy. Materiały dydaktyczne są kompatybilne z wytycznymi i założeniami szkoleniowymi ERS.

Dla członków SPFP udział bezpłatny (dotąd koszt samego szkolenia we Francji – 200 euro). Język wykładowy francuski, z tłumaczeniem konsekwentnym na polski.

Zainteresowanych prosimy o przesłanie ankiety zgłoszeniowej do dr Iwony Patyk na adres: [iwonapatyk@yahoo.fr](mailto:iwonapatyk@yahoo.fr)

Program, dodatkowe informacje oraz formularz zgłoszeniowy dostępne na stronie SPFP: <https://pneumologie-polfra.pl/g-echo-pologne-ultrasonografia-klatki-piersiowej-w-polsce/>

## Dentyści, szkolmy się online!

Dzięki rozwiązaniom cyfrowym udostępnionym nam przez Bydgoską Izbę Lekarską – Bydgoski Oddział Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego może zaoferować Państwu szkolenia w formie zdalnej. Dwa pierwsze szkolenia, które już się odbyły, wkrótce udostępnimy Państwu w postaci nagrania. Następne spotkanie – 19 listopada (czwartek) o godzinie 10:00 – będzie dotyczyło zastosowania lasera diodowego u dzieci, wykład wygłosi dr n. med. Aneta Olszewska, członek Polskiej Akademii Stomatologii Dziecięcej.

Aby dołączyć do spotkania, należy posłużyć się linkiem do aplikacji Google Meet <https://meet.google.com/gow-thqj-kzy>. Link będzie aktywny również podczas kolejnych spotkań w ramach Bydgoskiego Oddziału PTS. Nie ma konieczności posiadania własnej kamery czy mikrofonu – po kliknięciu w link i zaakceptowaniu przez administratora spotkania, uzyskanie Państwo dostęp do szkolenia na żywo z możliwością zadawania pytań poprzez czat – pisemnie w trakcie spotkania. Warto skorzystać z tej możliwości – wystarczy telefon, nie musi to być komputer stacjonarny, laptop czy tablet. Nawet jeżeli nie będziecie mogli Państwo zarezerwować czasu wolnego, zachęcamy mimo to do uczestnictwa w spotkaniu i przysłuchiwanie się wykładowi. Za udział w spotkaniu dla zarejestrowanych członków PTS przewidziano punkty edukacyjne.

Lek. dent. Marek Rogowski

## Ogłoszenia – PRACA

■ Szpital Specjalistyczny w Chojnicach **PILNIE zatrudni lekarza, który pokieruje szpitalnym oddziałem ratunkowym**. Rodzaj umowy i wymiar zatrudnienia do uzgodnienia. Możliwość zapewnienia mieszkania służbowego. SOR podzielony jest na obszar obserwacyjny i ambulatorium chirurgiczne. W ambulatorium wyodrębniony dyżur lekarski. Wskaźnik średniej liczby pacjentów na dobę w obszarze obserwacyjnym wynosi 23,6 pacjentów. Pełna diagnostyka na miejscu. Prosty i intuicyjny system informatyczny Medinf. Stawka: 180 zł/h (+ dodatkowy ryczałt miesięczny za kierowanie oddziałem). Kontakt z zastępcą dyrektora ds. medycznych: 510 926 045.

■ Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu zatrudni: **koordynatora Oddziału Neurologicznego i Udarowego, lekarzy specjalistów** w dziedzinie: **neurologii** lub lekarzy zdecydowanych specjalizować się w wyżej wymienionej dziedzinie, do pracy w ordynacji dziennej oraz na dyżury; **psychiatrii**, do pracy w Poradni Zdrowia Psychicznego i udzielania konsultacji psychiatrycznej pacjentom hospitalizowanym w oddziałach Szpitala; **alergologii** w Poradni Alergologiczno-Pulmonologicznej dla Dzieci; **neurochirurgii** w Poradni Neurochirurgicznej; **lekarza dentyście** specjalistę w dziedzinie **chirurgii** w Poradni Chirurgii Stomatologicznej. Zainteresowanych lekarzy prosimy o kontakt telefoniczny pod nr 52 3545320 w dni powszednie w godz. 08.30–14.30 lub za pośrednictwem adresu e-mail: [sekr.nacz@szpitalino.pl](mailto:sekr.nacz@szpitalino.pl)

■ Prywatna przychodnia Medica Centrum w Chodzieży podejmie współpracę z **kardiologiem** (2 przyjazdy w miesiącu). Dysponujemy dużą bazą pacjentów, posiadamy diagnostyczny sprzęt kardiologiczny. Warunki współpracy są do uzgodnienia. Gwarantujemy dobre warunki pracy i przyjemną atmosferę. Zapraszamy! Kontakt [l.kowzan@wp.pl](mailto:l.kowzan@wp.pl), [www.medicacentrumchodziez.pl](http://www.medicacentrumchodziez.pl)

■ Szpital Specjalistyczny w Chojnicach zatrudni **lekarza systemu do pracy w ramach specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego** stacjonującego w Chojnicach (ZRM). Rodzaj umowy i wymiar zatrudnienia do uzgodnienia. Stawka do uzgodnienia. Zapewniamy stabilne zatrudnienie i bardzo dobre warunki płacowe. Kontakt z zastępcą dyrektora ds. medycznych: 510 926 045.

## WYNAJMĘ GABINETY LEKARSKIE

przy ulicy **Jagiellońskiej 36a w Bydgoszczy**

(atrakcyjna lokalizacja, komfortowe warunki, cena do uzgodnienia).

**Możliwość obejrzenia gabinetów na stronie**

[www.gabinetymarinahouse.bydgoszcz.pl](http://www.gabinetymarinahouse.bydgoszcz.pl)

Telefon **602 753 233**

## Biuro Rachunkowe PLUS

- **Kompleksowa i profesjonalna obsługa księgową firm**
- **Wieloletnie doświadczenie w branży medycznej**
- **Certyfikat nadany przez Ministerstwo Finansów o numerze 6522/97**

Zadzwoń: **663 126 762**

[biuroplus@biuroplus.net.pl](mailto:biuroplus@biuroplus.net.pl)

[www.biuroplus.net.pl](http://www.biuroplus.net.pl)

Bydgoszcz, ul. Karłowicza 22



Klinika Terapii Innowacyjnych

Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne od 20 lat prowadzi leczenie biologiczne chorób m.in. reumatologicznych, dermatologicznych, gastroenterologicznych, pulmonologicznych oraz hematologicznych i onkologicznych.

**Z przyjemnością informujemy, o otwarciu Kliniki Terapii Innowacyjnych, w której Pacjenci będą mogli skorzystać z leczenia biologicznego i innowacyjnego w ramach oferty komercyjnej.**

## Zapraszamy zainteresowanych współpracą lekarzy

Skontaktuj się z nami, zaproponuj dogodny termin spotkania, a my przedstawimy Ci możliwość indywidualnego prowadzenia chorych w ramach nowoczesnych terapii.



Toruń



Bydgoszcz

### Oferujemy leczenie biologiczne w chorobach takich jak:

- RZS - Reumatoidalne zapalenie stawów
- SpA - Spondyloartritis zapalny
  - ŁZS - Łuszczycowe zapalenie stawów
  - ZZSK - Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
  - Axial SpA - spondyloartritis osiowa
- Osteoporoza
- Łuszczyca skóry

### Terapie lekami biologicznymi:

- certolizumab (Cimzia), etanercept (Enbrel, Erelzi), adalimumab (Humira, Hyrimoz), rituximab (Mabthera), denosumab (Prolia), infliximab (Remsima), tocilizumab (Roactemra), golimumab (Simponi)

### Terapie lekami innowacyjnymi:

- baricitinib (Olumiant), tofacitinib (Xeljanz), upadacitinib (Rinvoq)

### Klinika Terapii Innowacyjnych

ul. Batorego 18-22  
87-100 Toruń

☎ 56 300 42 44

✉ terapieinnowacyjne@naszlekarz.pl

🌐 <https://naszlekarz.pl/klinika-terapii-innowacyjnych/>

Oddział w Bydgoszczy

ul. Chodkiewicza 19c  
85-065 Bydgoszcz

☎ 52 340 14 14

Prof. dr hab. n. med. Sławomir Jeka  
Dyrektor Kliniki Terapii Innowacyjnych

**Zapraszam do współpracy**





# #RadośćPrzedNami

Tak długo czekaliśmy, by znów poczuć zew wolności, tworzyć razem historie i znaleźć nową drogę do szczęścia. Przed nami tyle radości!

**Odkryj radość na nowo w swoim nowym BMW i dopasuj harmonogram spłaty rat do swoich potrzeb.**



### **BMW X1.**

0% opłaty wstępnej  
już za 1100 PLN netto/mies.



### **BMW X3.**

0% opłaty wstępnej  
już za 1400 PLN netto/mies.



### **BMW X4.**

0% opłaty wstępnej  
już za 1900 PLN netto/mies.



### **BMW serii 3.**

0% opłaty wstępnej  
już za 1150 PLN netto/mies.

#### **Dealer BMW Dynamic Motors**

ul. Toruńska 272A  
Bydgoszcz  
tel.: +48 52 339 51 12  
[www.bmw-dynamicmotors.pl](http://www.bmw-dynamicmotors.pl)

#### **Dealer BMW Dynamic Motors**

ul. Olimpijska 8  
Toruń  
tel.: +48 56 645 21 70  
[www.bmw-dynamicmotors.pl](http://www.bmw-dynamicmotors.pl)

#### **Dealer BMW Dynamic Motors**

ul. Wyszogrodzka 134  
Płock  
tel.: +48 24 268 24 08  
[www.bmw-dynamicmotors.pl](http://www.bmw-dynamicmotors.pl)

BMW xDrive20i: zużycie paliwa w l/100 km (cykl mieszany): 7,4. Emisja CO<sub>2</sub> w g/km (cykl mieszany): 168,1. BMW X3 M40i: zużycie paliwa w l/100 km (cykl mieszany): 9,2-10,0. Emisja CO<sub>2</sub> w g/km (cykl mieszany): 209-227. BMW X4 M40i: zużycie paliwa w l/100 km (cykl mieszany): 9,1-9,0. Emisja CO<sub>2</sub> w g/km (cykl mieszany): 206-205. BMW 330i Limuzyna: zużycie paliwa w l/100 km (cykl mieszany): 6,5-7,4. Emisja CO<sub>2</sub> w g/km (cykl mieszany): 147-168. Rata miesięczna netto kolejno dla BMW 318i Limuzyna za 119 900 zł brutto, BMW X1 LCI sDrive18i za 117 000 zł brutto, BMW X3 sDrive18d za 150 000 zł brutto i BMW X4 xDrive20i za 181 000 zł brutto. Opłata wstępna 0%, okres leasingu: 48 miesięcy, średnioroczny deklarowany przebieg: 10 000 km, gwarantowana wartość końcowa. Niniejsza symulacja nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. BMW Comfort Lease dla przedsiębiorców jest oferowany przez BMW Financial Services Polska Sp. z o.o. Szczegóły oferty u Dealerów BMW.