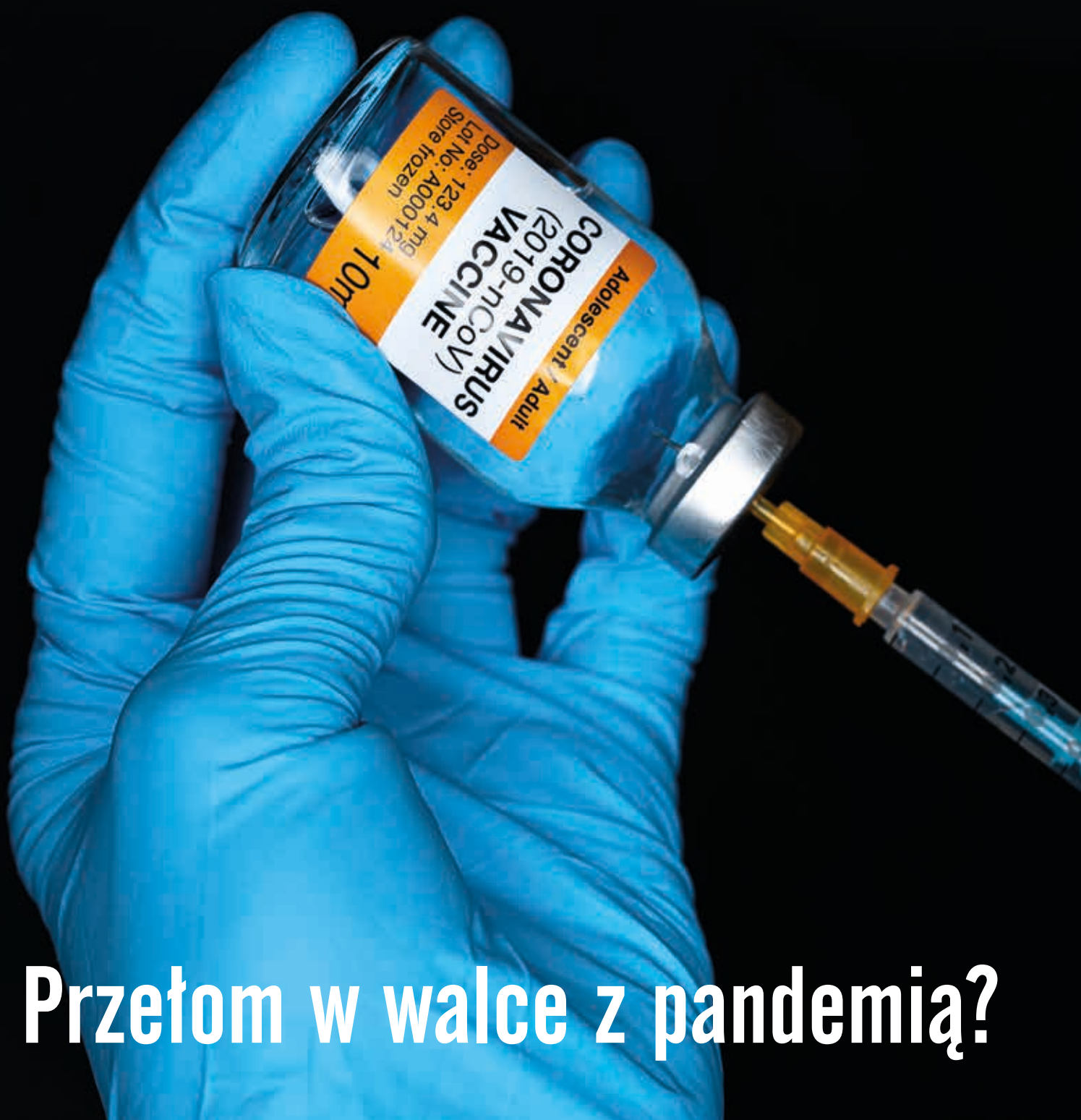


BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Primum

ISSN 2353-6055

nr 2 (355) / luty 2021



Przetom w walce z pandemią?



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

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

W NUMERZE:

ROZMOWA Z...

...Profesor Eugenią Gospodarek-Komkowską: *Możemy wrócić do normalności – mamy już narzędzia!* 2

...Dr n. med. Radostawą Staszak-Kowalską: *Uwaga na PIMS!* 4

...Profesorem Maciejem Świątkowskim: *Nie będzie lepszej sytuacji niż teraz* 10

INFORMUJEMY 7, 8, 9, 11

Z PUNKTU WIDZENIA KONSULTANTA W DZIEDZINIE CHOROŃ ZAKAŹNYCH
Szczepienia przeciw COVID-19 – przełom w walce z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2? 12

POZ BEZ TAJEMNIC 14

RADCA PRAWNY BIL INFORMUJE
Stanowiska Ministerstwa Zdrowia dotyczące tzw. dodatku covidowego 15

OD KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE SEKSUOLOGII 16

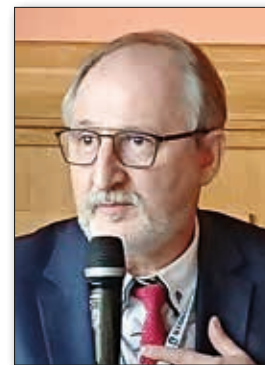
WSPOMNIENIE O...
...Doktorze Andrzeju Purzyckim 18

FELIETON 19

W PIGUŁCE 20

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Epidemia trwa i obnaża bezlitośnie słabości naszego systemu opieki zdrowotnej. Podstawowa, znana od lat bolączka – to niedobór lekarzy, których trzeba znaleźć nie na jutro, ale na wczoraj. Jak jest problem, znajdzie się i rada. Skoro kształcenie medyka trwa długo, jedynym rozwiązaniem pozostaje import kadr medycznych. Proces ten trwa od dawna, a w krajach, gdzie lepiej funkcjonuje opieka zdrowotna, pozyskiwanie wykształconych obcokrajowców jest na porządku dziennym. Ponieważ nikt w parlamencie nie liczył, i słusznie, że masowo najadą nas lekarze z Unii Europejskiej, zdecydowano się utworzyć podwoje naszych placówek medycznych dla lekarzy spoza Unii. W sytuacji kryzysu, jakiego doświadczamy, taka próba ratowania systemu, a przede wszystkim chorych, chociaż obciążona pewnymi wadami, może być uzasadniona – muszą jednak być spełnione pewne warunki.



Oco chodzi? O podstawowe, moim zdaniem, kwestie. Lekarz pracujący w Polsce musi płynnie posługiwać się naszym językiem w mowie i piśmie. Tymczasem w nowych przepisach dopuszczających obcokrajowców do pracy z chorymi nie ma w ogóle mowy o kwalifikacjach językowych. Niestety, nie jest to jedyny zarzut w stosunku do twórców polskiego prawa. Nowa ustawa dyskryminuje lekarzy, którzy, kończąc uczelnie medyczne w kraju, są zobowiązani zrealizować określony program studiów, nabyć odpowiednie umiejętności oraz złożyć egzaminy. Nikt nie wymaga tego od lekarzy spoza Unii chcących pracować w Polsce. Nikogo nie martwi, czy program studiów, nabyte umiejętności oraz system weryfikacji kształcenia poza granicami naszego kraju jest porównywalny z naszym, a co za tym idzie – daje ręką porównywalnego profesjonalizmu.

Samorząd lekarski w trosce o poziom świadczonych usług i bezpieczeństwo chorych protestował i apelował do parlamentu oraz prezydenta o modyfikację ustawy. Niestety, bezskutecznie... Nowe procedury przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry nie tylko nie dają gwarancji odpowiedniego poziomu świadczenia usług lekarskich, ale sprowadzają samorząd do roli urzędnika wydającego dokument. Wyjaśniam – kandydat do pracy przedstawia stosowne dyplomy z kraju pochodzenia w Ministerstwie Zdrowia i jeżeli spełniają one uproszczone wymogi nowej ustawy, okręgowa izba lekarska ma obowiązek wydać lekarzowi prawo wykonywania zawodu. Pojawia się istotne pytanie: jeżeli medycy, którzy otrzymają w ten sposób możliwość pracy, będą częściej popełniali błędy lekarskie, to kogo należy uznać winnym takiej sytuacji – ustawodawcę, ministra zdrowia, a może samorząd lekarski, który przecież wydał dokument?

Wten sposób przechodzimy do dylematów etycznych, które uproszczone, doraźnie konstruowane prawo generuje. Czy zachęcanie lekarzy, często z krajów mających jeszcze większe problemy z opieką zdrowotną aniżeli Polska, do pracy nad Wisłą to działanie moralne? Czy ryzykowanie pogorszenia jakości opieki medycznej w celu zwiększenia kadry medycznej to dobre rozwiązanie?

Niestety, w Polsce system kształcenia nie koncentruje się na celu, moim zdaniem, najważniejszym – na formowaniu człowieka cnotliwego. Nikt nie uczy skutecznego nabywania cnot. W efekcie obserwujemy wszędzie wysoce profesjonalną i całkowicie niecnotliwą grę interesów. Można to obserwować jak w soczewce na przykładzie szczepień. Kto pierwszy, kto ostatni i dlaczego zawsze się znajdują primus inter pares. Nie dotyczy to tylko jednostek, ale, jak pokazuje bieżąca sytuacja, całych nacji. Modigliani musiał zachorować, żeby postanowić zostać artystą, ciekawe jakiego wstrząsu muszą doznać politycy i my sami, żeby pracować cnotliwie?

Dr n. med. Marek Bronisz

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ primum


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

REDAKTOR NACZELNA:
Agnieszka Banach-Dalke
agnieszkapress@gmail.com

REDAKTOR:
Magdalena Godlewska
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.

e-mail: primum@bil.org.pl
tel. 52 346 07 85

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, www.bil.org.pl

- **Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:** dr n. med. Elżbieta Narońska-Wierczewska,
e-mail: rzecznik@bil.org.pl
tel. 52 3461257
- **Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów:**
dr n. med. Wojciech Kosmowski
tel. 605 550 017

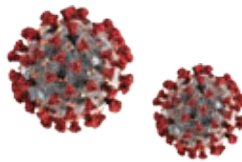
DRUK:
Abedik, Bydgoszcz, tel. 52 3700710

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

Nakład: 4340 egzemplarzy



Możemy wrócić już do normalności – mamy już narzędzia!



Z prof. dr hab. Eugenią Gospodarek-Komkowską – kierownikiem Katedry Mikrobiologii Wydziału Farmaceutycznego CM UMK i Zakładu Mikrobiologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy – rozmawia Magdalena Godlewska

► Liczba osób, które na pewno albo prawdopodobnie się zaszczepią – rośnie (w pierwszej połowie stycznia, jak podaje IBRIS, wynosiła już prawie 61%), ale szczepionki przeciwko Covid-19, a zwłaszcza szczepionki mRNA, które pojawiły się na rynku po raz pierwszy – wciąż budzą obawy. Zarzuca się im między innymi, że opierają się na nowej, niesprawdzonej technologii. Słusznie?

Ta technologia nie jest wcale taka nowa. Idea szczepionki opartej o fragment mRNA zrodziła się w latach 90. XX w. Wykorzystano ją m.in. w konstruowaniu szczepionek przeciw wirusowi Zika, CMV, wścieklicznie, wirusom grypy i malarii. To były lata pracy – przeprowadzono badania laboratoryjne, badania na zwierzętach i badania kliniczne. I właśnie dzięki wypracowanym wówczas wzorcom, a także ze względu na rozwój pandemii SARS-CoV-2 – szczepionki mRNA przeciw COVID-19 skonstruowano tak szybko. Ale produkty firm Pfizer/BioNTech oraz Moderna, mimo że nie są pierwszymi szczepionkami opartymi na tej technologii, jako pierwsze zostały dopuszczone do stosowania u ludzi.

Warto wiedzieć, że aktualnie wytworzenie jednej serii takiej szczepionki trwa zaledwie 6 dni, a szczepionki opartej na hodowli wirusów, np. przeciw grypie – 7 razy dłużej! Obecnie opracowywane są szczepionki mRNA „łączone” (wielowalentne) przeciwko 10 różnym wirusom – i wiadomo już, że zwierzęta wytworzyły reakcję immunologiczną na każdy z nich. To, jak i skonstruowanie mobilnych platform produkcji szczepionek – otwiera ogromne możliwości szybkiej i skutecznej obrony. W razie konieczności możliwa będzie szybka zmiana szczepionki uwzględniająca np. pojawiające się mutacje. Nie trzeba wtedy powtarzać badań klinicznych.

► Jak działa szczepionka mRNA i czy może – jak obawiają się niektórzy – wpływać na kod genetyczny osoby zaszczepionej?

Szczepionki mRNA – zarówno firm Pfizer i BioNTech, jak i Moderna – to utworzony metodami inżynierii genetycznej kawałek mRNA umożliwiający zsyntetyzowanie białka S (spice), tzw. białka kolca, które – jak wynika z dotychczasowej wiedzy – jest najistotniejszą adhezyną reagującą z receptorami na naszych komórkach i najważniejszym antygenem wirusa SARS-CoV-2. Ponieważ sam mRNA nie byłby w stanie dostać się do wnętrza komórki, a konkretnie do rybosomów znajdujących się w jej cytoplazmie, by te na podstawie przekazanej informacji wytworzyły białko S – musiał zostać otoczony lipidowymi nanocząsteczkami. Te z kolei reagują z receptorami na naszych komórkach, podobnie jak białko S. Po wnikięciu kwasu do wnętrza, pod jego wpływem w komórce wytwarzane jest białko S. Następnie jest ono rozpoznawane przez

komórki układu immunologicznego naszego organizmu jako obce, dzięki czemu dochodzi do wytworzenia swoistej odporności przeciw SARS-CoV-2. Natomiast mRNA nie jest w stanie przetrwać w komórkach dłużej niż kilka godzin – po wyprodukowaniu białka S ulega degradacji.

A obawy, że za sprawą szczepionek mRNA może dojść do zmian w kodzie genetycznym osoby zaszczepionej, są nieuzasadnione. Nasz organizm jest narażony na ciągły, 24-godzinny kontakt z różnymi drobnoustrojami (endo- i egzogennymi). Są to niepoliczalne ilości – możemy mówić wręcz o kilogramach, np. w jelitach mamy ich 2–3 kg. Podczas każdej infekcji wirusowej do komórek człowieka dostają się wirusy w dużo większej liczbie, niż z jakiegokolwiek szczepionki, a w dodatku żywe i nieosłabione, a jednak nikt nie obawia się o swój genom. I słusznie. Biologia wie, co robi. MRNA, po dostaniu się do komórki, szybko – bo za chwilę się rozpadnie – zmierza do rybosomów, żeby wypełnić swoje przeznaczenie – uruchomić produkcję białka kolca. A do wnętrza jądra komórkowego nie ma potrzeby (nie miałby tam szans na zsyntetyzowanie białka) i nie potrafi wejść. Zatem, nie jest też w stanie swojej sekwencji nukleotydów przepisać na DNA osoby zaszczepionej. A żadna z dotychczas wyprodukowanych szczepionek w swoim składzie nie zawiera produktów, które mogłyby to umożliwić.

► Szczepionki mRNA wymagają przechowywania w bardzo niskiej temperaturze – jakie mogą być efekty ewentualnych zaniedbań?

Szczepionka Pfizer/BioNTech wymaga przechowywania w – 70 st. C, a Moderna w – 20 st. C. W wyższej temperaturze mRNA ulega rozpa-



dowi, a to obniża skuteczność preparatów. Przy optymalnych warunkach temperaturowych transportu i przechowywania szczepionek wysokie miano przeciwciał neutralizujących SARS-CoV-2 uzyskuje się siedem dni po drugiej dawce szczepionki Pfizer/BioNTech u 95% osób, a w przypadku preparatu Moderna u 94%.

Natomiast różnice między warunkami przechowywania obu szczepionek wynikają z dodatku substancji stabilizujących mRNA w preparacie Moderna.

► **Nadal pojawiają się opinie, że pacjentów przed zaszczepieniem przeciw COVID-19 powinno się testować. Czy to ma sens?**

Nie ma zaleceń, by przed szczepieniami wykonywać badania w kierunku SARS-CoV-2. Postępujemy tak nie tylko w przypadku COVID-19, ale i WZW typu B, ospy wietrznej, wścieklizny, czy w profilaktyce zakażeń o etiologii *Streptococcus pneumoniae* lub *Haemophilus influenzae* typu b. Podajemy szczepionki, nie sprawdzając wcześniej stanu immunologicznego czy też stanu nosicielstwa lub zakażenia pacjenta.

Oczywiście nie wszystkich powinno się szczepić – o ile lekarz nie podejmie innej decyzji, szczepień powinny unikać osoby w trakcie chemio – lub radioterapii. Rezygnujemy ze szczepień również w sytuacji, gdy występują jakiegokolwiek objawy zakażenia.

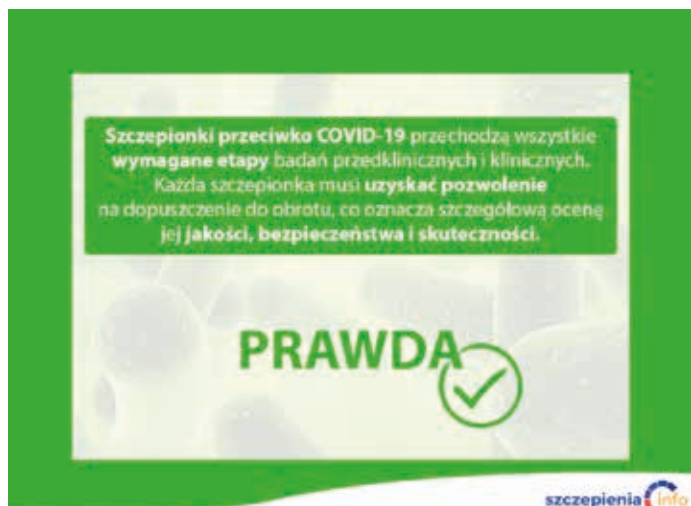
► **A kobiety w ciąży i karmiące – powinny się zaszczepić?**

Firma Pfizer nie badała kobiet w ciąży, ale przeprowadzała badania na samicach szczurów – przed zapłodnieniem, po zapłodnieniu i na poszczególnych etapach ciąży. Wyniki były zbierane praktycznie co chwilę – dzisiejsze możliwości komputerowe dają taką szansę. U szczurów nie dochodziło do poronień ani do komplikacji w trakcie trwania ciąży. Można więc sądzić, że obawy przed poronieniem spowodowanym szczepionką Pfizera są niezasadne. Ale to tylko moje przypuszczenia – a decyzję co do szczepienia w czasie ciąży należy skonsultować z lekarzem.

A jeżeli chodzi o kobiety karmiące, to nie wiemy, czy szczepionki przeciw COVID-19 przechodzą do mleka. Ale gdyby mRNA zawarte w szczepionce przechodziło do komórek, które są w mleku, to myślę, że może dziecko razem z mlekiem matki wyssałoby swoiste przeciwciała. Jednak żeby mieć pewność, również w tym wypadku, trzeba poczekać na wyniki badań.

► **Prawdopodobnie niedługo na polskim rynku pojawi się wektorowa szczepionka przeciw COVID-19 firmy AstraZeneca. Jak działa i jak ocenia ją Pani w porównaniu z produktami mRNA?**

Szczepionki wektorowe działają na podobnej zasadzie, jak oparte na mRNA. W ich skład wchodzi niezakaźny, niereplikujący się adeno-



| | | |
|--|--|--|
| <p>OSPA WIETRZNA</p> <p>95% i więcej</p> <p>Długotrwała odporność po podaniu 2 dawek szczepionki.</p> | <p>BŁONICA</p> <p>Powyżej 85%</p> <p>Konieczne dawki przypominające.</p> | <p>HIB</p> <p>Powyżej 95%</p> |
| <p>WZW B</p> <p>Powyżej 95%</p> <p>W grupie niemowląt.</p> | <p>ODRA</p> <p>90-95% po 1 dawce powyżej 98% po 2 dawce</p> <p>Długotrwała odporność po podaniu 2 dawek szczepionki.</p> | <p>ŚWINKA</p> <p>69-81% po 1 dawce powyżej 78% po 2 dawce</p> <p>Ochrona może zaniknąć po ok. 10 latach po 2 dawce.</p> |
| <p>RÓŻYCZKA</p> <p>97-99% po 1 dawce 95-99% po 2 dawce</p> <p>Długotrwała odporność nawet po podaniu 1 dawki szczepionki.</p> | <p>KRZTUSIEC (szczepionka pertusisowa [DTaP])</p> <p>Powyżej 90%</p> <p>Ochrona utrzymuje się do 10 lat po ostatniej dawce.</p> | <p>KRZTUSIEC (szczepionka bezkomórkowa [DTaP])</p> <p>78-80%</p> <p>Ochrona utrzymuje się 3-5 lat po ostatniej dawce.</p> |
| <p>POLIO</p> <p>Powyżej 90%*</p> <p>*po podaniu szczepionki inaktywowanej</p> | <p>ROTAWIRUSY</p> <p>Powyżej 85-98%</p> <p>Ochrona przed najcięższą postacią choroby w postaci biegunki wymagającej hospitalizacji.</p> | <p>TĘŻEC</p> <p>Powyżej 90%</p> <p>Konieczne dawki przypominające.</p> |

Źródło: Portier's vaccines, 7th edition, 2018

wirus (w przypadku produktu Janssen PharmaceuticaNV/Johnson & Johnson – ludzki, a w szczepionce firmy AstraZeneca – szympansi), w który wbudowywany jest gen kodujący białko S koronawirusa. Zadaniem adenowirusa jest przeniesienie genu do komórki, gdzie pod jego wpływem dojdzie do syntezy białka S, co spowoduje organizm osoby zaszczepionej do wytworzenia specyficznej odpowiedzi immunologicznej.

Jednak – moim zdaniem – wprowadzenie adenowirusa, który też ma swoje antygeny, może odbić się na skuteczności szczepionki. Z badań prowadzonych przez firmę Astrazeneca wynika, że skuteczność ich produktu wynosi od 62 do 90% (średnio 76%).

► **Jaką szczepionkę wybrałaby Pani dla swoich bliskich?**

Gdybym miała wybrać, wybrałabym produkt Pfizera. Jest najlepiej przebadany – firma objęła badaniami sporą populację – ponad 45 tys. osób. Również w opinii wielu ekspertów, ważniejszych zdecydowanie ode mnie – szczepionka Pfizera jest bezpieczna.

Jest też najmniej obciążona substancjami pomocniczymi. Nie zawiera, m.in. tiomersalu, który jest jedną z najbardziej toksycznych substancji. A w pojedynczej dawce szczepionki jest zaledwie 30 mikrogramów antygeny.

Produkt jest również liderem pod względem skuteczności – wysokie miano przeciwciał wystąpiło u 95% zaszczepionych. Co więcej – szczepionka tej firmy okazała się skuteczna również wobec 20 mutacji wirusa, które pojawiły się w laboratorium, oraz wobec szczepu z południowej Anglii.

► **A Pani zamierza się zaszczepić?**

Jestem już po drugiej dawce!

Uwaga na PIMS!

Z dr n. med. Radosławą Staszak-Kowalską – rozmawia Agnieszka Banach

► COVID-19 zagraża nie tylko starszym, schorowanym ludziom, jest bezwzględny także dla dzieci i to także tych, które, wydawałoby się, że najgorsze mają już za sobą, bo z choroby wyszły obronną ręką. Często nawet nie miały jej symptomów. Nagle, po paru tygodniach dziecko zaczyna się źle czuć, pojawiają się objawy nieznanego do niedawna jednostki chorobowej. Mały pacjent ma PIMS... Czyli?

Wieloukładowy zespół zapalny u dzieci związany z COVID-19 (paediatric inflammatory multi-system syndrome associated with COVID-19 – PIMS albo multisystem inflammatory syndrome in children – MIS-C). To nowa jednostka chorobowa występująca u dzieci i młodych dorosłych, po raz pierwszy opisana w maju 2020 r. Dotychczas opublikowane dane wskazują, że PIMS wynika z dysregulacji immunologicznej i jest następstwem przebytego zakażenia SARS-CoV-2. Dzieci zdecydowanie łagodniej przechodzą COVID-19, często bezobjawowo. Wydawałoby się więc, że w większości przypadków nie musimy się obawiać poważnych konsekwencji choroby. Jednak od pewnego czasu obserwujemy bardzo niepokojące symptomy u niektórych nieletnich pacjentów, którzy 2–4 tygodnie wcześniej byli zakażeni SARS-CoV-2 lub mieli kontakt z chorymi. Najczęściej przechodzili chorobę łagodnie albo zupełnie bezobjawowo. W Polsce zwiększenie zapadalności na PIMS obserwujemy od października 2020 r., adekwatnie do zwiększonej zachorowalności na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2. Na moim oddziale także mieliśmy i mamy takich chorych. Aktualnie 14-miesięcznego chłopca, u którego choroba przeszła zupełnie niezauważalnie. Wiadomo jednak, że miał kontakt z chorym dziadkiem oraz ojcem.

► Jakie są objawy choroby i jej przebieg?

PIMS to ostry i potencjalnie groźny zespół zapalny. Rozpoczyna się gwałtownie. Z reguły wysoką gorączką. Kolejne objawy pojawiają się stopniowo. Na początku dominują dolegliwości ze strony układu pokarmowego – biegunka, często mylnie diagnozowana jako zapalna, bóle brzucha, kwalifikowane niekiedy jako zapalenie wyrostka robaczkowego. Obserwujemy też inne zaburzenia wielonarządowe, m.in. ze strony układu krążenia – niedociśnienie, wstrząs, cechy zapalenia mięśnia sercowego z obniżeniem frakcji wyrzutowej lewej komory lub wstrząsu, układu nerwowego – niedowład, silny ból głowy, apatia, zaburzone może być funkcjonowanie wątroby i nerek – cechy ostrego uszkodzenia, skąpomocz. Występują zmiany na skórze – często przyjmują postać pęcherzyków, co powoduje, że myli się PIMS z gorączką bostońską, i śluzówkach – zapalenie spojówek czy „truskawkowy język”. Nowa jednostka chorobowa bardzo przypomina zespół Kawasaki. Pacjenci są na ogół w ciężkim lub bardzo ciężkim stanie. Obecnie PIMS należy brać pod uwagę u każdego dziecka z przedłużającą się gorączką, obecnością jedno- lub wielonarządowej dysfunkcji – mięśnia sercowego, układu oddechowego, nerek, przewodu pokarmowego, zaburzeń neurologicznych, wstrząsu oraz z objawami laboratoryjnymi zapalenia: neutrofilia, limfopenia, wzrostem poziomu CRP, OB. Skuteczne leczenie podjęte w odpowiednim czasie pozwala u przeważającej części pacjentów wrócić do pełni zdrowia w ciągu kilku dni.

► Byliście przygotowani, że pacjent z PIMS się u Was pojawi, czy raczej to było zaskoczenie i szukanie diagnozy?

Spodziewaliśmy się, że w końcu taki przypadek trafi i do nas. Mieliśmy zapas immunoglobulin, sterydów. Wszystko było przygotowane. Czytaliśmy o PIMS, wiedzieliśmy, czym się charakteryzuje, jakie leczenie zastosować, ale wszystko wygląda zupełnie inaczej, gdy takiego chorego ma się już przed sobą... Nasz pierwszy pacjent z PIMS – 17-letni chłopiec – został przyjęty z bardzo wysoką gorączką, wysokimi wykładnikami stanu zapalnego – co jest charakterystyczne dla PIMS,



Podczas pierwszego szczepienia przeciwko COVID-19

Dr n. med. **Radosława Staszak-Kowalska** – lekarz specjalista pediatra i pneumonolog. Pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym im J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, kieruje Oddziałem Pediatrii, Pneumonologii i Alergologii. Jest członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej i Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Działa w towarzystwach naukowych, które zajmują się organizacją i kształceniem lekarzy w dziedzinach obejmujących pediatrię, choroby płuc i alergologię.

z zaburzeniami układu krzepnięcia, wykładnikami świadczącymi o uszkodzeniu serca, cechami wstrząsu. Na szczęście udało nam się go wyprowadzić i myślę, że bez konsekwencji dla jego późniejszego zdrowia.

► Kluczową rolę w rokowaniu w przypadku PIMS odgrywa szybkie rozpoznanie. Nie do przecenienia jest tu więc lekarz pierwszego kontaktu... Czy w dobie teleporad poradzi sobie z tym wyzwaniem?

W tej chwili musimy zakładać, że każde dziecko miało kontakt z wirusem SARS-Cov-2 lub chorym na COVID-19, dlatego lekarze pierwszego kontaktu i oczywiście rodzice muszą zachować czujność. Bardzo wysoka gorączka, zmiany na skórze – często, jak w chorobie Kawasaki, na górnej i dolnej powiece czy na opuszkach palców – natychmiast powinny zwrócić naszą uwagę. Zresztą każde gorączkujące dziecko powinno być przez lekarza bezwzględnie zbadane. Nie wolno w takim przypadku proponować tylko teleporad! Nasz 14-miesięczny pacjent trafił do nas ze zmianami skórnymi na całym ciele. Początkowo podejrzewano wysypkę wirusową, ale czujny pediatra natychmiast skierował dziecko do nas i... oka-

zało się, że czynniki krzepnięcia, CRP, prokalcytonina znacznie odbiegają od normy, występują zaburzenia enzymów pochodzenia kardio-genego. Wszystko wskazywało na PIMS. Oczywiście przy rozpoznaniu natychmiast wprowadziliśmy leczenie, czyli bardzo duże dawki immunoglobulin. Terapia immunomodulująca to podstawa w postępowaniu z tym zespołem. W ciągu pierwszych 48 godzin immunoglobuliny trzeba podać w dużej dawce – 2 g na kilogram masy ciała na dobę. Można powiedzieć, że nasz 17-letni, prawie dorosły już pacjent rozbił bank immunoglobulin szpitala...

► **Mam nadzieję, że bank jest znowu pełen i starczy dla innych chorych?**

Wystarczy. Wszystkie oddziały mają zapasy, a jeżeli komuś zabraknie – apteka szpitalna, szybko je uzupełnia. Pojawiały się głosy, że w Polsce może zabraknąć immunoglobulin, ale myślę, że tak się nie stanie. Nasz szpital na razie jest zabezpieczony.

Dokończenie na s. 6



Tabela I. Kryteria rozpoznania wieloukładowego zespołu zapalnego związanego z COVID-19

| | |
|--|---|
| 1. Wiek | Dzieci (0-18 lat) Najczęściej chorują dzieci w wieku szkolnym, mediana wieku to ok. 9 lat |
| 2. Gorączka | Kryterium obowiązkowe Brak zdefiniowanych wartości progowych, ale zazwyczaj temperatura ciała wynosi > 38,5°C; utrzymująca się co najmniej 3 dni |
| 3. Wysokie wskaźniki stanu zapalnego | Podwyższone są wartości: CRP, prokalcytoniny, OB, fibrynogenu, LDH, D-dimerów, ferrytyny Brak jest zdefiniowanych wartości progowych, ale zazwyczaj wartości znacznie przewyższają normę |
| 4. Uszkodzenie wielonarządowe – objawy ze strony co najmniej dwóch narządów lub układów | <ul style="list-style-type: none"> ■ z przewodu pokarmowego: silny ból brzucha, wymioty, biegunka ■ z układu krążenia: niedociśnienie, wstrząs, cechy zapalenia mięśnia sercowego (w badaniu echokardiograficznym lub w badaniach laboratoryjnych), tętniaki tętnic wieńcowych, płyn w osierdziu, zaburzenia rytmu serca ■ z układu nerwowego: apatia, drażliwość, cechy aseptycznego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, niedowład lub porażenia nerwów obwodowych, silny ból głowy, ból głowy o nowym charakterze ■ z układu oddechowego: kaszel, duszność, cechy zapalenia płuc, płyn w opłucnej, ból w klatce piersiowej ■ skórno-śluzówkowe: wysypka (polimorficzna), zapalenie lub nastrzyknięcie spojówek, „truskawkowy język”, suche, czerwone wargi, obrzęki dłoni i stóp ■ objawy ze strony nerek: cechy ostrego uszkodzenia nerek, bezmocz ■ cechy koagulopatii |
| 5. Wykluczenie innych przyczyn | W diagnostyce różnicowej należy brać pod uwagę: <ul style="list-style-type: none"> ■ przyczyny infekcyjne i toksyczne, w tym posocznicę, zespół wstrząsu toksycznego, ostrą chorobę wirusową ■ ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i otrzewnej ■ choroby układowe tkanki łącznej, choroby rozrostowe, nieswoiste zapalenia jelit |
| 6. Powiązanie z COVID-19 – obecne przynajmniej jedno z wymienionych (aktualnie lub w przeszłości) | <ul style="list-style-type: none"> ■ dodatni wynik RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 ■ dodatni wynik testu antygenowego w kierunku SARS-CoV-2 ■ dodatnie przeciwciała w kierunku SARS-CoV-2 ■ udokumentowana istotna ekspozycja na COVID-19 w okresie minionych 4-8 tygodyni |

COVID-19 (*coronavirus disease 2019*) – choroba wywołana wirusem SARS-CoV-2

CRP (*C-reactive protein*) – białko C-reaktywne

OB – opad Biernackiego

LDH (*lactate dehydrogenase*) – dehydrogenaza mleczanowa

RT-PCR (*real time polymerase chain reaction*) – reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym

SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) – wirus zespołu ciężkiej niewydolności oddechowej

Uwaga! Dodatnie wyniki badań w kierunku SARS-CoV-2 uprawdopodobniają rozpoznanie, ale ujemne wyniki go nie wykluczają. Możliwe jest także występowanie dodatnich przeciwciał oraz innego podłoża objawów (koincydencja wynikająca z wysokiej zapadalności na COVID-19).

Źródło: Przegląd Pediatryczny 2020/Vol. 49/No. 4

► **W leczeniu tej wieloukładowej choroby stosuje się nie tylko immunoglobuliny...**

Podajemy też glikokortykosteroidy, antybiotyki, duże dawki kwasu acetylosalicylowego, leki biologiczne, przeciwzkrzepowe – wszystko, by wyhamować burzę immunologiczną toczącą się w organizmie, zahamować stan zapalny i uniknąć powikłań chorobowych. Działamy według tego, co pokazują nam wyniki badań. W przypadku wysokich D-dimerów dajemy leki przeciwkrzepliwie, przy wysokich poziomach stanu zapalnego – antybiotyki, jeżeli po 36 godzinach gorączka nie ustępuje, dajemy drugi bolus z immunoglobulin, jeżeli opada – rozważamy podanie sterydów. Mamy schematy postępowania, ale każdy przypadek i tak trzeba traktować indywidualnie.

► **Jakie mogą być ewentualne powikłania PIMS?**

Obawiamy się, podobnie jak w zespole Kawasaki, tętniaków naczyń wieńcowych i wczesnych zawałów związanych z niedrożnością tętnic wieńcowych. Mogą one wystąpić niezależnie od fenotypu i ciężkości przebiegu choroby. Wydaje się, że nasi chorzy wyszli z tej choroby bez szwanku. Oczywiście znajdują się pod obserwacją kardiologiczną.

► **To już nie są odosobnione przypadki. Chorych z PIMS jest coraz więcej...**

Na pewno nie są to już odosobnione przypadki. W naszym szpitalu aktualnie na każdym oddziale, również na Oddziale Pediatrii, Pneumonologii i Alergologii, są hospitalizowane dzieci z rozpoznaniem zespołem PIMS. Pierwszy chory trafił do szpitala pod koniec listopada. Na naszym oddziale leczylimy dwójkę dzieci, ale chorzy z PIMS byli leczeni też na oddziale intensywnej terapii i innych.

► **Czy każde dziecko z PIMS musi być leczone w szpitalu?**

Bezwzględnie – tak! Wszyscy pacjenci z podejrzeniem PIMS powinni być hospitalizowani. Najlepiej w placówce dysponującej zapleczem oddziału intensywnej opieki medycznej i kardiologicznej. Każda wysoka gorączka przedłużająca się powyżej jednej, dwóch dób plus wysypka powinny być sygnałem alarmowym! W domu nie jest możliwe ani odpowiednie leczenie, ani stały nadzór medyczny, co wobec możliwości gwałtownego pogorszenia się funkcji życiowych chorego jest konieczne.

► **Czy PIMS można się zakazić?**

Zakazić można się wirusem SARS-CoV-2. Tymczasem u przeważającej części pacjentów z PIMS wirusa już się nie stwierdza. Wszyscy nasi chorzy mieli negatywny wynik badania RT-PCR. Natomiast stwierdziliśmy u nich wysoki poziom przeciwciał klasy IgG, co świadczyło o przebyłym zakażeniu.

► **Porozmawiajmy o statystykach... Jaka jest częstość zachorowań?**

Statystycznie na ten zespół zapada jedno dziecko na 1000 zakażonych SARS-CoV-2. Rozpiętość wiekowa jest duża – od starszych niemowląt do prawie dorosłych nastolatków. Najczęściej chorują dzieci w wieku szkolnym, mediana wieku to około 9 lat. Trudno jest określić profil chorującego. Nasi pacjenci wcześniej na nic poważnego nie chorowali, nie występowały żadne zaburzenia immunologiczne, alergie, choroby przewlekłe. Zwyczajne, zdrowe dzieci...W populacji amerykańskiej, gdzie jak dotąd odnotowano najwięcej przypadków, śmiertelność – pomimo podjętego leczenia – wynosi 1,5-2%. U nas może być podobnie.

► **Z możliwości zaszczepienia przeciw zakażeniu SARS-CoV-2 w pierwszej kolejności mogą skorzystać medycy. Zaszczepi się Pani? A może już jest Pani po szczepieniu? Niestety są lekarze, pielęgniarki, którzy na pewno tego nie robią, tłumacząc to m.in. wątpliwym bezpieczeństwem preparatu...**

Jestem po pierwszej dawce szczepionki! A tym, którzy tego zrobić nie chcą, polecam dokładne przeczytanie charakterystyki produktu leczniczego. To, że prace nad tą szczepionką trwały krócej, nie oznacza, że jest ona niebezpieczna. Przede wszystkim były na to pieniądze, byli sponsorzy. Naukowcy nie musieli się obawiać, że nagle skończy im się budżet i ich prace zostaną zawieszono. Na ten cel zostały skierowane ogromne środki finansowe – publiczne i prywatne, co pozwoliło czas wielokrotnych, kosztownych badań znacznie skrócić. Poza tym bazowano już na wcześniejszych badaniach prowadzonych podczas epidemii wirusa SARS-CoV-1, który ma w ponad 80 proc. podobny materiał genetyczny. Ponadto użyta w przypadku już dostępnych szczepionek technologia oparta o mRNA jest mniej czasochłonna niż opracowanie szczepionki, w której stosuje się osłabionego wirusa lub jego fragmenty.

Tabela II. Zalecane badania laboratoryjne dla pacjentów z podejrzeniem wieloukładowego zespołu zapalnego powiązanego z COVID-19

| | |
|--|---|
| <p>Badania mikrobiologiczne</p> <ul style="list-style-type: none"> posiew krwi (pobrano dwukrotnie) przeciwciała przeciwko SARS-CoV-2 inne w zależności od wskazań klinicznych morfologia krwi grupa krwi gazometria (z kwasem mlekowym) <p>Koagulologia</p> <ul style="list-style-type: none"> INR, APTT fibrynogen D-dimery | <p>Wykładniki stanu zapalnego</p> <ul style="list-style-type: none"> CRP, prokalcytonina OB ferrytyna LDH <p>Pozostałe badania biochemiczne</p> <ul style="list-style-type: none"> jonogram: sód (Na), potas (K) trójglicerydy CK NT-proBNP (lub BNP), troponina I amylaza, lipaza kreatynina, mocznik AST, ALT, GGTP, bilirubina albuminy glukoza |
|--|---|

SARS-CoV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) – wirus zespołu ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej
 INR (*international normalized ratio*) – międzynarodowy współczynnik znormalizowany
 APTT (*activated partial thromboplastin time*) – czas częściowej tromboplastyny po aktywacji
 CRP (*C-reactive protein*) – białko C-reaktywne
 OB – opad Biernackiego
 LDH (*lactate dehydrogenase*) – dehydrogenaza mleczanowa
 CK (*creatine kinase*) – kinaza kreatyny
 NT-proBNP (*N-terminal pro B natriuretic peptide*) – N-końcowego fragmentu (pro)peptydu natriuretycznego typu B
 AST – aminotransferaza asparaginianowa
 ALT – aminotransferaza alaninowa
 GGTP – gamma-glutamylotranspeptydaza

Źródło: Przegląd Pediatryczny 2020/Vol. 49/No. 4

CO znowu na podium

Bydgoskie Centrum Onkologii od lat zajmuje czołowe miejsce w rankingu najlepszych polskich szpitali organizowanym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia i dziennik Rzeczpospolita. W XVII edycji konkursu "Bezpieczny Szpital", którego wyniki poznaliśmy w połowie grudnia 2019, zajęło drugie miejsce.

CO zostało też najlepszym szpitalem w województwie kujawsko-pomorskim oraz uzyskało tytuł najlepszego ośrodka onkologicznego w kraju.

Kluczowym narzędziem w ocenie szpitali jest szczegółowa ankieta. Lecznica musiała udzielić odpowiedzi na szereg pytań dotyczących funkcjonowania placówki, infrastruktury, procesów mających wpływ na bezpieczeństwo pacjentów, dostępności personelu czy finansów.

a.b.

Tu uzyskasz informacje dotyczące szczepień przeciw COVID-19!

- Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy uruchomił dodatkową infolinię dla mieszkańców regionu dotyczącą Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19. Pod numerem telefonu 52 349-75-93 można uzyskać informacje związane z procedurą szczepień. Infolinia czynna jest w dni robocze w godzinach od 8:00 do 15:00.
- Specjalne infolinie do spraw szczepień działają również w każdej gminie województwa kujawsko-pomorskiego. Pełna lista numerów telefonów na stronie: <https://www.gov.pl/web/uw-kujawsko-pomorski/gminne-infolinie-do-spraw-szczepien-przeciw-covid-19-juz-dzialaja>
- Pod numerem 989 można kontaktować się z ogólnopolską, całodobową i bezpłatną infolinią, gdzie można uzyskać informacje na temat szczepień, a także dokonać rejestracji.
- Jeżeli chcesz zaszczepić się w konkretnym punkcie szczepień - skontaktuj się z nim. Mapa i dane kontaktowe punktów szczepień dostępne są na stronie: <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/mapa-punktow-szczepien#/>
- Informacje na temat Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 dostępne są również na stronie <https://www.gov.pl/web/szczepimysie>

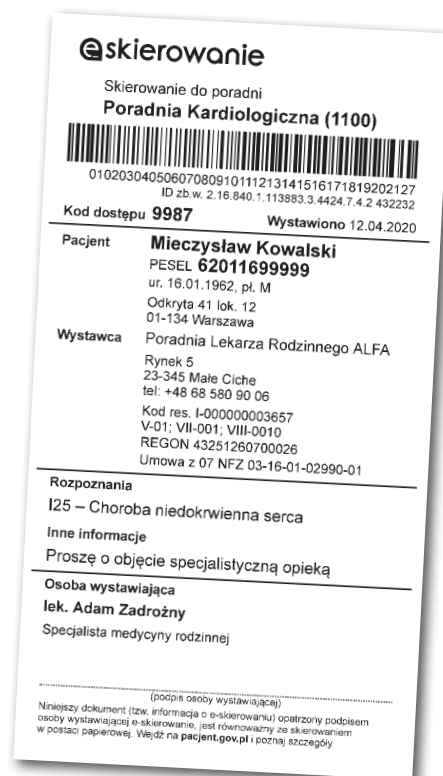
E-skierowanie już obowiązuje

Od stycznia tego roku podmioty medyczne mają ustawowy obowiązek wystawiania i obsługi elektronicznych skierowań. Niemal 70 proc. placówek leczniczych wprowadziło to rozwiązanie jeszcze w 2020 r. Pomimo tego, że proces wdrażania nowego systemu odbywa się w czasie epidemii, zarejestrowanych jest już ponad 5 milionów e-skierowań – zostały wystawione do 31 grudnia przez ponad 43 tys. lekarzy.

Najczęściej wystawiano skierowania do poradni okulistycznej (ponad 463 tys.), chirurgii urazowo-ortopedycznej (ponad 456 tys.) i chirurgii ogólnej (ponad 403 tys.). Najliczniejszą grupą, która skorzystała w 2020 r. z tego rozwiązania, były osoby 61+ (prawie co czwarte e-skierowanie).

E-skierowanie lekarz wystawia analogicznie, jak e-receptę: wprowadza wymagane dane pacjenta do systemu gabinetowego podłączonego do platformy e-zdrowie (P1) lub za pomocą bezpłatnej aplikacji gabinet.gov.pl i podpisuje cyfrowo. Pacjent otrzymuje albo SMS z 4-cyfrowym kodem, albo e-mail lub – na życzenie – wydruk informacyjny cyfrowego dokumentu. Można je wystawić na: ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, za wyjątkiem porady w zakresie logopedii, leczenie szpitalne, badania medycyny nu-

primum



@skierowanie
Skierowanie do poradni
Poradnia Kardiologiczna (1100)
01020304050607080910111213141516171819202127
ID zb.w. 2.16.840.1.113883.3.4424.7.4.2.432232
Kod dostępu **9987** Wystawiono 12.04.2020

Pacjent **Mieczysław Kowalski**
PESEL **62011699999**
ur. 16.01.1962, pł. M
Odkryta 41 lok. 12
01-134 Warszawa

Wystawca Poradnia Lekarza Rodzinnego ALFA
Rynek 5
23-345 Małe Ciche
tel: +48 68 580 90 06
Kod res. I-000000003657
V-01; VII-001; VIII-0010
REGON 43251260700026
Umowa z 07 NFZ 03-16-01-02990-01

Rozpoznanie
I25 – Choroba niedokrwienna serca

Inne informacje
Proszę o objęcie specjalistyczną opieką

Osoba wystawiająca
lek. Adam Zadrozny
Specjalista medycyny rodzinnej

(podpis osoby wystawiającej)
Niniejszy dokument (tzw. informacja o e-skierowaniu) opatrzony podpisem osoby wystawiającej e-skierowanie, jest równoważny ze skierowaniem w postaci papierowej. Wejdź na pacjent.gov.pl i poznaj szczegóły

klearnej oraz badania tomografii komputerowej, w tym przypadku także te, które są finansowane ze środków innych niż ubezpieczenie w NFZ, rezonans magnetyczny, badanie endoskopowe przewodu pokarmowego, badanie echokardiograficzne płodu. E-skierowanie nie jest wystawiane na: leczenie w uzdrowisku lub sanatorium, programy lekowe, rehabilitację oraz do szpitala psychiatrycznego – tu nadal obowiązują dokumenty papierowe.

a.b.

NFZ już nie zaleca odkładania planowych zabiegów

„Ze względu na poprawę sytuacji epidemicznej, dotychczasowe zalecenia ograniczenia udzielania świadczeń planowych, wydane w związku z minimalizowaniem ryzyka transmisji infekcji COVID-19 oraz potrzebą zapewnienia dodatkowych łóżek szpitalnych dla pacjentów wymagających pilnego przyjęcia, należy przyjąć za nieobowiązujące” – poinformował Narodowy Fundusz Zdrowia.

Szpitalne mają więc powrócić do wykonywania planowych zabiegów, ale jak ostrzega NFZ: „W każdym przypadku podjęcia decyzji o udzieleniu świadczenia planowego należy indywidualnie ocenić oraz wziąć pod uwagę uwarunkowania i ryzyka dotyczące stanu zdrowia pacjentów, uwzględniając także prawdopodobieństwo zakażenia wirusem SARS-CoV-2.”

a.b.



Szpital w Mogilnie po remoncie

Oddziału wewnętrzny w szpitalu powiatowym w Mogilnie jest po gruntownym remoncie. Objął m.in. wymianę instalacji, w tym wentylacji, klimatyzacji i systemu dostarczania gazów medycznych, wymianę stolarki drzwiowej oraz położenie nowych posadzek. Inwestycję wykonano dzięki środkom z pakietu antykryzysowego urzędu marszałkowskiego. Z tej puli zakupiono też urządzenie do dekontaminacji pomieszczeń i specjalistyczny ambulans wyposażony w aparaturę do intensywnej terapii oraz respirator transportowy. Łączna suma tego przedsięwzięcia przekroczyła 2 miliony złotych.

W wyposażeniu oddziału, który ma leczyć również chorych na COVID-19, pomogły też środki rządowe – 441 tys. zł na wyposażenie w łóżka i najbardziej potrzebny sprzęt. W grudniu placówka otrzymała łącznie 1,15 mln zł z budżetu państwa na zakup niezbędnego sprzętu i środków ochrony bezpośredniej.

Wyremontowany Oddział Chorób Wewnętrznych ma 49 łóżek, z czego 40 przeznaczonych jest dla pacjentów chorych na COVID-19.

W ubiegłym roku szpital w Mogilnie zakończył wartą 18 milionów złotych rozbudowę placówki – powstało m.in. nowe skrzydło kompleksu szpitalnego. Obecnie trwa termomodernizacja budynku filii szpitala w Strzelnie oraz jego rozbudowa pod potrzeby przyszłego zakładu opiekuńczo-leczniczego i termomodernizacja budynku przychodni dziecięcej w Mogilnie. Wcześniej szpital wzbogacił się o gastroskop, kolonoskop i automatyczną stację do mycia i dezynfekcji tych urządzeń. Te działania możliwe były w ramach pomocy z Regionalnego Programu Operacyjnego (RPO) województwa – łączna wartość projektów to ponad 31 milionów złotych.

*Agnieszka Banach
fot. Andrzej Goński*



Szpital tymczasowy w Ciechocinku nie zostanie uruchomiony



Miał ruszyć na początku grudnia i docelowo leczyć 250 pacjentów „w stanie średnim i lżejszym wymagających nadzoru” – jak zapowiadał pełnomocnik wojewody ds. powstania Szpitala Jerzy Kowalik. Na razie jednak tymczasowa placówka dla chorych z COVID-19, oparta o bazę 22. Wojskowego Szpitala Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnego w Ciechocinku, nie będzie funkcjonowała. Wszystko dlatego, że poziom zachorowań w naszym regionie się ustabilizował i takiej potrzeby nie ma – tłumaczył wojewoda kujawsko-pomorski Mikołaj Bogdanowicz.

Szpital tymczasowy miał pomieścić 250 chorych. Przygotowano dla nich m.in. 140 łóżek tlenowych i 60 respiratorowych. Zbudowano trzy zbiorniki tlenowe – jeden 11-tonowy i dwa zapasowe 2-tonowe. Poprowadzono instalację tlenową. Koszt całej inwestycji, bez wyposażenia dostarczonego przez Agencję Rezerw Materiałowych, wyniósł 3,7 mln złotych.

W razie pogorszenia się sytuacji epidemiologicznej w województwie szpital ma zostać uruchomiony w ciągu kilku dni – zapewniają władze placówki. Na początku dla 60 chorych i z 10 miejscami respiratorowymi. Kadra ma zostać zapewniona. Szpital w przyszłości ma być także miejscem rehabilitacji dla chorych, którzy COVID przeszli, ale nadal zmagają się z powikłaniami pochorobowymi.

a.b.

Lekarka z naszej Izby potrzebuje pomocy!

Nie wiem, czy gorszy był ból czy strach. Jestem lekarzem, od początku byłam świadoma tego, co dzieje się z moim organizmem, jak potwornym przeciwnikiem jest chrząstniakomęsak.

Z nowotworem walczyłam 6 lat.

Przez ten czas zabrał mi siłę, zdrowie i spokój, ale nigdy nie zabrał mi nadziei – mówi Anna Różalska. – Doświadczylam na własnej skórze tego, czego wielu lekarzy być może nie będzie miało okazji przeżyć nigdy. Jak to jest być po tej drugiej stronie? Co myślisz i co czujesz jako pacjent? Jak każde słowo na obchodzie lub nawet porozumiewawcze spojrzenie na pielęgniarkę może być istotne...



43-letnia lekarka za pośrednictwem siepomaga.pl zbiera pieniądze na zakup specjalistycznej protezy nogi. Na razie zebrała 116 559 zł, potrzebuje około 250 tys.! Każdy z nas może przekazać jej swój jeden procent – KRS 0000396361 koniecznie z dopiskiem cel szczegółowy 1% 0102749 Anna.

W 2014 r. przeszła pierwszą operację usunięcia fragmentu miednicy ze stawem biodrowym, na którego miejsce wstawiony został implant. W wyniku powikłań doszło do porażenia nerwu kulszowego i upośledzenia pracy prawej nogi. Od tego czasu chodzi o dwóch kulach. Cztery lata później, w listopadzie 2018, doszło do zwichnięcia implantu, przez co konieczne było jego usunięcie.

„Mimo wszystkich przeszkód, jakie napotykałam na swojej drodze, mimo bólu i braku siły, cały czas pracowałam. Czułam, że pomagam ludziom, że nie mogę się poddać. Niestety, we wrześniu 2020 r. doszło do wznowy i 23 października straciłam nogę wraz ze znaczną częścią miednicy” – opowiada Anna Różalska. – Dziś sama pomocy potrzebuję. Amputacja to przecież nie koniec świata. Marzę o tym, żeby wrócić do pracy. Marzę o tym, żeby nie musieć codziennie prosić o pomoc! Jestem żoną, mamą, tak bardzo znów chcę żyć! Jednak sama nie spełnię moich marzeń...”

Anna Różalska potrzebuje specjalistycznej protezy typu kanadyjskiego, a po jej zakupie intensywnej rehabilitacji. Proteza kosztuje około 250 tys. zł, ponieważ musi składać się z pasa piersiowo-brzusznego, kosza biodrowego i protezy całej kończyny dolnej. Dzięki niej będzie mogła od nowa nauczyć się chodzić.

„Tak ogromny wydatek przekracza moje możliwości finansowe – mówi. – Dlatego pełna nadziei zwracam się do Ciebie o wsparcie. Moja przyszłość jest w Twoich rękach! Pomóż, proszę!”

A my do prośby Anny Różalskiej się przyłączamy, apelując o 1 proc. dla niej!

Redakcja „Primum”

Profesor z Bydgoszczy powołany na stanowisko konsultanta krajowego

Od stycznia funkcję konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii onkologicznej sprawuje **profesor Wojciech Zegarski** – specjalista chirurgii ogólnej oraz onkologicznej – kierujący Kliniką Chirurgii Onkologicznej w bydgoskim Centrum Onkologii.

Profesor urodził się w 1954 r. w Gdańsku, studia ukończył w Szczecinie. Pracę rozpoczął w 1979 r. w Szpitalu im. Jurasza, w Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyń II Wydziału Lekarskiego AMG z siedzibą w Bydgoszczy, kierowanej przez prof. dr. hab. Z. Mackiewicza. Od roku 2002 jest zatrudniony w Centrum Onkologii, gdzie wygrał konkurs na stanowisko kierownika Kliniki Chirurgii Onkologicznej ówczesnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Nowo powstałą Klinikę tworzył od podstaw na bazie istniejącego Oddziału Chirurgii Onkologicznej CO. W 2010 r. jednostka została przekształcona w Katedrę i Klinikę Chirurgii Onkologicznej z Oddziałem Klinicznym Chorób Piersi i do dziś prowadzi pełną działalność kliniczną. Profesor stworzył wiodący ośrodek w Polsce w zakresie leczenia nowotworów jelita grubego. Jest m.in. prekursorem innowacyjnej metody leczenia raka żołądka i jelita grubego za pomocą dootrzewnowej chemioterapii podciśnieniowej aerozolem – PIPAC.

Obecnie profesor Zegarski pełni funkcję Prezesa Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, jest członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Chirurgicznego oraz członkiem rady naukowej licznych czasopism naukowych. *a.b.*



Drugie wydanie „Hamleta”

Kilka lat temu, w marcu 2013, w „Primum” z wykrzyknikiem ogłosiliśmy:

Już w księgarniach! „Hamlet” w przekładzie doktora Ryszarda Długotłęckiego!

A teraz miło nam poinformować, że za chwilę pojawi się w księgarniach drugie wydanie. Nakład pierwszego został wyczerpany.

Przypominamy jedną z tam zamieszczonych recenzji krytyków literackich:

„Przetłumaczenie jednego z najważniejszych dzieł światowej literatury wymaga nie tylko znakomitej znajomości angielszczyzny z epoki elżbietańskiej, ale także świetnego warsztatu. Szerokiej wiedzy o literaturze i teatrze musi towarzyszyć wycucie językowe, odpowiedni słuch poetycki i wyobraźnia, słowem – talent, który pozwala wnikać w dzieło i odtworzyć je w innym języku. Długotłęcki ten talent ma (...)

Hamlet w tym tłumaczeniu wydaje się lekki i zrozumiały dla współczesnego czytelnika. Trudna sztuka przekładu wymaga bowiem właśnie owego pragmatycznego kryterium – szesnastowieczna angielszczyzna musi zostać zastąpiona polszczyzną z początku XXI wieku. Dzięki tej, jak się zdaje, oczywistej, lecz niekoniecznie łatwej regule staje się przystępny i dostosowany do wymagań dzisiejszego odbiorcy. Długotłęcki potrafi swobodnie obchodzić się z rytmem i dostosowywać wersyfikację do kształtu zdania, zachowując jednocześnie format jedenastozgłoskowca (...)

Nowy przekład Hamleta to niewątpliwie ważne wydarzenie literackie i kulturowe”.

(Marcin Orliński – poeta, badacz literatury, publicysta, prowadzi zajęcia z krytyki literackiej w IBL PAN) *tb*



Nie będzie lepszego sytuacji niż teraz

Z prof. dr. hab. n. med. Maciejem Świątkowskim – lekarzem specjalistą w dziedzinie gastroenterologii, radnym miasta Bydgoszczy – rozmawia Magdalena Godlewska



► Powołanie bydgoskiej uczelni medycznej popiera większość mieszkańców miasta, ale dotychczas jedynym sposobem, jaki brano pod uwagę, było utworzenie jej na bazie Collegium Medicum UMK, po jego wyłączeniu ze struktur toruńskiego uniwersytetu. Ale Pan ma inny pomysł – co Pan proponuje?

Uważam, że powinniśmy zacząć od utworzenia wydziału medycznego kształcącego lekarzy i pielęgniarki na jednym z bydgoskich uniwersytetów – UTP lub UKW. Tak powstawały studia medyczne chociażby na uniwersytetach w Zielonej Górze, Opolu czy Kielcach, a są to miasta znacznie mniejsze od Bydgoszczy. Bardzo dobrze tą drogą rozwinęła się też część medyczna Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, gdzie już 10 lat po utworzeniu wydziału medycznego powstało CM, w strukturze którego są trzy wydziały. Aktualnie, w wielu rankingach, tamtejszy wydział lekarski jest wyżej oceniany niż nasz w strukturze CM UMK. Idźmy tą drogą, a studia medyczne będą się prężnie rozwijały w ramach bydgoskich uniwersytetów.

Przy okazji tworzenia wydziału medycznego należałoby zachęcać władze bydgoskich uniwersytetów do utworzenia, zgodnie z nową ustawą, federacji uczelni. Federacja zostawia poszczególnym jednostkom dość dużą autonomię. Przy jej powołaniu konieczne są cztery elementy: wspólna szkoła doktorska, wspólne wykonywanie prac naukowych, dzielenie się beneficjami z prac naukowych oraz wspólne nadawanie stopni naukowych. I to wystarczy. A decydenci w Warszawie są przychylni konsolidowaniu się uczelni.

Nie obawiałbym się też o kadrę medyczną. Pierwsze dwa lata to głównie studia teoretyczne, a UTP i UKW poradzą sobie z biofizyką, biologią, chemią, biochemią i innymi przedmiotami teoretycznymi. Bazę medyczną nowego wydziału początkowo stanowiłby jeden z bydgoskich szpitali uniwersyteckich. Skłaniam się ku Szpitalowi im. dr. Jana Bizziela – kierownicza kadra naukowa jest tam młodsza, a ponadto planowana jest rozbudowa placówki.

► Ale Toruń nie odda przecież ot tak połowy swojej bazy medycznej nowemu wydziałowi medycznemu...

Myślę, że udałoby się dojść do porozumienia. Uniwersytet zachowałby Collegium Medicum i jeden z bydgoskich szpitali, a uzupełnieniem bazy medycznej byłby zbudowany przez marszałka województwa w Toruniu kompleks, w którym mieścić się będzie m.in. szpital wielospecjalistyczny, szpital zakaźny, psychiatryczny i pogotowie ratunkowe. Placówka będzie oddana do użytku w tym roku, a jej koszt, łącznie z wyposażeniem, szacuję na miliard złotych. Ponadto uwa-

żam, że można dołączyć do bazy kształcenia medycznego szpital grudziądzki – dojazd autostradą z Torunia to zaledwie 20 min. Miasto Grudziądz zostanie w ten sposób odciążone od prowadzenia okręgowego wielospecjalistycznego szpitala, który spełnia wszystkie wymogi szpitala uniwersyteckiego.

Od tego należałoby zacząć. Z czasem UMK zapewne przeniesie szkołę doktorską i część studentów z Bydgoszczy do Torunia i skoncentruje się na badaniach naukowych. A CM UMK potraktuje jak wyższą szkołę zawodową, która będzie kształcić lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych – od dawna przecież w tym kierunku wszystko zmierza.

► Podczas pierwszego czytania w Sejmie obywatelskiego projektu ustawy o utworzeniu uniwersytetu medycznego w Bydgoszczy, które odbyło się przeszło rok temu – Toruń wypowiedział się przeciwko. Myśli Pan, że teraz – po rezygnacji z walki o odzyskanie CM – wzrosnie nasza szansa na pozytywne rozstrzygnięcie?

Tak, przysłowiowe kopanie się z koniem jest bez sensu – w ten sposób możemy tylko ponownie przegrać batalię o medycynę uniwersytecką w Bydgoszczy, bo ta, którą reprezentuje CM, postrzegana jest w Warszawie jako zlokalizowana na UMK w Toruniu. Ale rezygnując z przekształcenia CM w bydgoski uniwersytet medyczny, omijamy Toruń. UMK zawsze sprzeciwiał się zwróceniu wydziałów medycznych Bydgoszczy i utworzeniu tu uniwersytetu medycznego. Toruńska uczelnia za czasów ministra Gowina i posłanki Michałek została ponadto uniwersytetem badawczym i dlatego też utworzenie uczelni medycznej w Bydgoszczy na bazie CM UMK jest obecnie praktycznie niemożliwe. Uniwersytet badawczy potrzebuje medycyny i na pewno nikt w Sejmie, Senacie czy rządzie naszego postulat nie poprze. W związku z tym trzeba zmienić taktykę – nie powinniśmy zabiegać o odebranie UMK Collegium Medicum, a – mając ustawę w Sejmie – czynić starania o utworzenie w Bydgoszczy wydziału medycznego w oparciu o bydgoskie uniwersytety. Teraz jest to nasza wewnętrzna, bydgoska sprawa.

Warto zająć się tym jak najszybciej. Sytuacja w Sejmie i rządzie jest korzystna – nasza inicjatywa ma teraz więcej zwolenników niż przeciwników. Przy wspólnym zaangażowaniu parlamentarzystów Ziemi Bydgoskiej – mamy szansę wygrać. Warto, bo jak czytamy w dokumencie uchwalonym przez Radę Miasta „Bydgoszcz 2030 – Strategia rozwoju” – utworzenie z Bydgoszczy prężnego ośrodka uniwersyteckiego z mocnymi naukami medycznymi jest wg. bydgoszczan strategicznym celem rozwojowym.

Nie powinniśmy zwlekać. Nie będzie lepszego sytuacji niż teraz. →

Mieczysław Boguszyński w Zarządzie TMMB

Lek. med. Mieczysław Boguszyński został powołany na członka Zarządu Towarzystwa Miłośników Miasta Bydgoszczy. Była to jednomyślna decyzja statutowego organu Stowarzyszenia z 15 czerwca 2020 r.

Godzi się w tym miejscu przypomnieć, że Pan Doktor w naszym mieście był dyrektorem Szpitala XXX-lecia (obecnie Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela), następnie organizatorem i pierwszym dyrektorem Państwowego Szpitala Klinicznego im dr. Antoniego Jurasza (obecnie Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy).

Z wielką pasją dokumentuje wszelkie ślady bydgoskiej medycyny. W trosce o prawdę historyczną przegląda archiwa i prywatne zbiory, prowadzi konsultacje z historykami i pracownikami służby zdrowia. Gromadzi unikatowe dokumenty i korespondencję, bo – jak cytuje za polską noblistką Olgą Tokarczuk – „Co się wydarza, a nie jest opowiedziane, przestaje istnieć i umiera”.

Nominacja lek. med. Mieczysława Boguszyńskiego na członka Zarządu TMMB nie jest dziełem przypadku. Przeciwnie Stowarzyszenie, z rodowodem sięgającym 1832 r., stawia sobie za cel kontynuowanie historii i tradycji Bydgoszczy, a Doktor jest autorytetem i najpewniejszym źródłem dotyczącym historii medycyny w Bydgoszczy i regionie.

Pan Doktor wstąpił do TMMB 12 września 2006 r., by tu dalej realizować swoje życiowe pasje, nie tylko jako lekarz, ale także wielki przyjaciel naszego miasta i regionu. Był także przewodnikiem słynnych wycieczek „Bydgoszcz za zamkniętymi drzwiami”.

„Po studiach dwadzieścia lat pracowałem w moim rodzinnym Szubinie, a od 1978 r. – w Bydgoszczy. Tu pozazawodowo zafascynowała mnie historia miasta, w tym rola, jaką w czasach zaboru pruskiego w budzeniu tożsamości narodowej odegrali lekarze: dr Emil Warmiński, dr Jan Biziel, dr Michał Hoppe i dr Władysław Piórek – mówi lek. med. Mieczysław Boguszyński. – Ich działalność zachęciła mnie do szerszego zainteresowania się przeszłością lecznictwa bydgoskiego”.

Pan Doktor z wielką życzliwością wspomina pomoc, jaką otrzymał od działaczy TMMB – dr. hab. Marka Romaniuka z Archiwum Państwowego w Bydgoszczy, Bogny Derkowskiej-Kostkowskiej i Lecha Łbika z Pracowni Dokumentacji Zabytków Kujawsko-Pomorskiego



Lek. med. Mieczysław Boguszyński (z prawej) w chwilę po odebraniu z rąk wiceprezesa TMMB Marka Magdziarza tytułu „Przyjaciel Bydgoszczy”.

Fot Robert Sawicki

Centrum Kultury. Dodaje, że znaczącą rolę odegrali również życzliwe uwagi redakcyjne Jerzego Derendy.

Doktor Mieczysław Boguszyński jest autorem wielu publikacji poświęconych historii medycyny, m.in.: „Kroniki Bydgoskiego Towarzystwa Lekarskiego 1903–2003” (2003 r.), „Onkologii w Bydgoszczy” (2004 r.), „W kręgu Eskulapa. O stuletnim szpitalu im. dr. Janusza Korczaka i lecznictwie w Szubinie” (2014 r.) oraz współautorem „80 lat Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy” (2019 r.). Od ponad dwudziestu lat jest autorem licznych artykułów historycznych w biuletynie „Primum non nocere” (obecnie „Primum”), wydawanym przez Bydgoską Izbę Lekarską.

Nakładem TMMB ukazały się następujące pozycje: bogato ilustrowany rozdział „Dawne kliniki i szpitale” w albumie „Piękna stara Bydgoszcz” t.1 z serii „Bydgoszcz – miasto na Kujawach” (2006 r.); licząca ponad 360 stron publikacja: „Od warsztatu balwierskiego do szpitala klinicznego. Z kart historii bydgoskiego lecznictwa” (2008 r.). Jest też autorem niektórych haseł medycznych do „Encyklopedii Bydgoszczy” t.1 oraz biogramu profesora Edmunda Nartowicza (1928–2015) w „Kronice Bydgoskiej” (2016 r.).

W końcowym etapie pracy jest książka: „Z szacunku dla przeszłości. Droga Szpitala im. A. Jurasza do Akademii Medycznej w Bydgoszczy”.

Podczas noworocznego spotkania TMMB na początku 2020 r. w sali sesyjnej bydgoskiego ratusza Mieczysław Boguszyński został uhonorowany tytułem „Przyjaciel Bydgoszczy”.

Dodajmy, że 16 grudnia 2020 Pan Doktor obchodził swoje 90. urodziny. Dostojnemu Jubilatowi życzymy wielu lat w szczęściu i zdrowiu. I jeszcze wielu cennych publikacji!

Jerzy Derenda, prezes TMMB

→ ► **Dlaczego tak ważne dla Bydgoszczy jest powołanie własnej uczelni medycznej? O jednym z powodów już Pan wspomnieli – twierdzi Pan, że od czasu, kiedy bydgoskie CM stało się częścią toruńskiego uniwersytetu, nie rozwija się tak, jak powinno...**

Bydgoskie Collegium Medicum w strukturach Uniwersytetu Mikołaja Kopernika podupadło. Wystarczy prześledzić rankingi. To skutek polityki UMK, które – jak wspomnieliśmy – chce sprowadzić CM do rangi szkoły zawodowej. Jedną z rzeczy, które mnie w tym utwierdzają, jest fakt, że aparatura badawcza, kupiona za środki unijne, praktycznie przez te kilkanaście lat do Bydgoszczy nie dotarła, a jak można robić naukę bez nowoczesnej aparatury badawczej?!

Ale są też inne powody. Chociażby społeczna potrzeba kształcenia lekarzy i pielęgniarek, których przecież brakuje, i postulat rozwoju bydgoskich uczelni oraz wzrostu ich udziału w życiu miasta, wyrażony w przyjętej w br. strategii rozwoju Bydgoszczy. Silny uniwersytet pozwoliłby studiować młodym ludziom we własnym mieście i przyciągał mieszkańców innych miejscowości, a absolwenci zostawaliby w Bydgoszczy, znajdując pracę np. na uczelni, i w ten sposób wzbogacali i zasilali nasze miasto.

Taki finał będzie sukcesem wszystkich uczestników przedsięwzięcia – i to bez względu na barwy polityczne.

SZCZEPIENIA PRZECIW COVID-19

Przełom w walce z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2?

Blisko, bliżej, coraz bliżej do zakończenia pandemii... ale czy aby na pewno?

Pomimo iż od pierwszego przypadku zakażenia SARS-CoV-2 minął ponad rok, pomimo że dwie fale koronawirusa w Polsce już za nami, a trzecia – według przewidywań ekspertów – za chwilę się zacznie, nadal nie osiągnęliśmy odporności populacyjnej – stąd (szacuje się, że około 20-30% populacji Polaków przechorowało COVID-19), nadal również nie mamy skutecznego, typowego leku przyczynowego anty-SARS-CoV-2 (jest remdesivir i osocze ozdrowieńców, które, jak wiemy, zastosowane w okresie namnażania się wirusa – skraca czas jej trwania i poprawia rokowanie), nadal mamy przepiętione oddziały dedykowane pacjentom z COVID-19, nadal mamy dużą dobową liczbę zgonów z powodu choroby – stąd wizja wprowadzenia masowych szczepień przeciw COVID-19 jest jedyną szansą zakończenia trwającej pandemii i powrotu do tzw. normalności...

PAWEŁ
RAJEWSKI

Ale na tym wizja szybkiego powrotu się kończy... Z jednej strony jesteśmy świadkami wielkiego, jak nie największego w ostatnich latach, sukcesu współczesnej nauki, medycyny, technologii, bowiem udało się podczas trwającej aktualnie pandemii stworzyć i wprowadzić do użytku skuteczną (95% skuteczności po podaniu drugiej dawki) szczepionkę anty-COVID-19. Jest to najlepsze narzędzie w walce z chorobami zakaźnymi, bowiem zapobiega ich występowaniu. Tylko żeby szczepienia były skuteczne, żeby odniosły korzystny

efekt populacyjny przekładający się na spadek liczby zakażeń, hospitalizacji i zgonów – wyszczepialność populacji powinna wynosić minimum 60–70%... i to w dość krótkim czasie.

I tu zaczyna się problem. Pomimo że szczepienia w etapie 0, dla pracowników ochrony zdrowia, rozpoczęły się 27 grudnia w tzw. szpitalach świątecznych, następnie były kontynuowane w kolejnych tygodniach w szpitalach węzłowych – to z jednej strony nie spotkały się z tak dużym zainteresowaniem – początkowo w niektórych jednostkach 30–50% pracowników zadeklarowało chęć szczepień, z drugiej strony – w pewnej liczbie placówek, zamiast lekarzy, pielęgniarek, ratowników pracujących z pacjentami z COVID-19, została zaszczepiona w pierwszej kolejności administracja szpitala i nie tylko... Część pracowników ochrony zdrowia jest na kwarantannie, część w izolacji z powodu zakażenia, część niedawno zakończyło izolację, część otrzymywała osocze ozdrowieńców z COVID-19 – u osób, które przebyły COVID-19, szczepienie może być odroczone o 1 do 6 miesięcy, a u tych, które otrzymywały osocze ozdrowieńców, o min. 3.

Kontrowersje wokół szczepień – szczepienia poza kolejnością, chociaż społecznie nieakceptowalne, spowodowały wręcz odwrotny skutek – wiele osób, które do tej pory były sceptycznie nastawione, negowały potrzebę szczepienia, jego skuteczność i bezpieczeństwo, zmieniło zdanie i chce się zaszczepić. Obecnie szacuje się, że ponad 60% społeczeństwa wyraziło chęć szczepienia przeciw COVID-19.

Niestety, z uwagi na problemy z dostawami szczepionki Comirnaty firm Pfizer i BioNtech – obecnie jedyna szczepionka dopuszczona do użytku w Polsce (trwa rejestracja szczepionki Moderna, też opartej o model mRNA, która charakteryzuje się 94-procentową skutecznością) – proces szczepienia dla etapu 0 (nowe osoby, które zadeklarowały chęć szczepienia) i dla etapu 1 może zostać rozciągnięty w czasie – uzależniony od dostaw. Dla osób z etapu 0, które otrzymały już pierwszą dawkę szczepienia – druga dawka, po 3 tygodniach, jest obecnie zagwarantowana i czeka w magazynach Agencji Rezerw Materiałowych.

Szczepionki te zasadniczo różnią się sposobami przechowywania, a tym samym dystrybucją, co do tej pory narzucało również punktem szczepień godziny i dni otwarcia. Szczepionki firm Pfizer i BioNtech można przechowywać do 6 miesięcy w temp. – 70 st. C; po rozmrożeniu w punkcie szczepień mogą być przechowywane w temperaturze od 2 do 8 st. C do pięciu dni, a po otwarciu fiolki należy ją zużyć

w ciągu 6 godzin. Szczepionki firmy Moderna można przechowywać w temperaturze do – 20 st. C do 6 miesięcy; po rozmnożeniu w punkcie szczepień mogą być przechowywane w temp. od 2 do 8 st. C do 30 dni. Drugą dawkę szczepionki firm Pfizer i BioNTech podaje się po minimum 3 tygodniach (3-4 tyg.), a firmy Moderna po minimum 4. Protekcyjne miano ochronne przeciwciał w przypadku szczepionki Pfizer i BioNTech pojawia się po 7 dniach po podaniu drugiej dawki i po 14 dniach od podania drugiej dawki w przypadku szczepionki Moderna.

Najbliższe tygodnie pokażą, czy dostępność i proces dystrybucji szczepionek poprawi się i czy etap I będzie mógł przebiegać bez dalszych zakłóceń.

NOWE MUTACJE SARS-COV-2

Koronawirus, jak inne wirusy, ma skłonność do mutacji. Jednakże procesy te w jego przypadku są znaczne wolniejsze, niż np. w przypadku wirusa grypy, stąd nadzieja, że obecna szczepionka będzie długo aktualna i nie będzie trzeba jej corocznie powtarzać, jak szczepień przeciw grypie. Chociaż wciąż nie wiadomo, jak długo utrzymywać się będzie ochronne miano przeciwciał.

Nowy wariant koronawirusa, oznaczony jako VUI-202012/01, po raz pierwszy stwierdzony w Wielkiej Brytanii w październiku 2020 r., charakteryzuje się szybszym rozprzestrzenianiem, zakaźnością, ale nie wpływa na ciężkość przebiegu COVID-19. Jest wielce prawdopodobne, że występuje on już w innych rejonach Europy, w tym w Polsce. Stąd zalecenia WHO w zakresie zwiększenia możliwości sekwencjonowania wirusa. Dostępne szczepienia przeciw COVID-19 mają być skuteczne również w przypadku nowego wariantu SARS-CoV-2.

LONG COVID W PRAKTYCE LEKARZA POZ

Wielu pacjentów uznanych za ozdrowieńców z COVID-19 skarży się na wielotygodniowe utrzymywanie się oraz pojawianie się nowych objawów klinicznych.

Najczęściej występuje uczucie zmęczenia, lęk, depresja, suchy kaszel, stany podgorączkowe, zmniejszona tolerancja wysiłku, niespecyficzne bóle w klatce piersiowej, pieczenie i bóle palców.

Szczególną grupą chorych pocovidowych są pacjenci, którzy przebyli ciężkie śródmiąższowe zapalenie płuc z niewydolnością oddechową. W tej grupie regeneracja tkanki płucnej i powrót pełnej wydolności oddechowej jest bardzo powolny, a w niektórych przypadkach nie uda się go uzyskać. Pacjenci ci powinni być objęci pocovidową rehabilitacją oddechową oraz opieką poradni chorób płuc celem okresowych badań czynnościowych układu oddechowego i kontrolnych badań obrazowych. Na chwilę obecną nie ma żadnego skutecznego leczenia wspomagającego, a najważniejszy wydaje się czas i ciągła rehabilitacja.

U pacjentów pozostających pod opieką lekarza POZ, którzy przebyli zakażenie SARS-CoV-2 w sposób bezobjawowy lub skąpoobjawowy i nie wymagali hospitalizacji – przy zgłaszaniu utrzymującego się kaszlu, osłabienia, zmniejszonej tolerancji wysiłku czy nietypowych bólów w klatce piersiowej należy wykonać rtg klatki piersiowej oraz rozważyć wykonanie echa serca, celem wykluczenia zapalenia mięśnia sercowego w przebiegu COVID-19.



Szczepimy się!

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.

KAMIEŃ MIŁOWE W PANDEMII SARS-COV-2:

- ▶ Pierwsze zakażenia odnotowane były w listopadzie 2019 r. w mieście Wuhan w Chinach,
- ▶ 7 stycznia 2020 r. potwierdzono oficjalnie, że zachorowania powoduje nowy wirus z rodziny koronawirusów, nazwany prowizorycznie 2019-nCoV,
- ▶ Styczeń – w Polsce zostały uruchomione linie informacyjne NFZ, MZ, SANEPID,
- ▶ 30.01.2020 r. – WHO ogłasza stan zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym,
- ▶ 11.02.2020 r. – choroba wywołana przez SARS-CoV-2 nazywa się COVID – 19 – Coronavirus disease 2019,
- ▶ 04.03.2020 r. – pierwszy przypadek zakażenia w Polsce,
- ▶ 11.03.2020 r. – WHO ogłasza pandemię SARS-CoV-2,
- ▶ 03.2020 r. – stworzenie w Polsce strategii walki z pandemią opartej o szpitale jednoimienne i szpitale w podwyższonej gotowości – wybór jednostek na poziomie wojewódzkim,
- ▶ 13.03.2020 r. – Polska wprowadza stan zagrożenia epidemicznego,
- ▶ 20.03.2020 r. – Polska wprowadza stan epidemii – zamrożenie gospodarki, zamrożenie szkół – lekcje zdalne, czasowe zamrożenie ludzi w domach – lockdown,
- ▶ 31.03.2020 r. – powstają rekomendacje leczenia SARS-CoV-2 PTEiLChZ,
- ▶ 16.04.2020 r. – wprowadzenie nakazu zakrywania ust i nosa w przestrzeni publicznej,
- ▶ Kwiecień-maj – odmrażanie gospodarki podzielone na etapy: I etap – 20.04; II etap – 04.05; III etap – 18.05; IV etap – 30.05; 06.06 – kluby fitness, siłownie, baseny, wesela,
- ▶ Osocze ozdrowieńców – kwiecień 2020 r.
- ▶ Remdesivir – maj 2020 r. FDA,
- ▶ Remdesivir – czerwiec 2020 r. UE,
- ▶ Odmrażanie Ochrony Zdrowia, stopniowe od końca kwietnia,
- ▶ 09.2020 r. – MZ – strategia walki z pandemią COVID-19 Jesień 2020,
- ▶ 09.2020 r. – włączenie POZ do w strategię walki z pandemią,
- ▶ 09.2020 r. – zmiany dotyczące kwarantanny, izolacji i uznania za ozdowieńca,
- ▶ 10.10.2020 r. – cały kraj objęty żółtą strefą,
- ▶ 10.2020 r. – powstanie szpitali koordynacyjnych,
- ▶ 24.10.2020 r. – cały kraj objęty czerwoną strefą,
- ▶ 11. 2020 r. – szpitale tymczasowe,
- ▶ 11.2020 r. – testy antygenowe,
- ▶ 11.2020 r. – zamknięcie cmentarzy 1.11; kolejne obostrzenia – nauka zdalna, restauracje, kluby fitness, galerie handlowe, hotele,
- ▶ 30.11.2020 r. – program domowej opieki medycznej,
- ▶ 12.2020 r. – otwarcie galerii handlowych,
- ▶ 12.2020 r. – ogłoszenie Narodowego Programu Szczepień p/COVID-19,
- ▶ 27.12.2020 r. – rozpoczęcie szczepień pracowników ochrony zdrowia – etap 0,
- ▶ 28.12.2020 r. – Narodowa Kwarantanna,
- ▶ 18.01.2021 r. – powrót dzieci klas 1-3 do nauczania stacjonarnego w szkołach,
- ▶ 25.01.2021 r. – rozpoczęcie szczepień seniorów >80 roku życia – etap 1.

Szczepienia przeciw COVID-19 w POZ

Bardzo pozytywnie odebrałem decyzję ministra zdrowia o włączeniu podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie POZ do systemu szczepień populacyjnych przeciwko COVID 19. Jest to świetnie zorganizowana struktura z ponad 9200 (dane NFZ) miejscami udzielania świadczeń i wykonywania szczepień z zakresu PSO (program szczepień ochronnych).

I to wszystko, co dobrego można napisać na ten temat. Resztę wzorowo zepsuto!

LISTA PUNKTÓW SZCZEPIEŃ

W punktach szczepień POZ realizowane są na bieżąco szczepienia niemowląt, dzieci i młodzieży oraz dorosłych w zakresie szczepień obowiązkowych i zalecanych. Jeżeli każdy POZ codziennie otrzymałby jedną fiolkę szczepionki (6 dawek), to znaczy, że sam POZ mógłby szczepić ponad 37 tysięcy pacjentów dziennie.

Z niewiadomych powodów MZ zdecydowało się utworzyć listę punktów uprawnionych do realizacji Narodowego Programu Szczepień. W czym szczepienie przeciwko COVID-19 jest bardziej wymagające od szczepień niemowląt preparatami skojarzonymi czy przygotowania indywidualnych planów szczepień?

A jednak! Ministerstwo wprowadziło trudne warunki krytyczne, co zniechęciło wiele placówek do wystania zgłoszeń. Na przykład: minimalna deklarowana liczba wykonywanych szczepień – 180 w tygodniu, złożone warunki lokalowe czy czasowe. Często stanowiło to istotną przeszkodę dla małych placówek lekarzy rodzinnych. Nie wspomnę już o złożonym, wieloetapowym procesie zgłaszania się na taką listę.

Efekt? Część jednostek POZ nie wysłała zgłoszeń. Niewiele zmieniło się po złagodzeniu kryteriów rejestracji.

Ostatecznie mamy na liście kilka tysięcy mniej punktów szczepień!

DYSTRYBUCJA SZCZEPIONEK

Jednym z pytań podczas zgłaszania punktu szczepień było, czy jednostka deklaruje realizację szczepień w soboty. Jakże to ma znaczenie, skoro sposób dystrybucji preparatu Comirnaty wyklucza możliwość wykonywania szczepień w weekendy? Nie dość tego! W wielu przypadkach hurtownie wyjmowały szczepionki z zamrażarek w niedzielę rano, co wykluczało realizację szczepień w piątki.

Wygląda to tak, że Comirnaty ma trafić do przychodni do godziny 13 w poniedziałek. W wielu przypadkach jest już 24 godziny poza zamrażarką. Oznacza to, że na szczepienia pozostają tylko 4 dni.

W dużej liczbie placówek planowano pracę w nadgodzinach i w dni wolne od pracy, aby wykonać jak najwięcej szczepień w krótkim czasie. Celem jest przecież uzyskanie możliwie szybko odporności stadnej – populacyjnej.

Najbardziej byli tym zainteresowani jednak wyłącznie lekarze i pielęgniarki...

EDUKACJA I INFORMACJA

Od początku pandemii słyszymy wiele sprzecznych informacji. Służby państwowe od początku miały problem z liczbą zakażonych i zmar-

łych. Byliśmy świadkami manipulacji kodami przyczyn zgonów. Najbardziej wiarygodne informacje pochodziły od studenta i wolontariuszy opierających się na sprawozdaniach powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Do czasu, aż rządzący zabronili publikowania danych z PSSE. Premier rządu zapewniał nas, że wygraliśmy z epidemią, gdy liczba zachorowań wzrastała. Główny Inspektor Sanitarny radził politykom, aby na emocje związane z koronawirusem „włożyli sobie lód do majtek”.

Doradca prezydenta, profesor Andrzej Zybortowicz, tłumaczył dziś (17.01.2021 r.), że przyczyną 18-procentowego wzrostu liczby zgonów w Polsce w porównaniu z rokiem 2019 jest niewłaściwe odżywianie rodaków.

Czy to może wzbudzać zaufanie do odpowiedzialnych za walkę z pandemią i organizację olbrzymiego przedsięwzięcia, jakim jest przeprowadzenie masowych, populacyjnych szczepień przeciwko COVID 19?! Wszyscy jesteśmy wyczerpani izolacją i zakazami. Potrzebujemy wsparcia i autorytetów, a jednocześnie lekceważymy wyniki badań naukowych. Jesteśmy skłonni ulegać teoriom spiskowym. Paradoks czasów?

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

Biuro Rachunkowe PLUS

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

Zadzwoń: **663 126 762**

biuroplus@biuroplus.net.pl
www.biuroplus.net.pl
Bydgoszcz, ul. Karłowicza 22



Stanowiska Ministerstwa Zdrowia dotyczące tzw. dodatku covidowego

Polecenie ministra zdrowia z 4 września 2020 r. wprowadzające dodatkowe świadczenie pieniężne dla osób wykonujących zawody medyczne uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mających bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem zakażenia lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (tzw. dodatek covidowy) – od samego początku budziło wiele kontrowersji. Wielokrotnie wskazywano na zbyt dużą ogólność postanowień przedmiotowego Polecenia, która doprowadziła do powstania wielu odrębnych (i często sprzecznych) interpretacji oraz w znaczący sposób różnicowała sytuację poszczególnych lekarzy w zależności od podmiotu leczniczego, w którym wykonywali pracę. Pomimo wydania przez ministra zdrowia 1 listopada 2020 r. nowelizacji Polecenia, trudno było uznać, że sytuacja została w pełni wyjaśniona.

radca prawny
JULIA
GAŁĄSKA

MAJĄC NA WZGLĘDZIE opisane powyżej okoliczności, Trójstronny Zespół ds. Ochrony Zdrowia przy Ministerstwie Zdrowia oraz Zarząd Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy zwróciły się do Ministerstwa Zdrowia o zajęcie stanowiska, które pozwoliłoby jednoznacznie rozstrzygnąć liczne wątpliwości interpretacyjne. Pismami z 9 i 18 grudnia 2020 r. Ministerstwo Zdrowia udzieliło odpowiedzi na pytania ww. organizacji. Na szczególną uwagę zasługują dwie podstawowe kwestie.

PO PIERWSZE – wysokość dodatku covidowego wynosi od 1 listopada 2020 r. 100% wynagrodzenia wynikającego z umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej osoby uprawnionej (przy czym nie może być wyższa niż 15 tys. zł). Wielokrotnie pojawiały się wątpliwości interpretacyjne dotyczącego te-

go, co dokładnie wchodzi w zakres tego wynagrodzenia. Ministerstwo Zdrowia jednoznacznie wskazało, iż pojęcie „wynagrodzenia” należy rozumieć jako wynagrodzenie brutto należne danemu lekarzowi z tytułu wykonywania przez niego pracy na dzień udostępniania informacji (czyli zgłoszenia uprawnionych lekarzy do NFZ). Co więcej, w stanowisku podkreślono, iż w zakres tego wynagrodzenia wchodzi nie tylko wynagrodzenie zasadnicze, ale również inne elementy o charakterze stałym, w tym m.in. wynagrodzenie za pełnienie dyżurów medycznych, wynagrodzenie za godziny nadliczbowe, dodatki za pracę w porze nocnej i dni świąteczne. Natomiast przy określaniu wysokości dodatku covidowego nie uwzględnia się świadczeń pieniężnych mających charakter świadczeń emerytalno-rentowych, incydentalnych oraz niemających związku z udzielaniem pacjentom świadczeń zdrowotnych (np. nagrody jubileuszowe). To samo dotyczy również wynagrodzenia za urlop czy wypłacanych zasiłków chorobowych. Tym samym za nieprawidłowe należy uznać przyjęte w niektórych podmiotach leczniczych praktyki polegające na wyliczaniu dodatku covidowego jedynie w oparciu o wynagrodzenie zasadnicze.

PO DRUGIE, Ministerstwo Zdrowia zaznaczyło, iż Polecenie wydane dla Prezesa NFZ w żaden sposób nie uzależnia wysokości dodatku covidowego od liczby świadczeń udzielonych w danym miesiącu w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem zakażenia lub zakażeniem SARS-CoV-2 oraz od wymiaru czasu, który dany lekarz poświęca na udzielanie tych świadczeń w danym okresie. Nie ma przy tym znaczenia, czy świadczenia te udzielane są w sposób ciągły czy nie, ważnym jest jedynie, aby nie miały charakteru incydentalnego. W tym kontekście Ministerstwo wskazało, iż jedyną przesłanką uprawniającą do obniżenia wysokości świadczenia covidowego jest świadczenie pracy przez niepełny miesiąc (dotyczy to głównie lekarzy, którzy nie pracują na pełny etat). W takim przypadku dodatek covidowy powinien podlegać proporcjonalnemu obniżeniu. Na uwagę zasługuje również fakt, iż NFZ nie wymaga ewidencjonowania czasu pracy konkretnego lekarza przy pacjentach COVID-19. Oznacza to, iż wszelkie praktyki polegające na uzależnianiu wysokości świadczenia covidowego od składania przez lekarzy raportów godzinowych czy minutowych udzielania świadczeń pacjentom z podejrzeniem lub zakażeniem – również są nieprawidłowe.

PRZEDSTAWIONE POWYŻEJ STANOWISKA Ministerstwa Zdrowia z pewnością mają na celu ujednoczenie interpretacji postanowień Polecenia, co jednocześnie może ułatwić lekarzom realizację przysługujących im uprawnień. Warto jednak podkreślić, iż kluczową rolę w całym procesie odgrywają kierownicy podmiotów leczniczych, którzy nie tylko zajmują się kwestią zgłaszania poszczególnych lekarzy do dodatkowego świadczenia, ale jednocześnie odpowiadają za zgodność przekazywanych informacji ze stanem faktycznym i ostateczną dyspozycję środków po ich przekazaniu przez NFZ.



Od konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie seksuologii

Ad vocem artykułu

W związku z dyskusją, która się toczy w naszym społeczeństwie

Wojciecha Kosmowskiego (Primum 353/354)



” Prawda jeszcze nikomu nie zaszkodziła.

Marek Aureliusz, *Rozmyślania*

BARTŁOMIEJ WOLSKI

CO DO TERMINOLOGII I METODOLOGII

Dziękuję dr. Wojciechowi Kosmowskiemu za ciekawy głos w dyskusji. Niewątpliwie chcąc trzymać się puryzmu językowego, właściwego dla definicji naukowych stanowiących podstawę aparatu pojęciowego w psychiatrii – ma Pan całkowitą słuszność. Celnie zwrócił Pan uwagę na to, że w obiegowej opinii słowo homofobia jest używane niezgodnie z definicją medyczną, którą postępują się lekarze w odniesieniu do pacjentów z zaburzeniami psychicznymi z grupy fobii. Podobnie jest z używaniem określenia „kretyn” albo „matoł” przez wiele osób nie zdających sobie, jak sądzą, sprawy, że jest to termin oznaczający niedorozwój umysłowy ciężkiego stopnia powstały w wyniku wrodzonej pierwotnej niedoczynności tarczycy.

Niemniej jednak wierzę, że sens mojej wypowiedzi został odczytany przez czytelników zgodnie z moim zamiarem. Dotyczył bowiem zjawiska społecznego, którego wszyscy jesteśmy świadkami, tj. nieadekwatnej do rzeczywistości wrogiej reakcji na inną tożsamość seksualną, tłumaczonej i uwiarygadnianej dodatkowo wymagowanymi, pozbawionymi podstaw naukowych przekonaniami i wyobrażeniami na jej temat. Będąc adwokatem diabła, za dr. Andrzejem Margasińskim uważam za zasadne stosowanie w takiej sytuacji terminu „homouprzedzenia” jako wyrażającego postawy dyskryminacyjne, a termin homofobia warto zarezerwować wyłącznie dla zaburzeń psychicznych, których objawem osiowym jest lęk. Jeszcze bardziej przemawia do mnie określenie trzeciej postawy wobec homoseksualizmu – homosceptycyzmu. Cechuje on osoby, które nie akceptują zachowań homoseksualnych, ale w relacjach osobistych i społecznych są tolerancyjne, nie podejmują działań dyskryminacyjnych, wrogich, są neutralne. Być może takie uporządkowanie terminologii pozwoli na obniżenie temperatury sporów społecznych.

Z uwagi na to, że seksuologia to stosunkowo młoda dziedzina medycyny, to jej metodologia również podlegała dynamicznym modyfikacjom. Pragnę podkreślić, że badania Kinseya, chociaż obarczone błędami pioniera, jako pierwsze próbowały opisać problem różnorodności seksualnej społeczeństwa i w sensie globalnym wnioski wynikające z zebranych danych nie odbiegają od analogicznych badań przeprowadzonych później (1). Paul Gebhard, jeden ze współautorów „Sexual Behavior in the Human Fe-

male” i następca Kinseya jako dyrektor Kinsey Institute for Sex Research, sam – reagując na krytykę skierowaną przeciwko obu raportom – spędził lata, oddzielając dane od rzekomych „zanieczyszczeń” – wydzielenie całego materiału dotyczącego populacji więziennej z podstawowej próby. W 1979 r. opublikował nowy, trzeci raport Kinseya (The Kinsey Data) – ku zaskoczeniu żadne z pierwotnych szacunków Kinseya nie zostało znacząco zmienione (2). Liczbę mężczyzn, którzy mieli co najmniej jedno doświadczenie homoseksualne, która wg Kinseya wynosiła 37% – Gebhard ocenił na 36,4%, natomiast liczbę białych mężczyzn, którzy byli „mniej lub bardziej homoseksualni przez co najmniej trzy lata w wieku od 16 do 55 lat”, z wyłączeniem więźniów – oszacował na 9,9% (Kinsey na 10%).

WSZYSTKO DA SIĘ WDRUKOWAĆ?

Chciałbym stanowczo zaprotestować jako seksuolog przeciwko stwierdzeniu, że „gdy pokieruje się wychowaniem, mediami, to można bardzo łatwo wdrukować praktycznie dowolne poglądy”. To argument obosieczny, bo znaczyłyby to, że zarówno jesteśmy w stanie „stworzyć” jednostkę homouprzedzoną, jak i homoentuzjastę. Czy takie stwierdzenie zbyt autorytatywnie nie umieszcza jednak potencjału ludzkiej inteligencji w sadzawce bezwładności? Mimo wszystko ze spokojem wpatruję się w różnorodność ludzkiej natury i wierzę w jej mądrość. Osobiście nie przeszkadza mi fałszujący „Maestro”, bo przecież nikt nie zmusi mnie w sobotni poranek do słuchania jego wersji arii Almireny Lascia Ch'io pianga z opery Rinaldo Georga Haendla, skoro mogę zachwycić się jej pięknem w wykonaniu Cecilii Bartoli... *De gustibus non est disputandum*. Pozwólmy każdemu indywidualnie „płakać nad swym okrutnym losem” – Lascia ch'io pianga mia cruda sorte.

KTO MA GORZEJ?

Chciałbym poznać źródło informacji będącej podstawą stwierdzenia, że w Polsce z aktami nienawiści spotykają się przede wszystkim katolicy – czy to jednak nie jest nadużycie? Jak wynika z danych statystycznych, negatywne postawy w stosunku do katolików w Polsce wykazuje około 4% badanych (3). Czy podstawą tych aktów jest sama przynależność do społeczności katolickiej, czy może próba wywierania nacisków ideologicznych na pozostałą część społeczeństwa – tego już nie doprecyzowano. Ponadto nie rozumiem łączenia kwestii tożsamości seksualnej z wyznaniem. Wśród grupy LGBT niemała część także deklaruje wyznanie katolickie, chociaż nie ma na ten temat akurat danych polskich. W tym też kontekście wątpliwe jest przywoływanie zapisu Kodeksu Etyki Lekarskiej, chyba, że ma się on odnosić do kwestii wypeł-

niania obowiązków zawodowych z jednakowym poszanowaniem zarówno wobec homoseksualisty/homouprzedzonego, jak i homoutuzjasty jako pacjenta.

NEBINARNOŚĆ – NIE TAKA NOWA

Trudno mi się podpisać pod stwierdzeniem, że dopiero XX w. przyniósł inne spojrzenie na zagadnienie binarności płci i jest to swojego rodzaju „nowość” budząca sceptycyzm. Chociaż słowo „niebinarny” zostało wyróżnione przez słownik Collins w 2019 r., nie oznacza to, że samo zjawisko zostało dostrzeżone dopiero niedawno.

Nie zapominajmy, że poza płcią chromosomalną kobiecą i męską – istnieją jeszcze liczne inne chromosomalne możliwości w przypadku interplciowości. Jak wspomnieliśmy pan doktor, płeć ma przynajmniej kilkanaście wymiarów, a pomiędzy tymi wymiarami nie musi być zgodności. Pomimo że we współcześnie pojmowanej kulturze zachodniej dominują dwa odmienne rodzaje płci: męska i kobieca, nie we wszystkich społecznościach świata tak jest. Niebinarność istnieje już od dawna.

Wspomnę jedynie o tak zwanej trzeciej płci, mającej swoje stałe kulturowo miejsce w Afryce Środkowej, obu Amerykach, Azji oraz Oceanii. W Indiach, Bangladeszu i Pakistanie pełnoprawna grupa społeczna zwana Hijra, składająca się z osób przypisanych do płci męskiej przy narodzinach, identyfikuje się poza dwiema binarnymi płciami, a ich wygląd wpisuje się w stereotypowo kobiecy. W Ameryce Północnej istnieją osoby wywodzące się spośród rdzennych Amerykanek i Amerykanów – nazywające siebie Two-Spirit. Niektóre plemiona rozpoznają nawet cztery płcie, inne posiadają własne nazwy na osoby dokonujące tranzykcji. W Beninie osoby uznawane przy narodzinach za kobiety, przejawiające cechy kulturowo przypisywane mężczyznom były nazywane Mino, walczyły w wojnach na równi z mężczyznami, nie miały dzieci i nie wchodziły w związki z mężczyznami.

W wielu rdzennych kulturach niebinarność była społecznie uznawana i afirmowana. Przed kolonizacją Hawajów, funkcjonowało tam wielopłciowe społeczeństwo zwane Mahu. Tworzyły je osoby obu płci nadawanych przy narodzinach, które funkcjonowały jednak poza binarnością i cechowały się androgynicznością. Niestety kolonizacja wprowadziła penalizację i dyskryminację osób funkcjonujących poza męskością i kobiecością.

Nie podejmuję się oceny merytorycznej dokumentów wydanych przez różne gremia naukowe dotyczących omawianego zagadnienia, bowiem nie mam takich kompetencji i uprawnień, aby jej krytykować, niemniej jednak cieszę się, że nastąpiła jakakolwiek reakcja, co świadczy o tym, że problem nie pozostaje obojętny przedstawicielom nauki.

Informacje dotyczące liczebności osób nieheteronormatywnych w Polsce są dostępne w opracowaniu berlińskiego Instytutu Dalia z 2016 r (4). Polecam także gorąco obszerny raport pt. „Seksalność Polaków” autorstwa prof. Zbigniewa Izdebskiego z 2012 r.

1. <https://kinseyinstitute.org/research/publications/historical-report-diversity-of-sexual-orientation.php>

2. *The Kinsey Data: Marginal Tabulations of the 1938-1963 Interviews Conducted by the Institute for Sex Research*

3. <https://www.statista.com/statistics/1077790/poland-attitude-towards-various-religions/>

4. <https://www.statista.com/chart/6466/europes-lgbt-population-mapped/>

O autorze: dr n. med. Bartłomiej Wolski jest konsultantem wojewódzkim w dziedzinie seksuologii. Specjalistą w dziedzinie położnictwa 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.



Szanowni Państwo! Serdecznie dziękujemy za wszelką korespondencję, która dociera do redakcji „Primum”, za wszystkie głosy dotyczące tematów poruszanych przez nas. Państwa wypowiedzi sukcesywnie publikujemy na naszych łamach. Mamy jednak jeden warunek – teksty muszą być podpisane! Jeżeli takie jest życzenie autora, dane nie będą udostępnione publicznie. Mogą pozostać tylko do wiadomości redakcji (obowiązują nas tajemnica dziennikarska!), ale anonimów nie publikujemy!

redakcja Primum

Pragnę wyrazić aprobatę...



...na temat poruszania kwestii LGBT w „Primum”.

Moim zdaniem jako elita swoimi postawami powinniśmy być wzorem tolerancji dla otaczających nas ludzi, zwłaszcza z odmiennymi orientacjami seksualnymi. Proszę więcej takich artykułów.

Pozdrawiam serdecznie
Anna Młodzińska – członkini BIL I MLR

Chciałabym wyrazić swoje uznanie...



...za artykuł, który pojawił się w „Primum” pod tytułem „Nocny koszmar heteronormatywnego homoseksualisty”. Jest to bardzo trafiony i niezwykle potrzebny głos w dyskusji na temat praw osób homoseksualnych i tego, jak się czują w polskiej rzeczywistości. Wielu lekarzom brakuje tolerancji, a także niestety wrażliwości i ogłady w poruszaniu kwestii orientacji seksualnej z naszymi pacjentami. Chylę czoła przed autorem artykułu, ponieważ nie jest łatwo napisać tekst o kwestii z pozoru ideologicznej w sposób merytoryczny i rzetelny, bez epatowania tragicznością (choć jak wszyscy wiemy sytuacja osób nieheteronormatywnych w Polsce jest właśnie taka, tragiczna). Dzięki takim artykułom i inicjatywom zblizamy się o krok w stronę lepszego jutra dla osób LGBTQ+.

Pozdrawiam serdecznie,
Marta Kurdzielewicz-Roszkowska – rezydentka IV roku medycyny rodzinnej

Wspomnienie o...

doktorze *Andrzeju Purzyckim*

(18.01.1939–4.10.2020)

In memoriam!

Ważna, przynajmniej dla mnie, Osoba zadała mi pytanie, czy nie skreśliłbym kilku słów o zmarłym doktorze Andrzeju Purzyckim. Odpowiedziałem pytaniem, że chyba chętnych do napisania jest wielu. Okazuje się, że chętnych chyba nie ma! Bo niestety w życiu jest tak, jak mówi nam o nim prorok Izajasz:



*Wszelkie ciało to jakby trawa,
a cały wdzięk jego jest niby kwiat polny.
Trawa usycha, więdnie kwiat,
gdy na nie wiatr Pana powieje.*

Smutna konstatacja, ale Andrzej nie zasługuje na zapomnienie, pomimo że wiatr Pana już go porwał.

Tu niestety pojawia się pewna trudność, bo nie jestem w stanie oddać wszystkich zalet Jego Osoby, gdyż nasza znajomość ledwie przekroczyła próg dziesięciolecia. Dlatego też pisząc o Nim, mogliśmy tylko krótko opisać to, w czym obaj uczestniczyliśmy.

A zaczęło się prawie konspiracyjnie, kiedy to rozeszła się wieść, że mogą być reaktywowane izby lekarskie. Andrzej w tym czasie pełnił dyżury w nieistniejącym obecnie oddziale laryngologii Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy. Tam to właśnie kilka osób, w tym Andrzej i moja osoba, opracowywało zasady tworzenia i działania Samorządu na terenie naszego województwa. Ten okres nie był najłatwiejszy, ale zaowocował wreszcie powstaniem naszej Izby. Jej dalszy rozwój i krzepnięcie w trudach początku istnienia w dużej mierze zawdzięczamy Andrzejowi i Jego doskonałej znajomości prawa i spraw legislacyjnych. Przez pierwsze dwie kadencje istnienia naszego Samorządu, kiedy to był wiceprezesem Rady Okręgowej, Jego praca była nieoceniona!

Potem Jego, jak i moja przygoda z pracą w Samorządzie zakończyła się i spotkaliśmy się na gruncie Kasy Chorych, która też powstawała od podstaw i która wieloletniej Jego w niej pracy wiele zawdzięcza. Moja tam praca trwała krótko, a o Andrzeju, jako o moim bezpośrednim przełożonym, mogę wyrażać się tylko z uznaniem. Jego pomoc, której mi udzielił po moim wypadku, była dla mnie dowodem szczerzej przyjaźni. Jestem mu za to serdecznie wdzięczny.

Potem były już tylko rozmowy telefoniczne aż do ostatniego telefonu, kiedy to spokojnie powiadomił mnie o swojej chorobie. Odpowiedziałem Mu – Walcz! Ale, niestety, walkę tę przegrał!

Andrzej Martynowski

*Z wielkim smutkiem pożegnaliśmy
Naszą Koleżankę,
lekarza pediatrę*

Krystynę Kopę

**Dyrektora Centrum Zdrowia „Błonie”,
Prezesa Fundacji „Zdrowie Dla Ciebie”**

*Rodzinie i bliskim zmarłej,
wyraży współczucia,
w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej
Bydgoskiej Izby Lekarskiej,
składa*

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

*Z głębokim żalem
przyjeliśmy wiadomość o śmierci*

śp. Bohdana Czerwińskiego

**Wieloletniego Ordynatora Oddziału Chirurgicznego
w Szpitalu Powiatowym w Tucholi.**

*Rodzinie i Bliskim Zmarłego
składamy wyrazy szczerego współczucia*

*Zarząd, Pracownicy i Współpracownicy
Szpitala Tucholskiego*

*Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci naszego Kolegi,
lekarza dentystry*

Romana Samków

(18.03.1940–7.01.2021)

Wyraży współczucia Rodzinie i Bliskim

*w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej
składa
dr n. med. Marek Bronisz
Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej*



JAK ZAPAMIĘTYWAĆ NIETYPOWE WYRAŻENIA?

Pomoże nam krótka historyjka...

A young lady wanted to spoil herself a bit and went to the jeweller's. Being an attractive **chick**, with a skin as smooth **as a baby's bottom**, she immediately **caught an eye of** the jeweller, who carefully inspected her **with a naked eye**. Having approached her, the man offered to **give her a hand**, which she, having noticed his **big, beer belly**, rejected **without a blink**.

A chick – to m.in. określenie młodej, atrakcyjnej kobiety. Jakże łatwo skojarzyć sobie z małym, rozkosznym kurczaczkiem (drugie znaczenie tego słowa) i wyobrazić sobie, jak do jubilera wchodzi kurczaczek...

To be as smooth as a baby's bottom – wyobrażenie sobie jak gładka jest pupa niemowlęcia (albo widok owej pupy w miejscu ... to pozostawiam Państwu wyobraźni) od razu zapada w pamięć 😊

To catch an eye – przyciągnąć czyjąś uwagę oraz **to give sb a hand** – pomóc komuś (wyobraźcie Państwo sobie, jak łapiecie czyjeś oko, a przy okazji, jak ktoś podaje wam swoją dłoń – może brzmieć to nieco drastycznie, ale na pewno skutecznie zostanie zapamiętane).

A beer belly – oznacza generalnie wielki brzuchol, w tym wydaniu dla wielu pań wyjątkowo nieatrakcyjną część męskiego ciała (również uruchamia wyobraźnię, np. brzuch polany piwem).

To see/inspect sth **with a naked eye** – gołym okiem (tu skojarzenia pozostawiam Państwu wyobraźni).

Without a blink – bez wahania, nie zastanawiając się 2 razy (dosłownie, nie mrugnąwszy).

Druga część opowieści już za miesiąc. Zachęcam wszystkich do regularnego „odkurzania” języka, bowiem organ nieużywany podobno z czasem zanika.

Z uśmiechem, pozdrowieniami i postanowieniem noworocznym o systematyczności w nauce (choćby przez oglądanie seriali w oryginale, o czytaniu artykułów anglojęzycznych nie wspomnę) kończę te zajęcia.

Anita Żytowicz

Kontakt ze Szkołą: 607 955 441,
601 942 720

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Bądźmy ludźmi, choćby tak długo, póki nauka nie odkryje, że jesteśmy czym innym.

Stanisław Jerzy Lec



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

No właśnie! Motto dzisiejszego artykułu skłania mnie do próby udzielenia sobie odpowiedzi na pytanie: człowiek – właściwie kto to jest? Odpowiedź na to pytanie jest niezmiernie trudna, bo wiele sławnych osób czasami w dziwny i kontrowersyjny sposób udzielało odpowiedzi na to pytanie. Taki np. André Gide twierdził, że *człowiek jest jedyną istotą w przyrodzie zdolną do bezinteresownego świństwa*.

Po głębokim zastanowieniu stwierdzam, że w cytowanym zdaniu jest, niestety, dużo prawdy, zwłaszcza, gdy przyjrzymy się czasom, w których żyjemy.

Inny twórca – Maksym Gorki (nigdy nie wiem, czy to jeszcze pisarz rosyjski czy już sowiecki) powiedział: *człowiek – to brzmi dumnie*. Żeby było zabawniej, to niektórzy twierdzą, że cytował tu niejakiego Stalina.

Czy brzmi dumnie? Nie wiem, czy kiedy Poncjusz Piłat – pokazując zmaltretowanego Chrystusa wściekłemu tłumowi – wypowiadał słowa *Ecce homo*, zdawał sobie sprawę z tego, co mówi? A przecież słowa te zapadły głęboko w naszą pamięć i były inspiracją powstania wielkich dzieł sztuki. Obraz tak nazwany jak słowa Piłata to wspaniałe dzieło Caravaggia, a także Adama Chmielowskiego – św. Brata Alberta.

Tym niemniej Joseph Conrad uważa, że *człowiek jest zdumiewający, ale arcydziełem nie jest*. Tu, niestety, w całej rozciągłości z tym pisarzem (też nie wiem, czy już Anglik czy jeszcze Polak) muszę się zgodzić! Bo nie wiem, jak Wy, Mili czytający te słowa, ale ja to na pewno arcydziełem nie jestem, aczkolwiek sam czasami uważam, że jestem jednak zdumiewający!

A to może dlatego, że *człowiekiem jestem; nic, co ludzkie, nie jest mi obce*. Słowa te wypowiedział w II wieku przed Chrystusem komediopisarz rzymski Terencjusz, a w tym czasie Rzym był jeszcze ostoją demokracji!

Tego w tym nowym roku Wam i sobie życzę, aby osoby z tzw. Świecznika przyjęły te słowa, przemyślały i zastosowały w swych codziennych czynnościach.

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

Praca lekarza w czasie pandemii



Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie organizuje **konkurs fotograficzny** dla lekarzy i lekarzy dentyków pt. „Praca lekarza w czasie pandemii”. Konkurs ma zasięg ogólnopolski. Zdjęcia prosimy nadsyłać do 31 marca 2021 r na adres: komisjakultury@oilwaw.org.pl

Rozstrzygnięcie konkursu do 31 maja 2021 r. Uczestnik konkursu może zgłosić maksymalnie jedno zdjęcie. Laureaci konkursu otrzymają nagrody za zajęcie 1, 2 i 3 miejsca.

SPRZEDAM wyposażenie gabinetu stomatologicznego

z powodu zakończenia działalności gospodarczej.

Kontakt tel. **602 177 303**

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

Telefon **602 753 233**

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: poczta_big@wp.pl • ☎ **508 303 873 • 52 3070576**
www.bigbiuro.pl • Bydgoszcz, ul. Towarowa 36 bud. C lok. 14

Ogłoszenia – PRACA

■ Dyrektor Przychodni Lekarskiej „Hipokrates” sp. z o.o. przy ul. Dekerta 1 w Toruniu zatrudni: **lekarza ze specjalizacją w zakresie medycyny rodzinnej** w oparciu o umowę cywilno-prawną lub umowę o pracę z możliwością objęcia stanowiska kierownika. Warunki pracy i wynagrodzenia do omówienia z dyrektorem. Tel. 56 6603222, e-mail: info@hipokrates.torun.pl

■ Szpital Specjalistyczny w Chojnicach **PILNIE zatrudni lekarzy do pracy w oddziale chirurgii ogólnej**. Specjalistów, w trakcie specjalizacji lub chcących rozpocząć specjalizację. Umowa o pracę/umowa cywilno-prawna (do uzgodnienia). Poszukujemy również lekarzy, którzy podejmą się pracy na dyżurach „towarzyszących” w oddziale chirurgicznym pełniąc jednocześnie dyżur w zespole operacyjnym. Stawka w przypadku umowy cywilno-prawnej 120 zł/h. Kontakt z zastępcą dyrektora ds. medycznych: 510 926 045.

■ Placówka Medyczna Medycy-Chełmża zaprasza do współpracy lekarzy: **reumatologów, neurologów, kardiologów, dermatologów, psychiatrów, endokrynologów, ortopedów, urologów**. Praca kilka razy w miesiącu – do uzgodnienia. Proponujemy stawkę godzinową w wysokości 150–300 zł. Zapewniamy pracę w bezpiecznych warunkach, z ograniczeniem liczby osób przebywających w placówce. Tel. 531 088 077 lub Magdalena@medycy-chelmza.pl

■ Poliklinika 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy zatrudni **lekarza do POZ oraz specjalistę (lub w trakcie specjalizacji) chorób płuc** do pracy w gabinecie specjalistycznym. Praca w nowo wybudowanym budynku na umowę cywilnoprawną. Telefon kontaktowy: 261 415 600 lub 603678372.

■ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wielospecjalistyczna Przychodnia „Bartodzieje” sp. z o.o. w Bydgoszczy zatrudni od zaraz **lekarza do pracy w POZ oraz lekarza pediatrę / kierownika poradni oraz okulistę i radiologa** (lekarz POZ i pediatra mile widziany pełen wymiar czasu pracy). Forma zatrudnienia i warunki płacy do uzgodnienia. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt: tel. 52 3758605, e-mail: biurobartodzieje@scs.com.pl

■ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie zatrudni na atrakcyjnych warunkach **lekarza w ramach POZ, lekarza okulistę** lub lekarza, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie okulistyki w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, **lekarza psychiatrę** w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Warunki finansowe i forma zatrudnienia do uzgodnienia z dyrektorem SPZOZ. Osoby zainteresowane ofertą proszone są o kontakt: tel. 52 3822353, e-mail: spzokoronowo@o2.pl

■ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie zatrudni na atrakcyjnych warunkach **lekarza w ramach POZ** (preferowane godziny popołudniowe), **lekarza w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, lekarza okulistę** lub lekarza, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie okulistyki w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Warunki finansowe i forma zatrudnienia do uzgodnienia z dyrektorem SPZOZ. Zapewniamy mieszkanie służbowe. Osoby zainteresowane ofertą proszone są o kontakt: tel. 52 3822353, e-mail: spzokoronowo@o2.pl

■ Pałuckie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Żniniu ogłasza **rekrutację na wolne stanowisko pracy lekarza koordynatora szpitalnego oddziału ratunkowego**. Wymagania niezbędne: prawo wykonywania zawodu i specjalizacja z zakresu ratownictwa medycznego. Wymagania dodatkowe: umiejętność pracy w zespole, odpowiedzialność, operatywność, sumienność, dokładność, umiejętności zachowania tajemnicy. Wymagane dokumenty: podanie o pracę, Cv, kserokopia dyplomu, specjalizacji, prawa wykonywania zawodu, kserokopie certyfikatów, dyplomów i zaświadczeń o ukończonych kursach i szkoleniach potwierdzających umiejętności kandydata oraz zgoda na przetwarzanie danych osobowych. Dokumenty należy składać od dnia ogłoszenia do 22.01.2021 r. w godzinach od 8:00 do 14:00 w sekretariacie szpitala. Skontaktujemy się tylko z wybranymi kandydatami – oferty osób, które nie zostały wybrane zostaną zniszczone.

■ Centrum Reumatologii i Rehabilitacji sp. z o.o. z siedzibą w Bydgoszczy przy ul. Markwarta 8 zatrudni **lekarza ze specjalizacją lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu** do pracy w poradni urazowo-ortopedycznej (kontrakt z NFZ), godziny pracy do uzgodnienia. Telefon 604 060 949.



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

✉ terapieinnovacyjne@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





T H E

7

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Toruńska 272A, Bydgoszcz, tel.: +48 52 339 51 10

ul. Olimpijska 8, Toruń, tel.: +48 56 645 21 70

ul. Wyszogrodzka 134, Płock, tel.: +48 24 268 24 08

www.bmw-dynamicmotors.pl

BMW 740Li: zużycie paliwa w trybie mieszanym: 8,0–9,0 l/100 km.
Emisja CO₂ 183–206 g/km. Szczegóły na www.bmw.pl