

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

primum

ISSN 2353-6055

nr 3 (356) / marzec 2021



**COVID-19:
Bez serca dla naszych serc**



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)

Szanowni Państwo, ponieważ pandemia nachalnie wtargnęła we wszystkie praktycznie obszary naszego życia, obserwacja jej wpływu na naszą codzienność stanowi niewyczerpane źródło refleksji. Zwykle narzekamy na brak czasu, chociaż trudno określić, co sformułowanie „czas” oznacza. Jednak połączenie nadmiaru czasu i możliwości surfowania w sieci to zabawa tyleż fascynująca, co niebezpieczna...

Cudowne terapie – nie tylko na choroby wirusowe, ale wszelkie dolegliwości – wycierają z każdego zakamarka sieci, „eksperci” radzą, jak pokonać najgroźniejsze problemy i wyjść obronną ręką z beznadziejnych sytuacji życiowych. Grozą wieje z wielu wypowiedzi demaskujących światowe spiski wielkich tego świata, którzy – pragnąc zawładnąć naszym losem – pod pozorem pandemii dokonują światowego eksperymentu medycznego, społecznego i ekonomicznego, którego celem jest całkowite podporządkowanie nas – zwykłych ludzi wizji nowego, światowego ładu. Po chwili takiej nadmiarowej podróży w czasie i przestrzeni poważnie zastanawiamy się, czy oprócz suplementacji witaminą D powinniśmy przyjmować witaminę C, witaminy A, B complex, 2 x C 1000, D3 4000 IU, E, K2 MK7, kwercetynę, cynk i selen, a może jeszcze glutation, bądź lek na pasożyty, bynajmniej nie mając parazytozy. Proszę uwierzyć, że sporo ludzi uczyni to z przekonaniem.



Nie chodzi mi zresztą o rozstrzygnięcie, kto ma rację, ale o uświadomienie prozaicznego faktu, że nasz postęp cywilizacyjny być może zaprowadził nas – Homo sapiens w ślepy zaułek. Chaos informacji bez weryfikacji powoduje, że rację ma ten, kto głośniejszy krzyczy i jest lepiej widzialny, co w praktyce daje pole socjotechnikom i zwykłej szarlatanerii. Chociaż, pewnie jak większość z Państwa, staram się zachować dystans i krytyczny stosunek do tych wszystkich rewelacji, nie tylko medycznych – widać w toczących się dyskusjach wiele ignorancji, ale również konfrontację postaw: dyscypliny i podporządkowania jednostki zbiorowości oraz przeciwnych temu wielbicieli rebelii i kwestionowania wszelkich autorytetów. Jak ma wyglądać społeczeństwo? Uporządkowane, cyfrowo zakodowane, poddane daleko idącej inwigilacji w imię wspólnego dobra, czy też wolne od możliwie największej ilości ograniczeń dla dobra jednostki i jej rozwoju? W uproszczeniu – Chińczycy kontra reszta świata.

Pozostawiam Państwa z tym dylematem, a na koniec, żeby nie nadużywać cennego czasu, ostrzeżenie i gorąca prośba. W ślad za sygnałami, które dochodzą do mnie z izby pomorskiej, a także od członków naszego samorządu, proszę wszystkie szanowne Koleżanki i Kolegów o daleko idącą ostrożność w przyjmowaniu tzw. Lauru Pacjentów – „nagrody” w plebiscycie, do którego pewnie się nie zgłaszaliście. Wyjaśniam pułapkę. Dzwoni telefon i oto dowiadujemy się, że zostaliśmy zdobywcą Lauru Pacjentów, czyli nasi podopieczni dostrzegli zaangażowanie, nasz profesjonalizm i uhonorowali nas zaszczytnym laurem. Jeżeli poddamy się nieopatrznie euforii i go przyjmujemy, to będziemy musieli za niego zapłacić, a później mogą jeszcze z tego wyniknąć dodatkowe koszty... Całe przedsięwzięcie ma na celu raczej wykorzystanie naszej naiwności i braku – nomen omen czasu, aniżeli docenienie poświęcenia zawodowego.

Prośba, z którą ośmielam się do Państwa zwrócić, dotyczy wsparcia naszej koleżanki, która – doświadczona poważną chorobą onkologiczną – zмага się z nią dzielnie, a pragnąc powrócić do względnie normalnego życia osobistego i zawodowego, potrzebuje wsparcia w zakupie protezy kończyny dolnej. Ponieważ zbliża się czas rocznych rozliczeń finansowych – bardzo serdecznie proszę wszystkich o przekazanie 1% swojej należności podatkowej na ten cel. Poniżej informacje dotyczące możliwości wsparcia finansowego.

Z pozdrowieniami dla Wszystkich

Dr n. med. Marek Bronisz



Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej

W NUMERZE:

INFORMUJEMY	2, 3, 11, 24
ROZMOWA Z...	
...dr. n. med. Markiem Broniszem: Pacjentów nam przybędzie	4
PO COVID-19	6, 8
Z PUNKTU WIDZENIA KONSULTANTA W DZIEDZINIE CHORÓB ZAKAŹNYCH	10
POZ BEZ TAJEMNIC	13
LIST OTWARTY	
Jedyną rzeczą potrzebną złu do zwycięstwa jest bierność dobrych ludzi	14
AD VOCEM...	15
OD KONSULTANTA WOJEWÓDZKIEGO W DZIEDZINIE SEKSUOLOGII	16
O TYM, ŻE RYDYGIER NIE MIAŁ RACJI Kobieta – lekarz!	18
Z HISTORII MEDYCYNY Trudne początki bydgoskiej anestezjologii	20
WSPOMNIENIE O...	
...Doktorze Kazimierzu Kowalczyku	22
FELIETON I PIGUŁKA	23

Przeznacz swój 1% – KRS 0000396361 z dopiskiem cel szczegółowy 1% 0102749 Anna

43-letnia lekarka za pośrednictwem siepomaga.pl zbiera pieniądze na zakup specjalistycznej protezy nogi. Na razie zebrała 157 670,50 zł, potrzebuje około 250 tys.!

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

primum


RADA PROGRAMOWA:
prof. Aleksander Araszkiewicz,
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 Narolska-Wierczińska,
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

Marszałek remontuje swoje szpitale

Zmiany niedługo będzie można zobaczyć w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii, Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku, Szpitalu Zespolonym w Toruniu oraz w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu.

Centrum Pulmonologii rozbuduje pawilon przeznaczony m.in. dla oddziału leczenia niewydolności oddechowej z zaburzeniami snu i oddziału rehabilitacji oddechowej. Inwestycja warta 25 milionów złotych obejmie m.in. nadbudowę obiektu o jedną kondygnację, dobudowanie podjazdu z rampą dla karettek i szybu windy, a także modernizację sieci wodociągowej i kanalizacyjnej, instalację paneli fotowoltaicznych i pomp ciepła.

To nie koniec zmian w tej placówce. Rozstrzygnięto też przetargi na opracowanie dokumentacji technicznej kolejnych projektów – nowoczesnego, spełniającego standardy budownictwa pasywnego pawilonu dla oddziału leczenia gruźlicy, z obszernymi tarasami i ogrodem zimowym, oraz inwestycji przy ul. Meysnera na potrzeby centrum rehabilitacji i edukacji zdrowotnej (oddział opieki paliatywnej, zakład opiekuńczo-leczniczy, oddział rehabilitacji i dom seniora).

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu właśnie kończy gruntowną modernizację swoich obiektów i oczekuje na dostawę nowoczesnych łóżek szpitalnych.

Inwestorem wszystkich projektów jest działająca w imieniu samorządu województwa spółka celowa Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne (KPIM).
a.b.



Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii



Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu

CO z pierwszym w Polsce certyfikatem EARL PET/CT

Certyfikat akredytacyjny EARL PET/CT przyznany bydgoskiemu Centrum Onkologii potwierdza wysoką jakość techniczną wykonywanych w ośrodku badań PET oraz pełną zgodność wyników ze stanem rzeczywistym pacjenta. Szpital uzyskał go po przejściu szczegółowych procedur kwalifikacyjnych, zmieniających i doprecyzowujących ustawienia urządzeń wykonujących badania PET/CT.



Certyfikat został przyznany Centrum w ramach inicjatywy Research4life Europejskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej.

Badanie PET (ang. *positron emission tomography*) polega na rejestracji promieniowania powstałego w efekcie emisji pozytonów przez preparaty medyczne znakowane izotopami – radiofarmaceutyki. Stosuje się je między innymi u pacjentów, u których zdiagnozowano nowotwór złośliwy, a za pomocą innych metod diagnostycznych nie można stwierdzić, gdzie znajduje się pierwotne ognisko choroby, oraz wtedy, kiedy trzeba ocenić, jak bardzo rozległe są zmiany nowotworowe. Badanie umożliwia wczesne zdiagnozowanie zmian złośliwych, w tym niewielkich przerzutów. Podczas badania PET możliwe jest wykonanie jednoczesnego badania tomografii komputerowej – (CT) – PET-CT.

Fotografie: Filip Kowalkowski

Z wielkim smutkiem żegnamy
naszego Kolegę
lekarza medycyny
Janusza Nagórskiego

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

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

Małgorzata Tafil-Klawe laureatką Sopockich Warsztatów Haiku!

Można było się sprawdzić w dwóch konkursowych kategoriach – tworząc haiku do obrazu Wassily'a Kandinskiego oraz o temacie przewodnim „Kruchy lód”. Profesor Tafil-Klawe zwyciężyła w obu.

Wyboru tekstów dokonano na zasadzie konkursu kukai, czyli głosami czytelników. *a.b.*



Można się zgłaszać po ŚOI!

Działające w ramach publicznej służby zdrowia przychodnie i szpitale w województwie mogą zgłaszać się po odbiór bezpłatnych kombinezonów, masek (w tym certyfikowane maski przeciwdrobnoustrojowe), fartuchów i rękawic ochronnych. Środki ochrony osobistej zakupił Urząd Marszałkowski w ramach realizacji pakietu antykrzysowego – samorządowego wojewódzkiego programu przeciwdziałania epidemii Covid-19 oraz łagodzenia jej skutków w sferze społecznej i gospodarce. *a.b.*



Fot. Mikołaj Kuras

Zgłoszenia za pomocą formularza na adres: soi@kujawsko-pomorskie.pl
Zamówienia można odbierać z magazynu Centrum Konferencyjnego Dąglezja w Przysieku.

Lekarz rektorem wyższej uczelni

Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy ma nowego rektora. Na tę funkcję powołano dr. n. med. Pawła Rajewskiego, specjalistę chorób wewnętrznych i zakaźnych, hepatologa, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa kujawsko-pomorskiego.



Bydgoska Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu od lat kształci kadrę medyczną i okołomedyczną wyłącznie na kierunkach związanych z naukami o zdrowiu: fizjoterapii, analityce medycznej czy kosmetologii. Powstała w 2005 r. jako pierwsza niepaństwowa uczelnia medyczna w regionie. Prowadzi też studia podyplomowe w Bydgoszczy, Toruniu, Warszawie, Poznaniu i Łodzi.

Uczelnia kładzie duży nacisk na wiedzę praktyczną – wyposażenie pracowni specjalistycznych i praktyki zawodowe. Współpracuje m.in. z 10. Wojskowym Szpitalem Klinicznym, Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii, Centrum Medycznym „Gizińscy”, Laboratorium Diagnostycznym GRUPA ALAB w Bydgoszczy oraz przychodniami specjalistycznymi, Sanatorium Uzdrawiskowym „OAZA” w Inowrocławiu oraz Kliniką Uzdrawiskową „Pod Tężniami” w Ciechocinku. *a.b.*

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**

PACJENTÓW NAM PRZYBĘDZIE

Z dr. n. med. Markiem Broniszem rozmawia Agnieszka Banach

► Dokładnie rok temu, w marcu, wirus SARS-CoV-2 po raz pierwszy pojawił się na łamach *Primum*. Już na okładce pytaliśmy wtedy: czy jesteśmy na zetknięcie z nim gotowi? Tuż po wydaniu gazety pojawił się też pierwszy przypadek zakażenia w naszym kraju. Jak by Pan dzisiaj odpowiedział na nasze pytanie?

Myślę, że na początku, ale również długo po wybuchu epidemii, nie byliśmy do takiej sytuacji dobrze przygotowani. Sądzę zresztą, że tak było na całym świecie. Można oczywiście bronić tezy, że do takich zdarzeń nie sposób być dobrze przygotowanym, i częściowo podzielam ten pogląd, ale... mamy przecież różne instytucje, które w takim czasie muszą sprawnie i szybko reagować, a ich działania powinny być skoordynowane. Nie mam na myśli tylko systemu opieki zdrowotnej, ale też różne służby specjalne: CBA, ABW, agencje wywiadu i kontrwywiadu, a w dalszej kolejności Policję, Państwową Straż Pożarną, system zarządzania kryzysowego, wojsko, wymiar sprawiedliwości i oczywiście rząd, z ministerstwem zdrowia na czele. Nie mam wiedzy i kompetencji, aby oceniać efekty działania tych wszystkich elementów stanowiących potencjał bezpieczeństwa narodowego, ale z pewnością toczą się i jeszcze, podejrzewam, długo będą prowadzone różne analizy na ten temat. Dzisiaj, z oczywistych względów, jesteśmy mądrzejsi o rok doświadczeń walki z epidemią i sytuacja powoli ulega pewnej stabilizacji, chociaż nie oznacza to zakończenia problemu zdrowotnego.

► Jakie oceny postawiłby Pan politykom, ministrowi zdrowia, systemowi ochrony zdrowia, lekarzom w tę pandemiczną rocznicę? Czy chociaż czegoś się nauczyliśmy? A może cały czas nie uczymy się na błędach?

Uchylę się od stawiania ocen – nie czuję się na siłach być nauczycielem kogokolwiek, ale uważam, że to znamienne, iż podczas epidemii dochodzi do zmiany na stanowisku ministra, wiceministra zdrowia, a obowiązki głównego inspektora sanitarnego wykonuje zastępca. Jeśli chodzi o system opieki zdrowotnej, to epidemia obnażyła boleśnie jego niedostatki, ale sam fakt, że nie doszło do jego zatamania, uważam za duży sukces, który zawdzięczamy głównie lekarzom, pielęgniarkom, ratownikom i wszystkim zawodom medycznym. Z łalem muszę stwierdzić, że głos samorządu lekarskiego nie jest ani w ministerstwie, ani w Sejmie doceniany, a współpraca pozostawia wiele do życzenia. Proszę nie myśleć, że relacje samorządu lekarskiego z organami administracji publicznej są na wszelkich poziomach złe, przeciwnie – z panem Wojewodą Mikołajem Bogdanowiczem wspólnie staramy się robić co możliwe dla zwalczania pandemii.

► Proszę sobie wyobrazić, że przejmuje Pan tekę ministra zdrowia. W obecnej sytuacji od jakich decyzji rozpocząłby Pan urzędowanie?

Muszę przyznać, że ciężko mi wyobrazić siebie w roli ministra zdrowia. Nigdy nie miałem takich aspiracji ani kompetencji. Jestem przede wszystkim lekarzem „szpitalnikiem”, więc z pewnością jedną z pierwszych kwestii byłaby próba rozwiązywania problemów opieki szpitalnej, chociaż rozumiem, że nie można „uzdrowić” tylko szpitali,



bez rozwiązywania problemów AOS i POZ. Nie wolno również ministrowi zapomnieć – chociaż przyglądając się bieżącej rzeczywistości, trudno oprzeć się takiemu wrażeniu – o stomatologii i realizacji opieki w tym zakresie w ramach NFZ. Wprawdzie nie tylko minister zdrowia, ale również edukacji odpowiada za stan kadr medycznych, jednak piastując tak ważne stanowisko, nie wolno zaniechać kwestii właściwego naboru na studia medyczne i kształcenia, także podyplomowego, które z powodu pandemii zostało istotnie spowolnione.

► Jak ocenia pan Narodowy Program Szczepień? Cały czas nie wyszczepiono jeszcze kluczowej grupy „0”. Medycy alarmują, że w niektórych miejscach już szczepi się grupę 1, podczas gdy oni cały czas czekają... Pan się już zaszczepił?

Narodowy Program Szczepień oceniam źle. Uważam, że mając tak pokazną, chociaż ciągle uzupełnianą, wiedzę na temat choroby, grup ryzyka, dysponując czasem oraz dostępnymi środkami logistycznymi – nie podołano wyzwaniu w sposób satysfakcjonujący.

Tak, jestem po pierwszym szczepieniu, które miałem przesunięte w czasie z uwagi na zakażenie COVID-19, i czekam na kolejną dawkę szczepionki.

▶ **A jak Panu minął ten rok? Wiem, że parę razy trafiał Pan na kwarantannę, a nawet chorował na COVID. Zdrowotnie więc łatwo nie było... A zawodowo? Jeszcze jest Pan kardiologiem czy przekwalifikował się Pan jak wielu kolegów i zajmuje się głównie zakażeniami SARS-CoV-2?**

Rzeczywiście miałem kwarantannę, a później chorowałem. Nasz oddział kardiologiczny stara się pracować normalnie, chociaż bywały krótkie okresy, kiedy z powodów epidemicznych byliśmy zmuszeni ograniczać pracę. Nie zajmujemy się pacjentami z aktywną chorobą zakaźną, jednak wielokrotnie wykrywaliśmy zakażenia wśród naszych pacjentów i pomimo przestrzegania zasad ochrony zarówno personelu, jak i chorzy ponosili tego konsekwencje.

▶ **W związku z pracą z pacjentami zakażeniami SARS-CoV-2 otrzymujecie Państwo dodatkowe wynagrodzenie?**

Poruszyła Pani drażliwy temat. Niestety, chociaż większość pielęgniarek na naszym oddziale oraz czterech lekarzy chorowało, a od początku pandemii stwierdziliśmy kilkadziesiąt zakażeń u naszych pacjentów, pomimo że w trybie ciągłym oraz dyżurowym konsultujemy chorych na SOR, także w jego części przystosowanej dla chorych zakażonych COVID – nie otrzymujemy żadnego dodatku. Uważam, że to krzywdzące, a wśród personelu wywołuje frustrację.

▶ **Covid-19 jest teraz najbardziej widoczną chorobą, co nie oznacza, że pacjenci z innymi schorzeniami cudownie wyzdrowieli. Jak to wygląda w Pana dziedzinie? Słyszałam, że nie najlepiej – leczenie np. zawałów wróciło podobno do stanu sprzed 30 lat, bo chorzy trafiają do szpitala zbyt późno albo umierają w domach...**

Nasz szpital, podobnie jak inne placówki, poza typowymi oddziałami ma również na czas pandemii wydzielony oddział zakaźny. Umożliwia to, jak wspominałem, prowadzenie kierunkowej działalności kardiologicznej na miarę aktualnych możliwości. Oczywiście terminy zabiegów w trybie planowym niestety uległy przesunięciu, a kolejka narasta, co nie jest bezpieczne dla chorych. Strach przed zakażeniem wstrzymuje niekiedy pacjentów przed wezwaniem pogotowia lub zgłoszeniem się na SOR i to czasami ma fatalne skutki. Z kolei inni, powodowani lękiem, że mają początkowe objawy COVID-19, zbyt szybko sięgają po telefon, wzywając pogotowie, albo zapętniają korytarze poczekalni szpitalnej.

Rzeczywiście statystyki są niepokojące... Sądzę, że dalsze obserwacje tylko potwierdzą śmiertelne żniwo pandemii, także niezwiązane bezpośrednio z zakażeniem SARS-CoV-2.

▶ **W schorzeniach kardiologicznych niezwykle istotna jest profilaktyka. Można powiedzieć, że często dosłownie ratuje chorym życie... Czy teraz jest na to miejsce? Czy chory ma taki sam dostęp do lekarza kardiologa?**

Poradnie specjalistyczne, także kardiologiczne, w ramach NFZ działają, więc dostęp do kardiologa powinien być na poziomie zbliżonym do okresu przed pandemią. Oczywiście mogły wystąpić zaburzenia, bo przecież lekarze też chorują, a niedobór kadrowy to stan chroniczny polskiego systemu opieki zdrowotnej. Osobiście udzielam świadczeń medycznych w ramach NFZ tylko w szpitalu, ale w swoim gabinecie przez cały okres pandemii, z wyłączeniem kwarantanny i choroby, pracowałem normalnie.

▶ **Wszystko wskazuje na to, że pacjentów jeszcze Panu przybędzie... Nagłe zaburzenia rytmu serca, tętno nawet do 200 uderzeń na minutę, permanentne uczucie wyczerpania – takie pamiątki pozostawia po sobie COVID-19... Widzi Pan już takich chorych w swojej praktyce, na oddziale?**

Pani Redaktor ma całkowitą rację – pacjentów niestety przybędzie, a zaburzeń rytmu doświadczyłem osobiście... Owszem miałem już w obserwacji, zarówno szpitalnej, jak i ambulatoryjnej, chorych, których dolegliwości można łączyć z przebytą infekcją, ale trzeba zachować ostrożność w rozpoznawaniu powikłań poinfekcyjnych. Zakażenie wirusem sprzyja wystąpieniu nadkrdźliwości, a to może być powodem powikłań zatorowych. Włóknienie, które obserwujemy jako część procesu naprawczego, doprowadza czasami do uszkodzenia zarówno płuca, jak i serca, skutkując niewydolnością tych narządów. Na pewno będziemy musieli pomyśleć o rehabilitacji i leczeniu chorych z powikłaniami. Mam nadzieję, że osoby odpowiedzialne za system opieki zdrowotnej dostrzegają ten problem.



Dr n. med. Marek Bronisz jest specjalistą chorób wewnętrznych i kardiologii. Od 2001 r. kieruje Oddziałem Kardiologii i Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego wraz z pracownią hemodynamiczną oraz ośrodkiem wszczepień stymulatorów i kardiowerterów – defibrylatorów w Szpitalu Wielospecjalistycznym im. dr. L. Błażka w Inowrocławiu. Pracuje też w Sanatorium Uzdrowskim Przy Tężni w Inowrocławiu, na stanowisku dyrektora do spraw medycznych, realizując specjalizację z balneologii i medycyny fizykalnej. Przez dwie kadencje pełnił funkcję Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej, a obecnie jest prezesem Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Razem dla seniorów

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Bydgoszczy – otrzyma pomoc od organizacji pożytku publicznego – Fundacji Pro Omnis, która zdecydowała się przeznaczyć na jego potrzeby fundusze z tytułu tegorocznego 1 proc. podatku. Priorytetem dla Zakładu jest zakup wielofunkcyjnych łóżek medycznych dla pensjonariuszy. *Nasz Zakład wymaga doinwestowania w dziedzinie każdego sprzętu* – wyjaśnia Elżbieta Włodarczyk, dyrektor ZP-O – *ale my chcemy zabezpieczyć niezbędne potrzeby ciężko chorych seniorów, a łóżka są podstawowym elementem wyposażenia każdej jednostki medycznej, dlatego zaczynamy od nich*. Niestety, nie wystarczy wymiana wyeksploatowanych łóżek na nowe – popyt na miejsca w zakładach opieki długoterminowej zdecydowanie przekracza podaż.

Nasza Fundacja postanowiła przekazać środki z 1 proc. na zakup łóżek dla ZP-O, ponieważ na domy dla seniorów, które prowadzimy, mamy wsparcie z funduszy unijnych, czyli de facto nie potrzebujemy na to pieniędzy z 1 proc., a nasze cele statutowe, czyli pomoc oso-

PRZEKAŻ 1% PODATKU
WSPÓLNIE KUPIMY ŁÓŻKO DLA SENIORA



bom starszym, najlepiej zrealizujemy, przeznaczając środki z 1% na Zakład Lecznico-Opiekuńczy w Bydgoszczy – tłumaczy swoją decyzję prezes Fundacji Pro Omnis – Agnieszka Lange-Olszewska.

Akcja „łóżko dla seniora” jest pierwszym efektem współpracy Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego i Fundacji Pro Omnis, ale Fundacja planuje wesprzeć Zakład również w organizowaniu środków na zakup innego niezbędnego wyposażenia medycznego. mg

Fundacja ProOmnis dla Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego
KRS 0000348387

tytuł przelewu „dla Chorego”
nr konta: 92 2030 0045 1110 0000 0426 2860



Czy ozdrowieńcy mogą się czuć już szczęściarzami?

DOROTA
KOWALEWSKA

Niestety, nie jest to wcale pewne. A przynajmniej nie wszyscy. Początkowo wysiłki lekarzy skupiały się głównie na pacjentach chorych. Najważniejsze było utrzymanie ich przy życiu. Obecnie coraz częściej mówi się o powikłaniach po chorobie. I podobnie jak samo nasilenie choroby, są one różne u różnych osób.

Pierwsza ważna informacja dla pacjentów jest taka, że ani sam przebieg choroby, ani wiek nie mają prawdopodobnie wpływu na późniejsze pojawienie się powikłań. Również u pacjentów bezobjawowych pojawiają się niepokojące symptomy, których nie wolno lekceważyć.

W cyklu artykułów „Po Covid-19” przedstawimy Państwu, jakie mogą pojawić się problemy po przejściu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Przedstawimy je z punktu widzenia lekarzy zajmujących się różnymi dziedzinami medycyny i nauk pokrewnych.

BARTOSZ TOPOLIŃSKI, specjalista kardiolog

Od kilku miesięcy mam coraz więcej pacjentów, którzy mają powikłania kardiologiczne po przebyciu choroby. Są to nie tylko osoby wcześniej cierpiące na problemy z układem sercowo-naczyniowym, ale również ludzie, którzy nigdy nie mieli takich problemów. Zacząłem czytać wszystko, co tylko udało mi się znaleźć na temat powikłań po przejściu Covid-19. Analizować przypadki, które sam badałem. Okazuje się, że wiele osób skarży się na podobne objawy.

W XXI w., gdy kierujemy się EBM, takie obserwacje muszą być podparte badaniami. Jednym z pierwszych badań było chińskie badanie oceny odległych następstw przebycia infekcji COVID-19. Lekarze skupili się na ocenie wpływu ciężkości przebiegu infekcji na późniejszy stan zdrowia. Do analizy włączono 2469 chorych leczonych z powodu COVID-19 w chińskim szpitalu JinYin-tan w Wuhan w okresie od stycznia do maja 2020 r¹.

Pacjentów podzielono w zależności od ciężkości przebiegu infekcji na 7 grup. Od stanu, w którym nie było potrzeby hospitalizacji, a pacjent wraca do normalnej aktywności, do zgonu pacjenta w następstwie infekcji. Kontrola lekarska odbywała się po sześciu miesiącach po przebyciu choroby. Z początkowej liczby włączonych pacjentów poddano jej 1733 osoby. Pacjenci wypełniali kwestionariusze dotyczące subiektywnej oceny stanu zdrowia, jakości życia, wykonywano badania fizykalne i pobierano próbki krwi. Kolejnym krokiem były badania czynnościowe płuc, tomografia komputerowa, badania USG jamy brzusznej i żył kończyn dolnych oraz badanie wydolnościowe. Wyniki były bardzo zróżnicowane. U niektórych pacjentów w ogóle nie były zajęte płuca, u innych w aż 75%, lecz u wszystkich badanych wyniki testu wydolnościowego 6-minutowego były gorsze o 22–29% od dolnego zakresu normy, niezależnie od ciężkości przebiegu COVID. 76% badanych nadal odczuwało przynajmniej jeden objaw po zakażeniu. W tym zmęczenie lub osłabienie u 63% pacjentów.

Podobne wyniki dało badanie z kwietnia 2020 r. Polikliniki Uniwersytetu Agostino Gemelli w Rzymie. Wykazano, że u 87,4% osób po przebytym COVID-19 utrzymuje się co najmniej 1 objaw choroby. Głównie zmęczenie i duszność, u 22% bóle w klatce piersiowej.²

Jednak mniej zaniepokoiło bardziej badanie, które miało na celu ukazanie, jak bardzo infekcja wpływa na uszkodzenie mięśnia sercowego³. Taką analizę wykonano w Londynie. Zostali do niej włączeni wszyscy pacjenci wypisani do domu z Royal Free London NHS Foundation Trust do końca kwietnia 2020 r., u których stwierdzono uszkodzenie mięśnia sercowego na podstawie badania podwyższonego stężenia wysokoczułej troponiny (>14 ng/l). Z badania zostały wykluczone osoby powyżej 80 roku życia, z ostrym zespołem wieńcowym, zatorowością płucną, znaną chorobą serca, ciężkim uszkodzeniem nerek, ciążą. U prawie 71% pacjentów z 828 osób po COVID-19 zanotowano podwyższone stężenie wysokoczułej troponiny, co świadczyło o martwicy miokardium. U tych pacjentów zanotowano wyższą śmiertelność – dwukrotnie (239 z 586, 41% vs. 20 z 242, 8%, p<0,001). Wykonywano MRI mięśnia sercowego (średnio 27 dni po wypisie ze szpitala), stwierdzając identyfikowalny mechanizm uszkodzenia u 69% pacjentów.

Z kolei w badaniu kohorty 100 pacjentów z Niemiec, którzy niedawno wyzdrowieli z zakażenia COVID-19, badanie serca rezonansem magnetycznym ujawniło zajęcie serca u 78 pacjentów (78%) i trwające zapalenie mięśnia sercowego u 60 pacjentów (60%), niezależnie od wcześniejszych stanów, ciężkości i ogólnego przebiegu choroby⁴.

Badania pokazują, że choroba wpływa na zmiany w śródbłonce naczyń. U pacjentów z COVID opisywane są rozległe zmiany naczyń i istotne uszkodzenie śródbłonna, rozległa zakrzepica naczyń z mikroangiopatią. Zaburzenia te mogą być przyczyną uszkodzenia miokardium⁵. Jaki z tego płynie wniosek? Zakażenie SARS-Cov-2 to nie tylko problemy w czasie trwania infekcji. Już w czasie, gdy pozornie jesteśmy zdrowi, może dojść do powikłań narządowych. Powikłania mogą okazać się dla wielu osób dużo groźniejsze, niż wskazuje na to przebieg choroby. Zarówno te powikłania od razu po wyzdrowieniu, jak i pojawiające się kilka tygodni lub miesięcy po wyzdrowieniu.

W lekarskim gabinecie

Po Covid-19 wielu pacjentów zgłasza przede wszystkim duży spadek wydolności, podwyższone tętno, wrażenie duszności. Inne z wymienianych objawów to odczucie zaburzeń rytmu serca, niespecyficzne bóle w klatce piersiowej, chwiejne wartości ciśnienia tętniczego krwi.

Lekarze coraz częściej obserwują u pacjentów tzw. zespół pocovidowy. Główny objaw to spadek wydolności. Często towarzyszy mu tachykardia. Niestety, objawy utrzymać się mogą nawet wiele tygodni po wyzdrowieniu. W badaniu echokardiograficznym u części pacjentów można zauważyć łagodne zaburzenia kurczliwości mięśnia lewej komory, najczęściej przemijające, w kontrolnych badaniach. U tych pacjentów w badaniach laboratoryjnych obserwujemy podwyższony poziom BNP. Te objawy pojawiają się niezależnie od wieku, ciężkości przebiegu COVID-19 i współistniejących chorób serca.

Wszystkie koronawirusy, które od lat nam towarzyszą, mają pewne powinowactwo do komórek mięśnia sercowego. Podobnie jest z SARS-CoV-2. Badania wykażą, czy jest ono na podobnym poziomie, jak w przypadku znanych do tej pory wirusów.

Ważne dla sportowców

Co z aktywnością sportową po COVID? Niedawny artykuł konsensusu ekspertów zalecał dwutygodniową rekonwalescencję. W przypadku bezobjawowych przebiegów COVID nie są zalecane dodatkowe badania, natomiast u sportowców o lekko objawowym przebiegu COVID-19, aby powrócić do uprawiania sportów wyczynowych, zalecano EKG i badanie echokardiograficzne.⁶

¹ (Huang C, Huang L, Wang Y, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet* 2021; 397: 220–32).

² (Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*. 2020;324(6):603–605).

³ (Knight DS, Kotecha T, Razvi Y. wsp. COVID-19 Myocardial Injury in Survivors. *Circulation* 2020; 142:1120–2).

⁴ (Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Valentina O. Puntmann, MD, PhD1; M. Ludovica Carerj, MD1,2; Imke Wieters, MD3; et al Masia Fahim3; Christophe Arendt, MD1,4; Jędrzej Hoffmann, MD1,5; Anastasia Shchendrygina, MD, PhD1,6; Felicitas Escher, MD7; Mariuca Vasa-Nicotera, MD5; Andreas M. Zeiher, MD5; Maria Vehreschild, MD3; Eike Nagel, MD1 *JAMA Cardiol*. 2020;5(11):1265–1273. doi:10.1001/jamacardio.2020.3557).

⁵ (Ackermann M, Verleden SE, Kuehnel M, i wsp. Pulmonary Vascular Endothelialitis, Thrombosis, and Angiogenesis in Covid-19. *NEJM* 2020; 383:120–8).

⁶ (Cardiovascular Magnetic Resonance Findings in Competitive Athletes Recovering From COVID-19 Infection. Saurabh Rajpal, MBBS, MD1; Matthew S. Tong, DO1; James Borchers, MD, MPH1; et al Karolina M. Zareba, MD1; Timothy P. Obariski, DO1; Orlando P. Simonetti, PhD1; Curt J. Daniels, MD1 *JAMA Cardiol*. 2021;6(1):116–118. doi:10.1001/jamacardio.2020.4916).

Doktor Bartosz Topoliński jest związany z Kliniką Kardiologii i Kardiochirurgii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Bydgoszczy. Pracuje w Oddziale Kardiologii i Nieinwazyjnej i Elektroterapii.



PZU

ubezpieczeniedlalekarzy.pl

Ubezpieczenie OC dla lekarzy i dentystów

Ubezpieczenie podmiotów leczniczych

Ubezpieczenie samochodu, domu oraz gabinetu

Poznańska 31 85-129 Bydgoszcz

kontakt@ubezpieczeniedlalekarzy.pl | tel. 601 67 25 59



Po COVID-19

Lotos wyrasta z błota

– czyli COVID i jego opłakane skutki

Mijają dwa tygodnie, od kiedy wróciłam do siebie, do zdrowia. Ufam, że na dobre. Wcześniej, przez 4 miesiące, nie byłam sobą, nie byłam zdrowa. Covid przeszedłam jako kilkudniowy ostry, okropny ból głowy, brak węchu i smaku, ale skutki tej choroby, które pojawiły się już kilka dni od pierwszych objawów, trwały bardzo długo. Głębokie obniżenie nastroju, płaczliwość, bezsenność, strach przed ludźmi, niechęć do działania. Drżałam, gdy dzwonił telefon – ktoś czegoś chce, a ja nie wiem, nie umiem. Dzieci o coś pytają, a ja nie wiem, nie umiem. Mąż coś proponuje, a ja nie wiem, nie umiem! Narastająca obojętność i beznadzieja. Uciec, schować się. Panika, że tutaj nie pasuję.

**DOROTA
WOJTCZAK**

Przestałam pracować. Od wielu lat na co dzień pomagam ludziom, by lepiej radzili sobie w życiu – jestem coachem, trenerem komunikacji i nauczycielem uważności. Przestałam pomagać. Nie można przecież pomagać komuś lepiej radzić sobie z życiem, którego się samej nie akceptuje, w którym nie umie i nie chce się żyć.

Chciałam zniknąć, nie musieć uczestniczyć w tym, czego nie ogarniam i nie uznaję. Świat mnie przerażał. Dystans, maski, nieufność. Nie na

taki świat się umawiałam, szkoląc kompetencje coacha, trenera komunikacji czy nauczyciela uważności, gdzie uczone mnie, jak łączyć, a nie dzielić. Wszystko krzyczało we mnie: nie taki świat, nie taka ja, nie tacy ludzie! Wszystko nie takie! Nie opowiadajcie mi o trudnościach, bo nie pomieszczę kolejnych, zwymiotuję. Nie mówcie mi o społecznej empatii, bo moja wrażliwość jest porażona, ma dość. Jestem zatruta, zniechęcona, zmęczona! – wydaje się, że na zawsze. Tyle cierpienia wokół – zalewa mnie, dusi... przerasta!!!

Jednocześnie resztką sił zaciekałam się swoim stanem – tak obcym i nieznanym do tej pory. Nie poznawałam siebie, mąż mówił, że zmieniła mi się osobowość. Gdzieś na najgłębszym poznawczym poziomie to mnie i przerażało, i absorbowano badawczo moją uwagę. W końcu zawsze fascynował mnie człowiek i psychologia. Robiłam więc notatki z własnych myśli i emocji. Opisywałam spotkanie z własnym wewnętrznym piekłem.

Beznadziejny przypadek. Najwyższy poziom samokrytyki i wstydu. Co mi jest? Nie mam powodu, a jednak czuję się fatalnie! Bywało, że leżałam skulona w pozycji embrionalnej i sprawdzałam, czy jeszcze oddycham. Bywało, że milkłam nagle w trakcie rozmowy i zapadałam się w sobie. Bywało, że płakałam nad całym straconym pokoleniem edukacji online, zawodziłam nad samotnością seniorów, szlochałam nad nieszczęśliwą miłością odseparowanej młodzieży, skręcało mnie z bólu na samą myśl o przemocy domowej w pandemicznym domowym zaciszu. Zdarzało mi się czuć nudności i wstręt na widok książek, od czytania których jestem przecież uzależniona. Zdarzało mi się też nie pamiętać, jak ruszyć samochodem spod świąteł, jak wydostać się ze sklepu albo po co się w nim znalazłam, jak użyć telefonu, co zrobić na obiad... Coś zaatakowało mój mózg – nie działał sprawnie.

Bałam się, że tak już zostanie. Najgorsze, gdyby mnie już nic nigdy nie ucieszyło i ludzie przestaliby mnie interesować. Gdybym straciła swoją bazę radości i sensu. Gdybym od poranka do wieczora dzień po dniu musiała przeczłogiwać się przez kartki kalendarza, odhaczając z trudem kolejną datę. To takie przerażające, gdy nie czuje się radości i wartości! Pierwszy raz w życiu tak miałam.

Jednocześnie, będąc zatopioną w morzu bez nadziei, łagodnie i uważnie pracowałam nad sobą, pilnowałam zdrowej diety, suplementacji, ćwiczeń fizycznych, spacerów. Wzmacniałam się medytacją uważności i współczucia i starałam się być dobra i życzliwa dla siebie. Trenowałam swój umysł w samowspółczuciu (selfcompassion), wybierałam intencję na dany dzień, której starałam się trzymać jak steru – mimo wszystko. Długo to była siła, odwaga, odporność, aż pojawiła się zgoda na radość, lekkość, swobodę. Ale to już był przełom i to było później.

Wcześniej zaakceptowałam przerwę w pracy z ludźmi, skoro nie miałam na pracę ani siły, ani odwagi. Przekonywałam się, że ta pauza od pomagania jest ważna i święta i nie muszę wiedzieć, jak długo potrwa. Pierwszy raz w życiu pozwoliłam sobie odpocząć tylko dlatego, że czułam się słaba i smutna. Naprawdę słaba, smutna i bez energii. I zanim wróci energia – ja, jako pomagająca innym, mam prawo pomóc sobie. Ja, jako troskliwa, mogę zatroszczyć się o siebie. Ja, uzdrawiająca, potrzebuję uzdrowić siebie. Być w roli opiekuna i pacjenta równocześnie. To niełatwe, ale konieczne.

I mój mąż jak mantrę powtarzał, że bez pośpiechu, że spokojnie, że to bagno minie, a teraz niezbędny jest odpoczynek i regeneracja, że mam prawo, że mogę, że wolno mi, że to taki zupełnie inny czas – równie ważny. Że uczę się siebie i uczę się depresji na własnym przykładzie. I doświadczenie to kiedyś wniosę w to, co kocham, czyli pracę z ludźmi, którzy doświadczają trudności. Tak wygląda nasze wspólne człowieczeństwo. Że moje cierpienie jest cenne, a sposoby, które stosuję na sobie, by poczuć ulgę – bezcenne – i będą wspianiałym źródłem inspiracji na przyszłość. Ważne, że to mówił, że mu wierzyłam – uprawomocniał to, co miałam prawo czuć.

Aż jakieś dwa tygodnie temu, 4 miesiące po zachorowaniu... obudziłam się inna! Nagle!!!

Uśmiech nie był ciężkim zadaniem do wykonania, a naturalnym powitaniem dnia. Przejście do łazienki nie wymagało mozolnej mobilizacji, a było lekkie i swobodne. Zrobienie herbaty nie stanowiło problemu, a było miłe. Przy śniadaniu zapytałam męża, jak się ma, nie z obowiązku, a z autentycznej ciekawości, wśluchałam się w sprzeczkę dzieci z chęcią wtrącenia swoich trzech groszy, bo poczułam, że to jest ważne, pomalowałam rzęsy, bo chciałam ładnie wyglądać i lubię swoje oczy, za to nie skubałam nerwowo skórek od paznokci i nie wgapiłam się bezmyślnie w okno kolejny kwadrans. Zaskoczona poczułam, że znowu chcę żyć. Przygarbienie i wycofanie odeszło, a nadeszła witalność i aktywność. Zadzwoiłam do rodziców, przyjemność sprawiła mi myśl o powrocie do pracy. Ulotnił się strach, pojawiła tęsknota za spotkaniami, napłynęła kreatywność.

Jaki to cudowny stan, czuć się znowu dobrze! Nadal nie mieć pełni wężu i smaku, ale mieć nadzieję, że wrócą (na ten moment wszystkie kosmetyki pachną tak samo: proszek do prania, primum

szampon za 7 zł, krem za 200 zł i perfumy za 400 zł – jak rozdeptana na ulicy w słońcu brzoskwinia i wszystkie potrawy pachną tak samo: makarony, zupy, bułki – jak cebula, duuużo smażonej cebuli). Nie taplać się w gęstym smutku od przebudzenia do zaśnięcia lub, spać nie mogąc, rozmyślać nad fatalnym stanem świata i dołować się i wpadać w wir niemocy. Zaufać, że świat się opamięta, czyli ludzie zmądrzeją i go ochronią tą mądrością, a może i miłością.

Piszę o tym, bo kilka dni temu miałam mądre spotkanie z mądrymi ludźmi, a wcale nie w celu generowania mądrości się spotkaliśmy – to przyszło samo, gdy szczerze odpowiedzieliśmy sobie na pytanie o to, jak się ostatnio czuliśmy. Kiepsko, bardzo kiepsko, bo choroba, bo kontekst, bo katastrofa społeczna, gospodarcza, ekologiczna, edukacyjna. I jak się czujemy z tym, że się kiepsko czuliśmy? Ok. Naprawdę ok, gdy to... zaakceptowaliśmy! Współczujący umysł jest otwarty na rzeczywistość świata, w którym żyjemy. To ok czasami czuć się nie ok, kiepsko, na chwilę odpaść z gry, musieć odpocząć. Choroba to biologia, a z nią nie poradzi sobie psychologia ot tak. Potrzeba czasu i troski. I zatrzymania dla regeneracji. Jakie to mądre przyjąć, że ok jest czuć się czasem nie ok. To też część doświadczania życia.

Przecież to nie moja wina, że zachorowałam. Nie muszę się wstydzić, że nie miałam siły pracować i pokazywać się ludziom na oczy, że rozmowa mnie wyczerpywała, a świat męczył. Że sama siebie nie lubiłam i bałam się swojej nieporadności i wstydziłam niedostosowania. Że atakowały mnie myśli, iż jestem oszustką, bo skoro nie radzę sobie z własnymi emocjami, mając lata doświadczeń i setki narzędzi do pracy z ludźmi, to znaczy, że dotychczas okłamywałam ich, że umiem i mogę im pomóc. Ha! przeszacowałam swoją wartość, skoro w chwili próby okazałam się nikim. I jeśli nadaję się do jakiegokolwiek pracy, to tylko „w sklepie na kasie” – skanując kody i wydając resztę obliczoną przez komputer, bo tam nie trzeba używać empatii.

Tak! Takie samokrytyczne, oceniające myśli są normalne, takie działanie mózgu, który obwinia i zalewa pretensjami, jest po prostu objawem choroby, jaką jest depresja. Nie było moją winą, że objął mnie naturalny proces chorowania, że dosięgnęły mnie neurologiczne powikłania po covidzie. Kryły się za tym skomplikowane procesy neurofizjologiczne, na które nie miałam wpływu. Zmiana biochemii w mózgu, która powodowała zaciemnienie i bezradność, to że powtarzałam uparcie – dlaczego ja? Tak bardzo chciałam być sprawcza, a ciągle wracał refren – nie nadaję się! Ale moją odpowiedzialnością w tym trudnym czasie było godnie być ze sobą, ze współczuciem i życzliwością. I z zaangażowaniem, by sobie łagodnie pomóc wypracować właściwe sposoby myślenia i zachowania. (...)

Lotos wyrasta z błota – piękny, delikatny kwiat wyrasta z gęstego, mętnego mułu.

To już ponad dwa tygodnie, gdy mam chęć, inicjatywę i zaangażowanie. Psychologia współczucia mnie ukołoiła i dała gotowość powrotu do działania. Co ciekawe, od razu pojawiły się propozycje nowych wyzwań w pracy – mam pomysły na warsztaty, chcę opowiadać o tym, jak dbać o siebie, gdy brakuje wiary i nadziei, ale pomagamy sobie przez świadome wzbudzenie miłości i zrozumienia. Jak nie zapominać o czułości i szacunku dla siebie mimo dna, na którym ciężko osiadamy, bo omoty chorebą umysł to ciężkiej wagi przeciwnik. W swoim czasie się odbijemy od dna. Bez presji, że już teraz, natychmiast. Przecież błoto stanowi pożywienie dla lotosu, zasila go. Tak samo współczucie budzi się i rozwija, gdy napotyka cierpienie.

Zaufajmy strumieniowi życia. Zaufajmy sobie. Jesteśmy częścią tego procesu, jesteśmy źródłem odnawialnym. Wszystko w swoim czasie. Z sercem dla siebie.

(...) skróty pochodzą od redakcji – całość na blogu autorki: *My way*

O autorze: Dorota Wojtczak – trener Porozumienia bez przemocy, coach, mediator, doradca w zakresie psychologii zarządzania, certyfikowany trener Redukcji stresu przez uważność MBSR i Zapobiegania nawrotom depresji dzięki uważności MBCT; prowadzi warsztaty grupowe i indywidualny coaching (także on-line); więcej na stronie www.myway-eu.pl



KASY FISKALNE ON-LINE
OD 1 LIPCA 2021
USŁUGI: MEDYCZNE PRAWNICZE
stoper bis
stoperbis.pl tel. 52 379 44 44
ul. M. Konopnickiej 22B

PANDEMIA SARS-CoV-2

Widmo



trzeciej fali nadal aktualne

PAWEŁ RAJEWSKI

Udało nam się uniknąć tzw. trzeciej fali pandemii koronawirusa SARS-CoV-2, która była przewidywana na przełomie stycznia i lutego, a miała być związana z okresem świąteczno-noworocznym i jednoczasowym okresem ferii zimowych dla wszystkich dzieci w Polsce. Wprowadzone odpowiednio wcześniej obostrzenia tym razem się sprawdziły i nie obserwowaliśmy znaczącego wzrostu zakażeń, chociaż wciąż dużo osób przebywało w szpitalach z powodu COVID-19, a wśród hospitalizowanych występowała wysoka śmiertelność. Pod koniec stycznia nastąpił dość wyraźny spadek liczby osób hospitalizowanych, co pozwoliło w niektórych przypadkach na redukcję tzw. łóżek i oddziałów covidowych i powrót do ich pierwotnej funkcji.

Niestety, w dalszym ciągu wielu pacjentów trafia do szpitali zbyt późno, w drugim, trzecim tygodniu choroby, w ciężkim stanie, z rozwiniętym śródmiąższowym zapaleniem płuc, z nadkażeniem bakteryjnym, z niewydolnością oddechową, a niekiedy z powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi w przebiegu COVID-19. Część pacjentów z własnej winy, bo pomimo trwających objawów klinicznych typowych dla SARS-CoV-2 nie zgłasza się do lekarza POZ, nie wykonuje wymazu, próbując leczyć się samodzielnie w domu i dopiero jak narasta osłabienie, pojawia się duszność lub długo utrzymująca się gorączka – szuka pomocy.

Brak wyraźnego wzrostu zachorowań pozwolił również na powrót dzieci klas 1-3 do nauczania stacjonarnego w szkołach, na otwarcie galerii handlowych. Kolejna obserwacja, 14-dniowa, pozwoliła na dalsze luzowanie obostrzeń od 12 lutego, czyli otwarcie hoteli, stoków narciarskich czy kin.

Po raz kolejny zaufano społeczeństwu. Liczono, że ponad rok trwającej epidemii nauczyły nas odpowiedzialności społecznej, przestrzegania zasad DDM. Nie przewidziano jednak tego, że również ponad rok różnych ogra-

ALGORYTM POSTĘPOWANIA W ZALEŻNOŚCI OD STADIUM KLINICZNEGO COVID-19

Testy	PCR			
	ANTYGENOWY II GENERACJI		ANTY SARC-CoV-2 IGM	
			ANTY SARC-CoV-2 IGG	
Czas	1. tydzień		2. tydzień	2./3. tydzień
	Stadium 1. bezoobjawowe/ /skąpoobjawowe	Stadium 2. pełnoobjawowe/ /okres namnażania się wirusa	Stadium 3. burza cytokinowa	Stadium 4. ostra niewydolność oddechowa
Kontrola saturacji za pomocą pulsoksymetru	Sat. O ₂ > 95%	Sat. O ₂ < 95%	Sat. O ₂ < 90%	ARDS
Hospitalizacja	Nie wymaga	Wymaga	Wymaga	Wymaga
Leczenie	<ul style="list-style-type: none"> leczenie objawowe, odpoczynek, nawodnienie, antybiotykoterapia w przypadku infekcji bakteryjnych leki przeciw grypowe w przypadku grypy glikokortykosteroidy niewskazane heparyna drobnocząsteczkowa, wit. D, selen – brak wskazań 	<ul style="list-style-type: none"> remdesiwir u pacjenta z zapaleniem płuc do 7 dni od początku objawów przez 5 dni, osocze ozdrowieńców z COVID-19, heparyna drobnocząsteczkowa, glikokortykosteroidy, tlenoterapia, antybiotykoterapia przy nadkażeniu bakteryjnym 	<ul style="list-style-type: none"> tocilizumab (u osób z wysokimi wartościami IL-6), glikokortykosteroidy, tlenoterapia – przez maskę lub wysokoprzepływową – High Flow, antybiotykoterapia przy nadkażeniu bakteryjnym 	<ul style="list-style-type: none"> zastosowanie wentylacji mechanicznej, glikokortykosteroidy, antybiotykoterapia, heparyna drobnocząsteczkowa, glikokortykosteroidy, nawodnienie

niczeń, obostrzeń spowodował, że Polacy mają dość koronawirusa, dość zakazów i maseczek. Chcą normalnie żyć i nie rozumieją, że epidemia trwa nadal i że w każdym momencie przez nieodpowiedzialne zachowanie i zaniechanie zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego może znowu uderzyć, jak miało to miejsce w październiku czy listopadzie.

Pierwszy weekend luzowania obostrzeń pokazał, że jesteśmy narodem skrajnie nieodpowiedzialnych egoistów. Zachowaliśmy się jak wygłodniałe dzikie zwierzęta, ruszając szturmem na górskie kurorty, stoki narciarskie, hotele...

Zapomnieliśmy, że epidemia nadal trwa, a brytyjski wariant koronawirusa SARS-CoV-2, który mamy również w Polsce, tylko na to czeka...

Brak zasad DDM w kolejkach do wyciągów narciarskich, do barów. Tłupy na ulicach, szturmowanie hoteli, pensjonatów... A miało być tak pięknie – kolejne luzowanie obostrzeń w nadchodzących tygodniach... siłownie, kluby fitness, restauracje... powrót starszych dzieci, młodzieży do szkoły... namiastka normalności... A tu kolejne świadectwo, że nie jesteśmy na to jeszcze gotowi!

I z dużym prawdopodobieństwem, jeśli w kolejnym tygodniu sytuacja się powtórzy, za 14 dni będziemy mieli wzrost zachorowań i widmo tzw. trzeciej fali koronawirusa znowu się pojawi i ponownie zrobimy krok do tyłu...

Pamiętajmy, że zakrywanie ust i nosa szalikiem czy przyłbicą to nie to samo co maseczka, że maseczki nie nosi się pod nosem czy pod brodą, a dystans, jaki zachowujemy od siebie nawzajem jest ważny!

Poczekajmy z tym szaleństwem! Bądźmy ostrożni!

Poczekajmy, aż zaszczepią się przeciw COVID-19 nasi rodzice, dziadkowie, babcie, osoby 60+ z chorobami współistniejącymi – to ich musimy chronić.

Póki nie będą zaszczepione osoby o potencjalnie największym ryzyku ciężkiego przebiegu COVID-19 i największej śmiertelności powinniśmy powstrzymać się z takimi ryzykownymi zachowaniami, jakie miały miejsce w pierwszy weekend luzowania obostrzeń w Zakopanem i w wielu innych górskich kurortach – musimy pamiętać, że po powrocie do domu możemy zarazić innych, naszych najbliższych...

Czy więc jesteśmy gotowi na luzowanie obostrzeń? Czy w ogóle można je luzować, jeśli program szczepień ochronnych przeciw COVID-19 nie funkcjonuje tak jak miał funkcjonować? Jeśli nadal nie została w całości zaszczepiona grupa 0, która zgłosiła chęć szczepienia, nadal czekają seniorzy powyżej 70 roku życia, nie zaczęto jeszcze rejestrować osób powyżej 60 roku życia z chorobami przewlekłymi, wydłuża się również czas podania II dawki szczepionki?

Czy trzecia fala epidemii się pojawi? A może nie powinniśmy pytać o to – „czy?”, ale „kiedy?”...

O autorze: dr n. med. Paweł Rajewski, prof. WSN oZ, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa kujawsko-pomorskiego, rektor Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu; Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy; Poradnia Chorób Wątroby, Chorób Wewnętrznych, Infekcyjnych oraz Zaburzeń Metabolicznych CM Gizińscy w Bydgoszczy.



Warianty SARS-CoV-2



zakaźność, śmiertelność, odpowiedź na szczepienia – najważniejsze informacje

Wirusy mutują. To jedna ze zdolności, która daje im szansę na przetrwanie, ucieczkę spod topora profilaktyki (szczepienia ochronne) i leczenia. Nowy koronawirus, który storpedował normalność i wprowadził nowy ład funkcjonowania społecznego, taki, którego nie akceptujemy, skorzystał z naturalnych możliwości i zmutował.

BARTOSZ FIAŁEK

Mutacje, czyli nagłe, skokowe zmiany materiału genetycznego SARS-CoV-2, doprowadziły do wyodrębnienia 3 istotnych z epidemiologicznego punktu widzenia wariantów.

TZW. WARIANT BRYTYJSKI:

Poza zwyczajową nazwą, która wskazuje na pierwszy wykryty przypadek (Wielka Brytania, 12 września 2020 r.), ten wariant określa się jako B.1.1.7 lub – alternatywnie – 501Y.V1. W jego materiale genetycznym zaobserwowano 23 mutacje, z czego 8 dotyczy białka kolca (białka S). Jego bytność potwierdzono na obszarze 82 państw (dane z 16 lutego 2021 r.). Jest to również jedyny wariant, którego obecność potwierdzono w Polsce.

Najważniejsze dane ze zdrowotnego punktu widzenia:

- rozprzestrzenianie się – ocenia się, że B.1.1.7 transmituje się od 30/40 do nawet 80 proc. lepiej od pierwotnego SARS-CoV-2,
- śmiertelność – ocenia się, że B.1.1.7 może być nieco bardziej śmiertelny od pierwotnego SARS-CoV-2 (od 30 do 40 proc. wyższa),
- immunologiczna odpowiedź na podaną szczepionkę – ocenia się, że odpowiedź B.1.1.7 na szczepionki przeciw COVID-19 jest podobna albo nieznacznie (nieistotnie) zmniejszona.

Producenci dopuszczonych do obrotu szczepionek przeciw COVID-19, bazujących na technologii mRNA (Pfizer-BioNTech oraz Moderna) poinformowali, że ich preparaty pozostają skuteczne wobec B.1.1.7.

Producent również dopuszczonej do obrotu wektorowej szczepionki przeciw COVID-19 – Oxford-AstraZeneca – informuje, że skuteczność ich preparatu wobec B.1.1.7 zmniejsza się nieznacznie z 84,2 do 75 proc.

PORÓWNANIE WARIANTÓW SARS-CoV-2 W ODNIESIENIU DO WIRUSA PIERWOTNEGO (dane z 16 lutego 2021 r.)

Wariant	BRYTYJSKI	POŁUDNIOWOAFRYKAŃSKI	BRAZYLIJSKI
Symbol	B.1.1.7	B.1.351	P.1
Symbol alternatywny	501Y.V1	501Y.V2	501Y.V3
Pierwszy przypadek	12.09.2020, Wielka Brytnia	8.10.2020, RPA	4.12.2020, Brazylia
Obszar występowania	82 państwa (w tym Polska)	40 państw	18 państw
Liczba mutacji	23, w tym 8 dot. białka kolca	21, w tym 9 dot. białka kolca	17, w tym 10 dot. białka kolca
Transmisja	30/40–80 procent lepsza	B.D.	B.D.
Śmiertelność	30–40 procent wyższa	B.D.	B.D.
Skuteczność szczepionek	podobna lub nieistotnie niższa	podobna lub niższa w zależności od preparatu	istotnie niższa

Dokończenie ze s. 11

Producent jedynej „proteinowej” szczepionki przeciw COVID-19 – Novavax – podaje, że skuteczność jego produktu jest niewiele niższa niż wobec pierwotnego SARS-CoV-2 i wynosi 85,6 proc. (standardowa skuteczność to 89,3 proc.).

TZW. WARIANT POŁUDNIOWOAFRYKAŃSKI:

Poza zwyczajową nazwą, która wskazuje na pierwszy wykryty przypadek (Republika Południowej Afryki, 8 października 2020 r.), ten wariant określa się jako B.1.351 lub – alternatywnie – 501Y.V2. W jego materiale genetycznym zaobserwowano 21 mutacji, z czego 9 dotyczy białka kolca (białka S). Jego bytność potwierdzono na obszarze 40 państw (dane najświeższe, tj. z 16 lutego 2021 roku).

Najważniejsze dane ze zdrowotnego punktu widzenia:

- rozprzestrzenianie się – obecnie dysponujemy zbyt małą liczbą danych, aby ocenić, w jaki sposób transmituje się B.1.351 (lepiej, gorzej czy tak samo, jak pierwotny SARS-CoV-2),
- śmiertelność – obecnie dysponujemy zbyt małą liczbą danych, aby ocenić, jaką śmiertelnością cechuje się B.1.351 (wyższa, niższa czy taka sama, jak pierwotny SARS-CoV-2).
- immunologiczna odpowiedź na podaną szczepionkę – ocenia się, że odpowiedź B.1.351 na szczepionki przeciw COVID-19 jest istotnie niższa niż odpowiedź na pierwotny SARS-CoV-2.

Pfizer-Biontech informuje, że ilość przeciwciał po szczepieniu osoby zakażonej wariantem B.1.351 była niższa (nie podaje danych liczbowych) niż w przypadku pierwotnego SARS-CoV-2.

Moderna informuje, że ilość przeciwciał po szczepieniu osoby zakażonej wariantem B.1.351 była 6-krotnie niższa niż w przypadku pierwotnego SARS-CoV-2.

Johnson & Johnson (firma produkująca wektorową i – obecnie jedyną – jednodawkową szczepionkę przeciw COVID-19) podaje, że skuteczność ich preparatu zmniejsza się z 66 proc. (pierwotny SARS-CoV-2) do 57 proc. (wariant B.1.351).

Novavax (firma produkująca „proteinową” szczepionkę przeciw COVID-19) informuje, że skuteczność ich preparatu zmniejsza się z 89 proc. (pierwotny SARS-CoV-2) do 49,4 proc. (wariant B.1.351).

TZW. WARIANT BRAZYLIJSKI:

Poza zwyczajową nazwą, która wskazuje na pierwszy wykryty przypadek (Brazylia, 4 grudnia 2020 r.), ten wariant określa się jako P.1 lub – alternatywnie – 501Y.V3. W jego materiale genetycznym zaobserwowano 17 mutacji, z czego 10 dotyczy białka kolca (białka S). Jego bytność potwierdzono na obszarze 18 państw (dane najświeższe, tj. z 16 lutego 2021 r.).

Najważniejsze dane ze zdrowotnego punktu widzenia:

- rozprzestrzenianie się – obecnie dysponujemy zbyt małą liczbą danych, aby ocenić, w jaki sposób transmituje się P.1 (lepiej, gorzej czy tak samo, jak pierwotna forma SARS-CoV-2),
- śmiertelność – obecnie dysponujemy zbyt małą liczbą danych, aby ocenić, jaką śmiertelnością cechuje się P.1 (wyższa, niższa czy taka sama, jak pierwotny SARS-CoV-2).
- immunologiczna odpowiedź na podaną szczepionkę – ocenia się, że odpowiedź P.1 na dopuszczone obecnie do obrotu szczepionki przeciw COVID-19 może być istotnie niższa niż odpowiedź na pierwotny SARS-CoV-2.

Ponadto uważa się, że wszystkie warianty mogą być odpowiedzialne za reinfekcję, czyli ponowne zachorowania u ozdrowieńców, oraz cięższy przebieg COVID-19 niż w przypadku zakażenia pierwotnym SARS-CoV-2.

Te dane, z czasem, będą ulegać zmianie, wszak o nowych wariantach będziemy wiedzieć coraz więcej. Wirus się zbroi, ale my – ludzie – również. Zdrowia!

O autorze: lekarz, specjalista w dziedzinie reumatologii, popularyzator wiedzy medycznej, działacz społeczny w obszarze ochrony zdrowia.



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

Na początku teleporady były udręką. Wszyscy się uczyliśmy – i my, i pacjenci oraz ich rodziny. Przez blisko rok zrobiliśmy spory postęp. Umiemy już porozumieć się lepiej, a chorzy nauczyli się z nami rozmawiać bez wizji. Teraz często sami proszą o krótkie rozmowy telefoniczne w miejsce osobistych konsultacji. Najczęściej znamy ich przecież od kilkunastu lub kilkudziesięciu lat.

JERZY
RAJEWSKI

Ograniczanie teleporad, czyli minister zdrowia znowu wie lepiej...

CIĄGŁE ZMIANY

Zmiany służą rozwojowi. Doskonalenie naszych kontaktów z chorymi służy nam i naszym chorym. Po blisko roku byłby czas na ocenę funkcjonowania porad teleinformatycznych w pracy lekarza rodzinnego. Sam chętnie zgłosiłbym kilka uwag, ale chętnie zapoznałbym się także z danymi zbiorczymi z całego kraju. Ciekawią mnie również wnioski z realizacji teleporad w zakresie AOS. Już od wielu lat przyzwyczailiśmy się, że o zmianach w systemie ochrony zdrowia nikt nie rozmawia z praktykami, a propozycje zmian są chaotyczne i nielogiczne.

Jak tylko nauczyliśmy się wykorzystywać w miarę optymalnie teleporady, Ministerstwo Zdrowia proponuje kolejne zmiany. Czy zakaz udzielania porad teleinformatycznych określonym grupom wiekowym ułatwi nam pracę? Czy kryterium powinien być wiek pacjenta? Jakie kryterium było podstawą ograniczenia teleporad do wieku od 7 do 64 lat? Czy szczególnie seniorów należy zmuszać do wychodzenia z domów?

NIEUSTANNY CHAOS

Czy okres chaosu spowodowany centralnie zaplanowanym Narodowym Programem Szczepień jest najlepszym czasem do wprowadzania kolejnych zmian?

Chaos pierwszy – wprowadzenie porad teleinformatycznych do POZ. Chaos drugi – włączenie POZ do opieki nad zakażonymi SARS-CoV-2. Chaos trzeci – sposób realizacji Narodowego Programu Szczepień.

Nie krytykuję samych pomysłów, ale sposoby ich wdrażania. Powrót do centralnego planowania i centralnego zarządzania jest źródłem największych problemów dla systemu ochrony zdrowia. Nadmierna regulacja, nadmierne uszczegółowienie, brak możliwości wprowadzania zmian i modyfikacji pożądaných ze względu na specyfikę regionalną – są źródłem wszechobecnego chaosu.

Środowisko specjalistów medycyny rodzinnej otrzymało 5 dni na konsultację projektu. Chaos!

WNIOSKI

Minister zdrowia wie lepiej! Czy wykonano analizę realizacji porad teleinformatycznych? Co było podstawą do wybrania kryterium wieku? Czy podczas umawiania pacjenta na konsultację ważniejszy będzie jego wiek czy stan zdrowia?

Moim zdaniem wprowadzanie zmian w tak ważnym społecznie systemie jak ochrona zdrowia powinno być głęboko przemyślane i poprzedzone wielomiesięczną debatą ekspertów oraz szczegółową analizą skutków organizacyjnych i ekonomicznych.

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
stałe dostępne pod numerem: 602374249,
jerzy.rajewski@hipokrates.org

Biuro Rachunkowe PLUS

- ▶ Kompleksowa i profesjonalna obsługa księgowa 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



Jedyną rzeczą potrzebną złu do zwycięstwa jest bierność dobrych ludzi

BARTŁOMIEJ WOLSKI

Cykl artykułów dotyczących aktualnych problemów społecznych, które nie mogą pozostać obojętne żadnemu wrażliwemu człowiekowi wykonującemu i pojmującemu zawód lekarza nie tylko jako rolę zawodową, ale i społeczną – stoi kością w gardle niektórym członkom BIL. Jestem porażony i zażenowany ich postawą, ale też zmartwiony inercją milczącej większości.

To smutne, bo uważam, że dyskusja powinna nas budować – nie dzielić. Wysyłanie komunikatów zamykających odcina nas od spokojnej refleksji nad odmiennymi opiniami, innym spojrzeniem na problem, szczególnie podpartymi wiedzą z danej dziedziny, a nie przekonaniem i emocjami – z zasady subiektywnymi, niekoniecznie merytorycznymi.

Nie mam nic przeciwko listom i opiniom niezadowolonych członków BIL. To zwykle osoby pchane frustracją i żalem są najbardziej aktywne. W moim zawodzie – położnika i ginekologa nie raz spotykam się z wyrażaniem w przestrzeni publicznej, najczęściej internecie, skrajnie negatywnych opinii o lekarzach i szpitalach świadczących usługi medyczne.

Rzadko osoby zadowolone i wdzięczne są aktywne w tym zakresie – bo myślą, że może zrobić to ktoś inny, bo kierują swoją aktywność w innym, ważniejszym dla nich kierunku itd. Zachęcam i chcę wierzyć, że ta grupa lekarzy, która – milcząc – aprobuje aktualną działalność i aktywność Izby, wyrazi swoje zdanie i nie pozostanie – sprawiedliwa, ale uśpiona. Wspomnę sentencję filozofa i polityka Edmunda Burke'a: *Jedyną rzeczą potrzebną złu do zwycięstwa jest bierność dobrych ludzi.*

Przeglądając artykuły publikowane w 1920 r. w dwutygodniku „Głos Lekarzy”, których autorem jest lekarz Stanisław Kurkiewicz – pierwszy polski seksuolog/seksuolog, spotykający się z żywą krytyką swojej popularyzatorsko-oświeceniowej działalności – znalazłem się pod wrażeniem tematów i dyskusji toczących się w tym piśmie. Jestem urzeczony aktywnością lekarzy mających skrajne opinie, motywacją do ich wyrażania, czy działalności społecznej w tym zakresie. Zostawili oni swój ślad! Nie pozostali obojętni na sprawy aktualne!

Nie bądźmy bierni, dajmy wyraz swoim opiniom, bo tylko tak możemy zmieniać świat, w którym żyjemy.

W tym kontekście chciałbym wyrazić poparcie i uznanie dla osób czynnie protestujących przeciwko aktualnej sytuacji prawnej kobiet – skazanych na tak zwane przegrane narodziny. Z mojego punktu widzenia zmiany prawa wprowadzane bez konsultacji społecznych, tylnymi drzwiami, z pogwałceniem opinii społeczeństwa, którego bezpośrednio dotyczą – co manifestują protestujący – są sygnałem, że można wszystko! Dzisiaj możliwa jest zmiana prawa dotycząca aborcji „eutanatycznej” (bo tak powinno się ją uczciwie nazywać, a nie epatować pojęciem eugeniki. Jednoznacznie pejoratywnie klasyfikującym zjawisko i budzącym skrajne emocje). Jutro możliwa będzie prawnie usankcjonowana penalizacja pracy edukatorów seksualnych w imię czyichś mniejszościowych przekonań. Nie mogę się z tym pogodzić. Nie akceptuję życia w moim kraju, który nieuczciwie i nierówno traktuje swoich mieszkańców. Kraju, który chciałbym, żeby był miejscem życia i pracy moich dzieci, a nie tylko wspomnieniem, że był miejscem życia ich rodziców. Młodzi ludzie mają w tej sytuacji mniejszy imperatyw, aby tu zostać.

Brzmiały mi jeszcze w uszach słowa postanki skierowane do lekarzy niezadowolonych ze sposobu organizacji ich pracy przez państwo – „Niech jadą...”. Brzmiały mi w uszach słowa prezydenta III RP skierowane do nieposłusznych władzy prokuratorów – „Akurat w zawodach

prawniczych jest tak, że zawód prawniczy można sobie zmienić. Będąc prokuratorem, można przejść do innego zawodu prawniczego. Jeżeli państwu prokuratorom jest tak bardzo źle, to ja tutaj problemu nie widzę. Są inne możliwości, niekoniecznie trzeba w zawodzie państwowym prawniczym pracować. Można być adwokatem, można być radcą prawnym, notariuszem”.

Zawód lekarza, tak jak prawnika, to tzw. wolny zawód albo – zgodnie z aktualną definicją – zawód zaufania publicznego. Czy tak samo mamy się przekwalifikować, zrezygnować wbrew sobie z wolnego wyboru? W jak szerokim wachlarzu możliwości zawodowych mamy się realizować? Czy mam nie wykonywać zawodu seksuologa, edukatora seksualnego na podstawie i w granicach wyznaczonych przez prawo wykonywania zawodu, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami praktycznymi, bez naruszenia zasad etyki lekarskiej? Określa to art. 4 UZLLD: przy zastosowaniu aktualnej wiedzy medycznej; dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób; z zastosowaniem zasad etyki zawodowej; z należytą starannością.



Baner fundacji Pro-Prawo do życia z bydgoskiej pikiety, na który zareagował doktor Maciej Socha

Chciałbym także wyrazić swoje głębokie poparcie dla postawy obywatelskiej dr. Macieja Sochy. Jego akt „obrzucenia jajkami kłamliwego transparentu” pojmuję w kategoriach bardzo ostatnio pożądane-go nieposłuszeństwa obywatelskiego. Dr Socha był w tej sytuacji obywatелеm. Nie występował jako lekarz. Wyraził swoją niezgodę na kłamstwo szerzone w przestrzeni publicznej. W moim rozumieniu to akt wielkiej odwagi, a jednocześnie jeszcze większej bezsilności wobec nienawistnych postaw. Tak jak dr Socha w licznych wywiadach podkreślał, osiągnięcie stabilnej pozycji zawodowej, bycie znanym i cenionym lekarzem oraz zajmowanie wysokich stanowisk nie powinno być ograniczeniem, ale powinno budzić poczucie obowiązku, aby poruszać sprawy kontrowersyjne, trudne, wymagające dyskusji i zmian.

Zamiast budować pomnikowy obraz lekarzy, weźmy się za działanie. On, stawiając na szali swoją reputację, miał świadomość, że w inny sposób nie jesteśmy w stanie zwrócić naszej uwagi na to, że wobec kłamstwa szerzonego publicznie państwo nie działa! Tak bardzo jaszkrawo brzmi tutaj przytoczone przeze mnie słowa Burke'a. Przechodzimy obojętni wobec otaczających nas siewców nienawiści. W tym aspekcie – mając na uwadze wartość naszego biuletynu jako kanału komunikacji między lekarzami, przedstawicielami zawodu zaufania publicznego, i mając na sercu społeczny wymiar naszej pracy – upatruję aktywność BIL w uwrażliwieniu nas na problem. Zachęceniu do odwagi w zajmowaniu zdecydowanych postaw, wyrażaniu niezgody na szerzenie kłamstw, a przynajmniej zachęcaniu do refleksji nas lekarzy, naszej społeczności zawodowej, ale i obywatelskiej.



Dziękujemy Redakcji „Primum” za poruszanie spraw LGBT+

Jako młodzi lekarze rodzinni kierujący się aktualną wiedzą medyczną widzimy konsekwencje braku rzetelnej wiedzy z zakresu seksuologii nie tylko wśród naszych pacjentów, ale również wśród personelu medycznego. Osoby nieheteronormatywne zmagają się z wieloma problemami – m.in. ukrywanie swojej tożsamości, brak akceptacji w bliskim otoczeniu, brak równouprawnienia w miejscu pracy i w sektorze ubezpieczeń oraz brak kompetentnej opieki zdrowotnej. Badania jednoznacznie pokazują, że osoby należące do mniejszości

seksualnych obawiają się stygmatyzacji oraz przejawów homofobii ze strony pracowników służby zdrowia, co bywa powodem unikania lub też opóźniania kontaktu z lekarzami. Niestety, edukacja na temat zdrowia osób LGBT+ jest konieczna w naszym środowisku ze względu na znikome przygotowanie medyczne z zakresu opieki nad pacjentami LGBT+ wśród lekarzy.

Lek. Mariusz Gawrych
przedstawiciel Zarządu Młodych Lekarzy Rodzinnych
kujawsko-pomorskiego oddziału wojewódzkiego

Ad vocem...



...do artykułu dr. n. med. Bartłomieja Wolskiego (Primum 355, s. 16–17)

WOJCIECH KOSMOWSKI

Odnosnie do „wdrukowywania poglądów” polecam uwadze dokument „Executive Order on Preventing and Combating Discrimination on the Basis of Gender Identity or Sexual Orientation”, wydany 20 stycznia 2021 r. (1). W Stanach Zjednoczonych na mocy dekretu prezydenta nie wolno dyskryminować na podstawie identyfikacji płciowej czy orientacji seksualnej, co oznacza np. to, że biologiczny mężczyzna identyfikujący się jako kobieta ma mieć w szkole wolny dostęp do kobiecych przebieralni, do toalet i możliwość uprawiania sportów w kategoriach kobiecych. W samych Stanach Zjednoczonych wywołuje to kontrowersje, np. w związku z Pierwszą Poprawką do Konstytucji, która gwarantuje wolność religijną, a w wielu religiach płeć ma istotne znaczenie. Ponadto stwarza to różne trudności praktyczne. Nie są tu też brane pod uwagę np.: wrażliwość dziewczynek, obyczaj, tradycja (2).

Historia zna wiele przykładów tego, do czego prowadzić może niewłaściwe wychowanie czy indoktrynacja (jak widać po pierwszym przykładzie, problemy dotyczące wychowania nie dotyczą wyłącznie reżimów totalitarnych z przeszłości).

Na pewno budzi zainteresowanie liczba przestępstw przeciwko wolności sumienia i wyznania, tj. przerywanie nabożeństw religijnych, która skokowo wzrosła w ubiegłym roku. Można też wpisać w YouTube hasło np. „ataki na kościoły w Polsce”. Jest tam bogaty materiał faktograficzny, a nagrania były wykonywane częstokroć przez sprawców. Specjalny apel wystosował w związku z tym premier (3). Zdaniem niektórych – należy zmienić prawo, bo jest za bardzo restrykcyjne i następuje wzrost liczby spraw tego typu. Ilustruje to tytuł artykułu: «Coraz więcej aktów oskarżenia o obrazę uczuć religijnych, w tle tęcze barwy. „Forma szykany”» (4). Jest to zastanawiające, że osoby walczące o tolerancję nie tolerują wartości religijnych innych osób.

To wszystko są spostrzeżenia socjologiczne i polityczne. Warto mieć wiedzę w tym zakresie, zwłaszcza jeśli praktykuje się psychiatrię albo seksuologię. Według mnie – lekarze powinni troszczyć się o zdrowie i życie chorych niezależnie od różnych uwarunkowań – i tu myślę, że się zgadzamy. Podkreślałem w moim artykule, że troska lekarzy powinna dotyczyć leczenia, a nie określenia

togo, kto jest bardziej dyskryminowany. Z wiedzy natomiast, że ktoś jest dyskryminowany czy szykanowany, wynika spostrzeżenie, że jest to jeden ze stresorów dla tej osoby. Pomaga to w lepszym rozumieniu pacjenta i w doborze skuteczniejszych środków terapii.

Dziękuję za informacje o źródłach. Jednak raport „Dalia” zawiera pod przekazany linkiem jedynie jeden plakat z przedstawieniem odsetka populacji 8 krajów europejskich identyfikującego się jako LGBT, bez podania metodologii badania, w tym zwłaszcza wielkości grupy badanej, doboru osób do badania. Natomiast w studium Z. Izdebskiego podane są tylko dane na temat osób identyfikujących się jako heteroseksualne, homoseksualne, biseksualne, asekualne. Sam autor przyznaje, że np. dane na temat homoseksualnych kobiet są niereprezentatywne ze względu na wielkość i charakterystykę badanej grupy.

Obecność w kulturze niektórych społeczeństw „niebinarności” nie oznacza, że cały świat ma to przyjąć i propagować. Zacytowana data opublikowania terminu „niebinarność” w słowniku Collins potwierdza nowość tego paradygmatu. Badania B. Malinowskiego opublikowane w dwutomowym dziele „Zwyczaj i zbrodnia. Życie seksualne dzikich” stanowią ciekawy przyczynek do rozwoju antropologii społecznej. Nikt jednak nie proponował, by cały świat przyjął taki sam sposób funkcjonowania. Lansowanie obcych kulturowo wzorów nie musi sprzyjać zdrowiu, z całą pewnością stwarza ryzyko akulturacji z negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia psychicznego.

1 <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/presidential-actions/2021/01/20/executive-order-preventing-and-combating-discrimination-on-basis-of-gender-identity-or-sexual-orientation/>

2 <https://www.jdsupra.com/legalnews/president-biden-s-executive-order-on-4474666/>

3 <https://youtu.be/Oaes-ckpwZU>

4 <https://www.tokfm.pl/Tokfm/7,103087,26643690,coraz-wiecej-aktow-oskarzenia-o-obraze-uczuc-religijnych-w.html>

O autorze: dr n. med., dr n. teol. Wojciech Kosmowski jest specjalistą psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, adiunktem w Katedrze Psychiatrii CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, w latach 2007–2013 sekretarz ZG Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, obecnie przewodniczący Oddziału Kujawsko-Pomorskiego PTP

W rejestracji gabinetu czeka młoda dziewczyna, na oko 17 lat. Przez tę chwilę, kiedy wychodzę do nowego pacjenta, w poczekalni przez wyłożony lustrami łącznik mam możliwość krótkiej obserwacji, co dzieje się w środku. Kręci się nerwowo w fotelu, jak przed wizytą u dentysty.

– Dzień dobry – zapraszam do gabinetu. – W czym mogę pomóc? Widzę, że cera już wygląda fantastycznie! Więc skąd ten smutek? – W międzyczasie czytam opis poprzedniej wizyty 2 miesiące temu – pierwszej wizyty u ginekologa w życiu tej dziewczyny. „Zaburzenia miesiączkowania. Trądzik guzkowy. Konsultacja ginekologiczna zalecana przez dermatologa – pacjentka przed włączeniem retinoidów. VIRGO.USG – TR – endometrium 12 mm, w jajniku prawym stan po pęknięciu p. Graffa. Rozmowa edukacyjna. Zalecono – COCs. Rp 3 op. Kontrola za 3 msc”.

– Pani doktorze... (płacz... podaję chusteczkę...) bo ja nie wzięłam tych tabletek... i nie mam miesiączki, ale my tylko raz... mama nic nie wie... a ja biorę te tabletki na trądzik... – płacze.

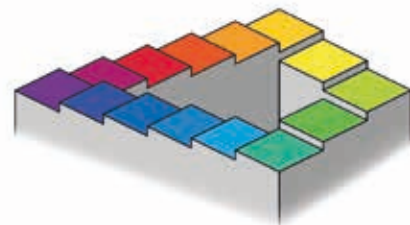
– Pani Anno, stosunek bez zabezpieczenia, bez prezerwatywy?

– No... ale to był tylko raz....

Opis dzisiejszej wizyty: „USG TV – w jamie macicy pojedynczy pęcherzyk ciążowy z echem żywego zarodka. CRL – 8 +3”.

Anna na pierwszej wizycie nie przyznała się do tego „jednego razu”. Deklarowała się jako VIRGO, stąd usg transrektalne. Myślała, że jej się „upieczę”...

...iluzji Eschera



czyli o złudzeniu edukacji seksualnej

BARTŁOMIEJ
WOLSKI

Sytuacja miała miejsce miesiąc przed ogłoszeniem wyroku TK mgr Julii Przyłębskiej. W momencie poczęcia istniały jeszcze wtedy przesłanki do zastosowania ustawy z 1993 r. w przypadku ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu – jeśli potwierdziłyby się wady w związku z teratogennym działaniem retinoidów. Istniały, ale ciąża nie zaczyna się od 22 tygodnia. Niektóre letalne wady płodu możemy potwierdzić najwcześniej około 10–11 tygodnia, krytyczne embriopatie polekowe powstają w okresie 4–8 tygodnia ciąży. Jak potraktować prawnie tę sytuację? „Stosowanie izotretynoiny w ciąży może powodować wystąpienie wad rozwojowych płodu (wodogłowie, mikrocefalia, wady rozwojowe mózdzku, tetralogia Fallota, defekty przegrodowe, niedorozwój łuku aorty, opóźnienie rozwoju umysłowego) – ryzyko wystąpienia wad rozwojowych dotyczy aż 19% porodów przedwczesnych i poronień samoistnych” – czytamy...

W takich momentach zadaję sobie pytanie – co poszło nie tak? Jak aktualnie

funkcjonuje edukacja seksualna w polskich szkołach? Kto się nią zajmuje i jakie zagadnienia obejmuje jej program? Jaką rangę ma ten przedmiot wśród innych dziedzin, których znajomość przydaje nam się w życiu, takich jak matematyka, język polski czy języki obce? Dlaczego młodzi ludzie boją się otwarcie, bez poczucia „naruszania tabu” rozmawiać o sprawach najbardziej bliskich ich życiu, od których zależy ich przyszłość? Czy chcemy tego, czy nie – nasze dzieci będą podążać za swoimi naturalnymi instynktami, które dyktuje fizjologia okresu dojrzewania. Żadne zakazy czy penalizacja nie przesuną okresu rozwoju hormonalnego na sztucznie określone granice wiekowe.

Jeśli ktoś z Państwa zna prace grafika Mauritsa Eschera, wpisując się w galerię tzw. figur niemożliwych, proszę spojrzeć na jego litografię „Klimmen en dalen” – „Wchodzenie i schodzenie”. Jest to dwuwymiarowy obraz klatki schodowej na planie prostokąta: schody zakręcają cztery razy pod kątem 90 stopni, biegnąc w górę i w dół, a jednocześnie tworząc ciągłą pętlę. Dzięki temu powstaje wrażenie, że człowiek może się na nie wspinać bez końca i nigdy nie wejść na wyższe piętro, co nie jest możliwe w świecie trójwymiarowym.

Czy osoby idące z przeciwległych stron po tych schodach poruszają się w tym samym czy rozbieżnym kierunku? Paradoksalnie chcą osiągnąć ten sam cel. Czy ostatecznie wszystkim nam chodzi o osiągnięcie tego samego? Szczęśliwego życia, minimalizowania zagrożeń, świadomych decyzji?

Biorąc pod uwagę bezrefleksyjny fundamentalizm, który doprowadził do zburzenia obecnego „konsensusu aborcyjnego-

go” z 1993 r., można sobie łatwo wyobrazić, jak potoczą się losy innych projektów obywatelskich K. Godek. „Obiekty nie-możliwe” są jednak możliwe.

Projekt „Stop pedofilii” – ma na celu zapewnienie prawnej ochrony dzieci i młodzieży przed deprawacją seksualną i demoralizacją, która rozwija się w niebezpiecznym tempie i dotyka tysięcy najmłodszych Polaków za pośrednictwem tzw. edukacji seksualnej.

Kłamliwie jest zrównywanie edukacji seksualnej z propagowaniem pedofilii. Penalizacja tej „innej czynności seksualnej” zagrożona ma być karą nawet do 5 lat więzienia dla edukatorów. Czy zbliżamy się do granic absurdu? Jak wynika z badań, osoby skazane z powodu pedofilii to osoby, które miały braki w edukacji seksualnej lub korzystały ze źródeł, które nie edukują, a niszczą seksualność – np. z pornografii. Co piąty nastolatek ma codzienny kontakt z materiałami pornograficznymi. Edukacja seksualna jest potrzebna, aby równoważyć przekazy nacechowane przemocą i wypaczające intymną sferę człowieka, przekazujące pozanormatywne informacje. Błędem powszechnym jest traktowanie edukacji jako wiedzy wyłączonej na temat podejmowania aktywności płciowej.

Za inicjatorami ustawy stoi zapewne pierwotny strach, niezrozumienie natury rozwoju dziecka. Zagadnienia zawarte w standardach edukacji wg WHO są traktowane z lękiem, a temat, jak przebiega proces edukacji seksualnej, owiany jest mitami o nauce masturbacji itd. Czy straszenie grupą LGBT, powiązaną z pedofilami, zaangażowaną rzekomo w promowanie tej edukacji – to celowa manipulacja osób popierających ten projekt? Przekazy w przestrzeni publicznej są nierzetelne, nazwa projektu myląca – wszak potępiamy przecież zjawisko pedofilii, powinniśmy więc popierać ten projekt...

W powszechnej świadomości funkcjonuje stereotyp tzw. niewinnego dziecka. Niewinność rozumiana jest tu jako fałszywy konstrukt braku wiedzy o seksualności, braku świadomości własnej seksualności i możliwości jej ochrony. Odmawianie dziecku i traktowanie go jako „niewinnego” w ten sposób jest odmawianiem mu wiedzy, a jednocześnie prewencji. Narracja ustawodawców, którzy wskazują, że wiedza nawet dla małych dzieci jest czymś zagrażającym – jest niezwykle kłamliwa, oszukuje społeczeństwo i wprowadza rodziców w błąd. Powoduje to, że dziecko w ryzykownych sytuacjach – nie wiedząc na czym polega norma i odchylenie od niej – może wejść w sytuacje dla niego niewłaściwe i nie być w stanie sobie pomóc. Niewiedza i niewinność dziecka to nie są jego atuty! Człowiek, który wie, czym jest jego seksualność, niezależnie od tego ile ma lat, to człowiek świadomy, który może kierować nią na swoim poziomie. Brak wiedzy prowadzi do nieszczęścia.

W erze przedfreudowskiej dziecko uznawane było za istotę asekualną. Koncepcja kontroli apetytów, która zakładała, że do jakiegoś momentu człowiek nie powinien wykazywać zainteresowań, a potem nagle zacząć przejawiać pełen zestaw kompetencji w tym zakresie – skompromitowała się. Późniejsze prace Freuda z 1905 r. wpłynęły na te zmiany. W miarę rozwoju nauki zmieniła się koncepcja i uświadomiono sobie, że nawet płód w tonie matki wykazuje cechy istoty seksualnej.

U niemowląt w pierwszym roku życia zainteresowanie genitaliami zaczyna się gwałtownie wzmacniać, bo następuje jego rozwój motoryczny i dziecko może eksplorować swoje ciało. Nie powinniśmy hamować takich wątków rozwojowych, bo to jak hamowanie nabywania zdolności chodzenia w obawie przed nabiciem sobie guza.

Niezrozumiałe jest uznawanie ciągłości rozwoju poznawczego, podczas gdy rozwój seksualny miałby być hamowany i ruszyć dopiero od wskazanego przez ustawodawcę momentu. Niewiedza nie chroni człowieka przed zachowaniami, bo istnieje przecież motywacja

poznawcza i emocjonalna działań. Dziecko wyedukowane powinno wiedzieć, jakie są warunki przemyślanej decyzji. Wiedza to nauka korzystania z niej, a nie przymus.

Skąd czerpiemy informacje o naszej seksualności? Od pierwszej klasy szkoły podstawowej działa edukacja rówieśnicza i ona też ma swoją rolę, nie unikniemy tego. Edukują media i internet. Pierwszy kontakt dziecka z pornografią następuje już w wieku 9 lat, a do 12 roku życia obejmuje około 30% nastolatków. Czytanie książek też może być zagrożeniem, więc może promujemy analfabetyzm?

Kto powinien edukować seksualnie nasze dzieci – rodzice? szkoła? Są rodzice, którzy obawiają się, co dzieci mogą usłyszeć na takich zajęciach, i woleliby sami zajmować się tym tematem. To bardzo dobry pomysł, aby rodzice edukowali seksualnie dzieci, ale nie TYLKO rodzice. Wszyscy żyjemy w przestrzeni publicznej i przekazy medialne dotyczące seksualności nie dotyczą TYLKO rodziców. Nie zawsze umiemy poradzić sobie z tematem, ponieważ sami nie czujemy się kompetentni. Specjaliści świetnie uzupełniają naszą rolę.

Koncepcje, które mówią o tzw. rozwoju w cyklu życia, zakładają, że każdy wymaga edukacji seksualnej – zarówno dziecko, jak i starszyszek – ale jest to obszar szczególny, intymny. Edukując, trzeba mieć na względzie kompetencje edukatorów, którzy mają pojęcie o dostosowaniu informacji do wieku słuchacza.

Jednak tak często myli się edukację seksualną z seksualizacją. Czym ona jest? W stosunku do dorosłych jest wartościowaniem człowieka jedynie w kategoriach atrakcyjności seksualnej, instrumentalizacją i uprzedmiotawianiem go. W stosunku do dzieci to zjawisko ma miejsce, gdy podajemy lub zgadzamy się na przekazywanie mu informacji przekraczających możliwości rozwojowe, nieadekwatnych do wieku.

Truizmem będzie przywoływanie w tym gronie łacińskiej sentencji „Primum non nocere” (dawnej nazwy miesięcznika PRIMUM). Edukacja seksualna przekazuje wiedzę na temat cielesności, intymności, płciowości – podstawową wiedzę dla człowieka, która ma chronić dzieci. Edukując, dajemy szansę osobie, dziecku, żeby poznała i umiała stosować normy, pokazujemy, jak odróżnić je od patologii.

Ograniczenie edukacji seksualnej może tylko pogłębić zjawisko pedofilii. Podstawą normatywną nie może być norma religijna.

Dlaczego w celu ochrony dzieci kolejny raz nie wspiera się organizacji pozarządowych, które od 30 lat zajmują się taką pomocą, jak np. Fundacja „Dajemy dzieciom siłę”? Za to konkursy wygrywają nikomu nieznane organizacje bez żadnego doświadczenia w tym zakresie – organizacja ProFeto prowadzona przez księdza egzorcystę. I tu przywołam znowu prace Eshera, pozostawiając Państwa z refleksją.

Finał: prowadzę ciążę pani Anny pro bono. Taka była umowa, jeśli rozważy jej kontynuację. Chłopak – ojciec dziecka – wspierający. Przed nami badania prenatalne...

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.



Kobieta – lekarz!

MAŁGORZATA GROSMAN

8 marca to dzień wyjątkowy. Dużo się wtedy mówi o kobietach i wręcza nam kwiaty. Choć na co dzień nasze życie kwiatami wcale usłane nie jest. I nigdy nie było. Większość z nas prowadzi bardzo pracowite życie, czyli podobne do życia naszych matek, babek, prababek. Jest nam jednak łatwiej, bo dziś już w zasadzie żaden zawód nie jest przed nami zamknięty ze względu na płeć. Możemy się więc kształcić w zawodach przed wiekiem dla kobiet niedostępnych. Zostawać lekarkami, prawniczkami, policjantkami...



Książka już w marcu będzie dostępna na rynku w formie drukowanej oraz w postaci ebooka

Nie wiedzieć czemu nasze wyobrażenie o życiu sprzed wieku czy dwóch jest z gruntu fałszywe. Ten fałsz dotyczy życia połowy społeczeństwa. Konkretnie – życia kobiet. Wyobrażamy je sobie, przez pryzmat literatury, jako słabe istoty, spędzające całe dni na narzekaniu, zakupach, balach. Niewidzialne pozostają zazwyczaj kobiety pracujące: służące, robotnice, chłopki. Te wszystkie kobiety, które musiały pracować, by żyć. Które nie mogły na wiele liczyć, bo niewiele umiały. Które nie kończyły szkół z braku ku temu możliwości i dlatego, że ich bliscy nie widzieli powodu, by dziewczęta do szkoły chodziły. Tym bardziej, by studiowały, potem – by studiowały takie kierunki, jak medycyna i podejmowały pracę w zawodzie. Bo ktoś uznał, że może za nie zdecydować, czego mają pragnąć, czego mogą, a czego nie mogą się uczyć. I skazywał je w ten sposób na wykonywanie prac najgorzej płatnych, bez nadziei na poprawę losu. Na życie trudne, szczególnie gdy pozbawione były wsparcia rodziny, męża. A przecież wiele kobiet, także tych mających dzieci, żyło bez mężczyzn. Bo ci poszli na wojnę lub do powstania, bo zginęli w walce. Bo umarli z powodu jakichś chorób lub po prostu odeszli.

Wielkiego hartu ducha trzeba było więc, wysiłku, żelaznej woli, a pewnie także splotu sprzyjających okoliczności, by się z tego schematu wydostać. Długo udawało się to tylko nielicznym.

KINDER, KÜCHE, KIRCHEN

Nie dotyczy to jedynie średniowiecza czy kilku późniejszych wieków. XIX i XX w. także nie były dla kobiet taskawe. A że lekcje historii, literatura i filmy przekazują nam raczej męski punkt widzenia, opowiadając o wojnach i rewolucjach oraz o wielkich odkryciach dokonywanych przez mężczyzn (oczywiście poza pewnymi wyjątkami), wydaje się nam na przykład, że do świata medycyny udało się kobietom wkroczyć mniej więcej w tym samym czasie, gdy zachęcane były do wsiadania na traktory. Czyli – po II wojnie światowej. Jesteśmy o tym tak mocno przekonani, że niemal nie pamięta się o kobietach, które łamały ten schemat. Rok temu, w stulecie powrotu Bydgoszczy do macierzy, w gronie osób najbardziej zasłużonych dla miasta nie uwzględniono żadnej kobiety: działaczki społecznej, nauczycielki, sportsmenki, aktorki. Jakby Bydgoszcz nadal funkcjonowała w zgodzie z hasłem: Kinder, Küche, Kirchen, a kobiety wciąż siedziały nad kołyskami, w kuchni lub w kościele.

Lekarek sprzed lat też więc nikt przy tej okazji nie przypomniał, choć w ich przypadku zadanie było o tyle trudniejsze, że w ogóle mało kto o nich pamięta. Istnieje wręcz poczucie, że kilkadziesiąt lat temu był to męski zawód, że jeszcze w latach 60. czy 70. ubiegłego wieku kobieta-lekarz była ewenementem.

DOSTĘPNE TYLKO DLA MĘŻCZYŹN

I w tym przypadku było jednak inaczej, niż nam się wydaje, choć mężczyźni przez wieki rezerwowali sobie dostęp do zawodów medycznych. Nie tylko do zawodu lekarza, ale i do pielęgniarstwa. Jedynym odstępstwem była praca zakonnic, które opiekowały się chorymi w przytułkach i szpitalach. Skazywało to kobiety chcące pracować z chorymi na życie zakonne wraz ze wszelkimi tego konsekwencjami: rezygnacją z założenia rodziny, pozostawianiem na marginesie społeczeństwa bez prawa do sięgania po korzyści płynące ze swoich dokonań, cieszenia się uznaniem społecznym i pieniędzmi. Przede wszystkim zakonnice nie miały jednak możliwości rozwoju zawodowego, bo nie mogły należycie pogłębiać swojej wiedzy – studiować i pracować naukowo.

Podobny był los akuserek, na których głowie pozostawiano przez wieki kwestię zdrowia kobiet i ich dzieci, czyniąc z ciąży, porodu, chorób narządów kobiety i opieki nad noworodkami na wieki oboczny temat medycyny.

Sytuacja zmieniać się zaczęła dopiero w połowie XVIII w. – w Halle pierwsza kobieta ukończyła studia medyczne. Był to jednak wyjątek od reguły w skali europejskiej. We Francji pewne ustępstwa na rzecz kobiet poczyniono dopiero wiek później. To wtedy w Wielkiej Brytanii udało się wykształcić pierwszej lekarce. Przyszła pani doktor wiedzę zdobyła jednak na prywatnych kursach, a egzamin zdała w londyńskim Pobożnym Stowarzyszeniu Aptekarzy, które nie zabraniało kobietom dostępu do swojego grona. Przez przeoczenie, jak się potem okazało, bo natychmiast po tym wydarzeniu towarzystwo zabroniło kobietom wstępować w swe szeregi.

DROBNE PĘKNIĘCIA MURÓW MĘSKICH TWIERDZ

Nie powstrzymało to kobiet. Drobne pęknięcia murów męskich twierdz z czasem się powiększały – kolejne kobiety wstępowały na uczelnie, zdobywały dyplomy, podejmowały pracę. Sytuacja Polek, nie mających swojego państwa, była szczególnie trudna, bo zaborcy dbali o to, by Polacy zanadto się nie kształcili. Kto bardzo tego pragnął, musiał wyjechać daleko od domu. Anna Tomaszewicz, po mężu Tomaszewicz-Dobrska, w latach 70. XIX w. miała tę przewagę nad innymi, że dzięki swemu niezwykłemu uporowi otrzymała od rodziny wsparcie i mogła wyjechać do Zurichu na studia medyczne. Gdy jednak je ukończyła i chciała wrócić do Warszawy, zaczęły się problemy. Mimo pozytywnej opinii profesora Henryka Hoyera, prezesa Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, jej wniosek o przyjęcie do niego i nostryfikację dyplomu został odrzucony. Bo była kobietą. Została więc zmuszona udać się do Sankt Petersburga i tam zdać niezbędne egzaminy w Akademii Medyko-Chirurgicznej. Dawna Rosja, jak widać, była bardziej nowoczesna niż Warszawa. A rosyjscy naukowcy bardziej otwarci niż słynny doktor Ludwik Rydygier, zdeklarowany wróg wykształcenia kobiet. Znany ze słów: „Precz więc z Polski z dziwołagiem kobiety lekarza”. Tymczasem to właśnie Anna Tomaszewicz (gdy już wróciła do Warszawy z nostryfikowanym dyplomem) wykonała w 1896 r. pierwsze cesarskie cięcie w Warszawie.

Jeszcze trudniejsze były losy Zofii Sadowskiej – absolwentki żeńskiego Instytutu Medycznego w Sankt Petersburgu. Żeńskiego, bo wtedy nauki medyczne studiowało już więcej kobiet. Środowisko medyczne przez lata starało się jednak o niej zapomnieć. Dlaczego? Dlatego, że była lesbijką i że się z tym nie kryła. Choć może w późniejszym czasie bardziej ze wstydu, że przez kolegów po fachu została za swój homoseksualizm ukarana – Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka odebrała jej na rok prawo wykonywania zawodu za czyny niezgodne z etyką lekarską. Jej występkiem był oczywiście homoseksualizm i nieukrywanie go. To złamało jej karierę, choć po powrocie do pracy wciąż osiągała więcej niż inne kobiety. Ale przecież mogłaby osiągnąć jeszcze więcej. Być może zostałaby na przykład pierwszą lekarką z tytułem profesora.

DZIWOŁĄG DO LAMUSA

Na uniwersytecie w Poznaniu pierwsze kobiety ukończyły studia medyczne dopiero w latach 30. ubiegłego wieku, co jednak nie oznacza, że do tego czasu nie było tu żadnych lekarek. Były, jednak ich droga do dyplomu był jeszcze bardziej zawiła.

Ich pojawienie się musiało przynajmniej z początku budzić emocje. Rozmaite, jak łatwo się domyślić. W jednej kwestii miały jednak wielkie szczęście – na terenach byłego zaboru pruskiego brakowało osób wykształconych, bo Niemcy z niechęcią patrzyli na naukę Polaków, w każdym razie wykraczającą ponad minimum. Brakowało tu więc urzędników, nauczycieli, a także lekarzy. To mogło przyspieszyć odejście do lamusa rydygierowskiej koncepcji lekarki-dziwołaga.

BASTIONY NIE DO POKONANIA

W innych zawodach, dodajmy dla porządku, kobietom też nie było lekko. Czasem nawet jeszcze trudniej. W międzywojniu, gdy w kolejnych latach coraz więcej kobiet kończyło studia medyczne, podejmowało pracę jako nauczycielki, robiło karierę aktorską czy muzyczną,

primum

pewne bastiony „męskości” wydawały się być rzeczywiście nie do pokonania.

Jednym z tych bastionów była policja, choć teoretycznie otworzyła ona dla kobiet drzwi już w połowie lat 20. ub.w. Likwidacja dyskryminującego kobiety zakazu miała jednak charakter niemal czysto teoretyczny. Przynajmniej postawiła przed potencjalnymi kandydatkami na policjantki szereg wymogów. Mogły nimi zostać tylko panny i bezdzietne wdowy w wieku od 25 do 45 lat, ze średnim wykształceniem, ochrzczone, które przedstawiły pozytywną opinię dwóch „poważnych” osób. I to jednak nie wszystko. Musiały mieć co najmniej 164 centymetry wzrostu, skromnie upięte, krótkie włosy i ani śladu makijażu. Musiały też zapewnić, że przez kilka lat nie wyjdą za mąż.

NIEZWYKLE ATRAKCYJNA, NIEDOSTĘPNA OFERTA

A jednak oferta ta wielu kobietom wydawała się niezwykle atrakcyjna – policja miała płacić im tak samo, jak mężczyznom. I to było pewnie ostatnim gwoździem do trumny tego pomysłu, może nawet jeszcze bardziej kluczowym niż to, że według wielu osób zwyczajnie nie wypadało, by kobieta założyła mundur. Owszem, było powstanie wielkopolskie i bitwa warszawska, walki, w których kobiety uczestniczyły także w mundurach, ale jednak tam to była kwestia niepodległości, tu zaś chodziło o pieniądze. Dopuszczanie kobiet do policji szło więc opornie, zwłaszcza w byłym zaborze pruskim. Opór społeczny był tu tak wielki, że na przykład w Bydgoszczy przez cały okres międzywojenny nie było żadnej policjantki. I to pomimo iż szybko okazało się – tam gdzie jednak kobiety przebiły się przez męskie mury – że policjantki są niezwykle skuteczne w zwalczaniu przestępstw przeciwko kobietom i nieletnim, takich jak handel ludźmi, stręczycielstwo czy gwałty.

PRAWNICZKI POZA PRAWEM

Jeszcze bardziej nieprawdopodobna, choćby z uwagi na aktualną pozycję kobiet w zawodzie, jest historia polskich prawniczek. Pierwszą prawniczkę wpisano na listę polskiej palestry w 1925 r., w pięć lat później było w Polsce ponad 20 adwokatów. Doszło też do otwarcia innych prawniczych zawodów dla kobiet: sędziego, prokuratora i notariusza. Mocno zresztą spóźnionego w stosunku do konstytucyjnego zapisu gwarantującego już wcześniej kobietom i mężczyznom równy dostęp do zawodów publicznych. Samo uzyskanie dyplomu i aplikacja nic jednak przez kolejne lata nie dawały. Kobiety mogły być już sędzinami? Niby mogły, ale najpierw pozwolono im orzekać jedynie w wydziałach dla nieletnich. Pierwszą sędzią w innym wydziale powołano dopiero w roku 1937, po sześciu latach zwlekania przez ministra sprawiedliwości z jej nominacją. Jeszcze trudniejszy okazał się dla kobiet dostęp do prokuratury. Pierwsza kobieta została do niej przydzielona dopiero w 1936 r., ale nie miała prawa występować przed sądami. Pomimo tego, że przetożeni określali ją jako wybitnie uzdolnioną, minister sprawiedliwości uporczywie odmawiał jej nominacji. A była jedyną kobietą przydzieloną w przedwojennej Polsce do prokuratury.

W Bydgoszczy, jak chyba łatwo się domyślić, żadnej prawniczki w międzywojniu nie było.

To podejście do pracy zawodowej kobiet, ich osobistego rozwoju, kariery, odcisnęło się na losach wielu pokoleń kobiet. I odciska do dziś, skoro bydgoszczanom nie udało się wskazać nazwisk choć kilku kobiet mających znaczący wpływ na dzieje miasta. W zapomnieniu pozostają też nazwiska pierwszych bydgoskich lekarek. Niektóre z nich przypomnimy w kolejnym numerze.

O autorze: Małgorzata Grosman – dziennikarka przez lata związana z „Gazetą Pomorską”, następnie z miesięcznikami poświęconymi zdrowiu i farmacji. Autorka kilku publikacji poświęconych Bydgoszczy: powieści kryminalno-histerycznej „Mord na Zimnych Wodach”, „Ostromecka w opowiadaniach” wydanego w cyklu „Czytanki miejskie” oraz książki „Bydgoszcz jest kobietą”, która niebawem będzie dostępna w sprzedaży.



Trudne początki

bydgoskiej anestezjologii

MIECZYŚLAW BOGUSZYŃSKI

Zarówno w okresie międzywojennym, jak i po drugiej wojnie światowej do końca lat pięćdziesiątych – przygotowaniem pacjentów do zabiegów, a potem ich znieczuleniem zajmowały się pielęgniarki pod nadzorem lekarzy operujących. Postęp w technikach operacyjnych, unowocześnianie wyposażenia – wszystko to umożliwiło wykonywanie coraz bardziej skomplikowanych operacji. Zmuszało to jednak chirurga do pełnego koncentrowania uwagi na przeprowadzanym zabiegu i ograniczało możliwość jednoczesnego kontrolowania stanu ogólnego pacjenta. Tak rodziła się anestezjologia, nowa specjalność lekarska. Nowi specjaliści bardzo szybko udowodnili swą niezbędną, tworząc działy anestezjologii i intensywnej opieki medycznej, chociaż początkowo pracowali nieco w cieniu chirurgów, a dla pacjentów anonimowo.

PIERWSZY KIEROWNIK DZIAŁU ANESTEZJOLOGII

Podobnie przebiegały zmiany w Szpitalu im. dr. A. Jurasza. Wpierw znieczuleniem chorych zajmowały się Siostry Miłosierdzia ze Zgromadzenia św. Wincentego á Paulo, m.in. s. Stanisława Tatulińska, s. Helena Domowicz i s. Antonina Czepek, jednocześnie przełożona szpitala. Z czasem do pracy tej włączano również stażystów i najmłodszych lekarzy. W 1963 r. Miejski Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej ogłosił konkurs na stanowisko kierownika Działu Anestezjologii. Zgłosili się dr Jan Chodzikiwicz z Żyrardowa i dr Witold Dolata z Wrocławia. Wygrał dr Dolata. Do pracy przystąpił 16 października 1963 r. I jak to z nowościami bywa, od razu pojawiły się trudności. Kierownik nowego działu nie otrzymał obiecanej mieszkanie i już w grudniu chciał odejść. Wówczas mieszkanie się znalazło i dr Dolata w Bydgoszcy został. Dział nie przedstawiał

się zbyt imponująco. Wraz z nowym szefem pracowały dwie lekarki: Urszula Skórcz i Walentyna Mikulicz-Siemaszo. Jak wynika z zachowanych dokumentów, zrozumienie dla pozycji i uprawnień nowego Działu nie było na początku zbyt wielkie. W interwencyjnym piśmie dr Dolata pytał, czy dyrekcja chce mieć dobrą współpracę tylko z zabiegowcami czy zależy jej również na właściwym rozwoju anestezjologii. Domagał się udziału anestezjologów w przygotowaniu chorych do operacji. Innowacja ta nie za bardzo podobała się chirurgom, którzy poczuli się zagrożeni w swej niezależności. Poza tym uważali, że jeżeli już mają być specjaliści anestezjologów, to najlepiej przy oddziałach zabiegowych. Dział, zdaniem ordynatorów, mógł też istnieć, ale tylko jako zabezpieczenie w sytuacjach awaryjnych.

Z wolna nowa specjalność zdobywała jednak niezależną pozycję, w czym dr Dolata odegrał znaczącą rolę. Potwierdził to potem w swych wspomnieniach dr Lech Mazur, wówczas młodszy asystent jedynej w tym czasie w Bydgoszcy Kliniki Otolaryngologii Studium Doskonalenia Lekarzy, rozpoczynający specjalizację w anestezjologii: *W tym czasie spotkałem jedyne w Szpitalu anestezjologa – dr. med. Witolda Dolatę i po raz pierwszy zetknąłem się z nowoczesną anestezją i zastosowaniem intubacji dotchawiczej, i środków zwiotczających mięśnie. W tym czasie pojawił się na rynku nowy anestetyk wziewny – halotan. Niestety nie posiadaliśmy wtedy jeszcze odpowiednich parowników, stosowaliśmy więc do znieczulenia zmodyfikowane przez doktora parowniki eterowe z dużą ostrożnością. Dr Witold Dolata posiadał ogromną wiedzę dotyczącą intensywnej terapii i reanimacji. Dzielił się tą wiedzą i zarażał. Niestety za jego czasów szpital nie posiadał nawet defibrylatora. Trudne warunki pracy, kłopoty mieszkaniowe, niemożność pozyskania pomieszczeń dla pełnego wyodrębnienia Działu Anestezjologii zniechęcały dr. Dolatę do pracy w Bydgoszcy. Sytuacja dodatkowo skomplikowała się w 1966 r., kiedy doc. Jerzy Manicki, nowy ordynator, zgłosił zapotrzebowanie na dwóch anestezjologów do swego II Oddziału Chirurgicznego. Dyrekcja zapowiedziała reorganizację Działu Anestezjologii. Dr med. Witold Dolata, któremu zaproponowano stanowisko starszego asystenta anestezjologa na chirurgii, z pracy ostatecznie zrezygnował i przeniósł się do Instytutu Hematologii w Warszawie.*



Witold Dolata



Lech Mazur

POWSTANIE DZIAŁU ANESTEZJOLOGII I REANIMACJI

W tym czasie Dział faktycznie nie posiadał własnych pomieszczeń. Nieliczni jeszcze lekarze specjalizujący się w anestezjologii korzystali z gabinetu dr. Wincentego Kalinowskiego, ordynatora I Oddziału Chirurgicznego. Pokój przy wejściu do Oddziału zajmowały pielęgniarki anestezjologiczne i instrumentariuszki. Jako jeden zespół podlegały oddziałowej bloku operacyjnego – początkowo siostrze Joannie Szwarz, a następnie Gabrieli Dorożyńskiej. Pierwsze świeckie pielęgniarki anestezjologiczne: Wiktoria Chutkiewicz, Wanda Tručko i Krystyna Jankowska były jednocześnie instrumentariuszkami.

Po odejściu dr. W. Dolaty ogłoszono kolejny konkurs na stanowisko kierownika. Nikt się nie zgłosił. W tej sytuacji p.o. kierownikiem Działu Anestezjologii została dr Urszula Skórcz, w trakcie specjalizacji. Funkcję tę pełniła w latach 1966–1968. Ze względów rodzinnych przeniosła się do Gdańska. W okresie jej pracy nastąpiła wyraźna integracja zespołu. Dla swojej grupy lekarzy i pielęgniarek prowadziła szkolenie. Z jej upoważnienia pracę pielęgniarek nadzorowała Wiktoria Chutkiewicz. Zaczęli się zgłaszać chętni do specjalizacji. Poprawiało się wyposażenie. Jak wspominał dr Mazur: *Jednocześnie zaczął napływać sprzęt do mechanicznej wentylacji, do reanimacji i elektrokardioterapii. Jednym z pierwszych aparatów zawłaszczonych przez anestezjologów był aparat Astrupa do pomiarów równowagi kwasowo-zasadowej (laboratorium nie widziało potrzeby jego uruchomienia). Z powodu ciasnoty znalazł miejsce w sekretariacie Kliniki Otolaryngologii prof. Jana Mateckiego, jak zwykle otwartego na wszelkie oznaki postępu. Nasze pielęgniarki wykonywały badania dla całego Szpitala.*

Po wyjeździe w 1968 r. dr Urszuli Skórcz jedynym anestezjologiem był dr Lech Mazur, od 1967 r. specjalista I stopnia, oraz grupa specjalizujących się, głównie kobiet. Dr Mazur został też nowym kierownikiem. Od początku wykazywał się dużą aktywnością. Nawiązał współpracę z Zakładami Naprawczymi Sprzętu Medycznego w Bydgoszczy, kierowanymi przez mgr. inż. Józefa Klucza. Firma nie tylko naprawiała sprzęt medyczny. Podjęła również własną produkcję. Tak powstał pierwszy polski wózek reanimacyjny – skomponowany z otrzymanego z importu elektrokardioskopu, defibrylatora i stymulatora. W zestawie była butla z tlenem, niezbędne leki i strzykawki oraz awaryjne zasilanie bateryjne, w razie braku zasilania z sieci. Wszystko umieszczone na wózku, co zapewniało mobilność i szybkie dotarcie do ciężko chorego na każdym oddziale. Według dr. Mazura, który brał udział w tworzeniu nowego urządzenia, był to pierwszy krok na drodze prowadzącej do powołania w szpitalu oddziału intensywnej terapii. Z czasem opinię tę podzieliła dyrekcja szpitala i wyraziła zgodę na utworzenie Działu Anestezjologii i Reanimacji. Pracę podejmowali kolejni lekarze: Brygida Tessar, Halina Górniak, Teresa Jaszowska, Maria Goc, Józefa Szabunia, Janina Petrusiewicz-Rzeszutek, Elżbieta Ćwikowska-Kassian, Alojzy Borkowski, Irena Byczkowska, Teresa Sikora-Trzczińska, Jadwiga Kędzińska, Ludwika Mikulska i Maria Głuszko. Młody zespół podejmował również działalność naukową. Jego przedstawicielki wygłosiły 7 referatów na ogólnopolskich konferencjach, w tym 2 na zjazdach krajowych. Nieprzerwanie trwało też szkolenie lekarzy i pielęgniarek spoza Bydgoszczy. I jeszcze ze wspomnień dr Mazura: *Ogromną rolę w tym czasie odegrał konsultant regionalny doc. dr Marek Sych z Krakowa. Comiesięczne wizyty w Bydgoszczy łączyły ze spotkaniami w Towarzystwie Lekarskim. Mówił o podstawach znieczulenia i resuscytacji, nowoczesnym spojrzeniu na wstrząs i wielu sprawach nurtujących środowisko. Sala zawsze była wypelniona po brzeg.*

SAMODZIELNY ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ

We wrześniu 1968 r. pielęgniarki anestezjologiczne stworzyły niezależny zespół, z pierwszą oddziałową Barbarą Pazderską-Waszak na czele, która funkcję tę pełniła 9 następnymi lat. Potem, przez około 30 lat, pielęgniarką oddziałową była Maria Dłutkowska. Za

stabilizacją kadrową nie nadążyły niestety nadal warunki lokalowe. Poprawa nastąpiła dopiero na przełomie lat 1969 i 1970. Dr W. Kalinowski, ordynator I Oddziału Chirurgicznego, oddał anestezjologii duże pomieszczenie, które – podzielone na trzy części – umożliwiło stworzenie gabinetu lekarskiego, pielęgniarskiego i niewielkiego zaplecza gospodarczego. W 1972 r. przekazał dodatkowo dwie trzyłóżkowe sale chorych (5 łóżek dla dorosłych i 1 dziecięce). Tak powstał pierwszy w Bydgoszczy samodzielny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej. Specjalistyczne oprzyrządowanie łóżek przygotowały Zakłady Naprawcze Sprzętu Medycznego. W 1972 r. pierwszym ordynatorem został dr Lech Mazur. W swych wspomnieniach pisał: *Praca w oddziale stanowi duże wyzwanie, ponieważ trafiają tu przypadki z całej gamy chorób zagrażających życiu – od ciężkich postaci tęcza, po małe dzieci po zatrzymaniu krążenia lub z zapaleniem mózgu. Do czasu powstania wyspecjalizowanego ośrodka u prof. E. Nartowicza przyjmowano również pacjentów z ciężkimi zawałami serca i zaburzeniami rytmu. Praca w Oddziale wymaga dużego zaangażowania i ustawicznego kształcenia. Od początku działała Szkoła Reanimacyjna prowadząca ustawiczny ciąg szkoleń.*

W połowie lat 70. pracowało w szpitalu już 12 anestezjologów. Dr Mazur starał się wprowadzać wszystkie nowości – nowe techniki anestezjologiczne, znieczulenie dożylnie do krótkich zabiegów, nowe kompozycje leków znieczulających. Wraz ze swoimi współpracownikami uczestniczył w zjazdach i sympozjach. W 1979 r. doktoryzował się jako pierwszy wśród bydgoskich anestezjologów. Tak jak dr Witold Dolata stworzył samodzielny Dział Anestezjologii, a dr Urszula Skórcz zintegrowała jego załogę – tak dr Lech Mazur zorganizował i rozwinął Oddział Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej. W roku 1984 podjął pracę za granicą. Oddział został przekształcony w Klinikę Anestezjologii i Intensywnej Terapii pod kierownictwem dojeżdżającego z Poznania prof. Zdzisława Kruszyńskiego. Ordynatorem została dr Maria Goc. Funkcję tę pełniła do 1999 r.

Dr Goc pracuje nadal w Szpitalu im. dr. A. Jurasza. W 2019 r. obchodziła jubileusz pięćdziesięciu lat pracy w zawodzie, od początku w anestezjologii.

Urodziła się 22 października 1945 r. w Bydgoszczy. Tu w 1963 r. ukończyła II Liceum Ogólnokształcące im. Mikołaja Kopernika. W latach 1963–1969 studiowała na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku. W okresie 1969–1971 odbyła obowiązkowy staż w Szpitalu im. dr. A. Jurasza. Chciała być chirurgiem. Zachęcona przez dr. Lecha Mazura, podjęła specjalizację w anestezjologii i intensywnej terapii. Po latach wspominała: *Krótko po ukończeniu stażu zostałam włączana do pełnienia nocnych dyżurów. Pamiętam dyżur w Sylwestra 1972 r. Dr Koziotkiewicz miał operować noworodka z zarośniętym przetykiem. Był to 4 miesiąc mej pracy. Noworodek miał być zaintubowany i miał otrzymać narkozę eterową. Operator, żeby mnie uspokoić, przyniósł książkę i pokazywał, jak zabieg będzie przeprowadzany. Ponieważ w szpitalu dziecięcym nie było oddziału intensywnej terapii, dochodziliśmy również tam na dyżury. W 1974 r. dr Goc została specjalistką pierwszego, a w 1977 r. drugiego stopnia w anestezjologii.*

Zwiążanie się dr Marii Goc na tak wiele lat ze Szpitalem im. dr. A. Jurasza i nietatwą przecież specjalnością musi budzić uznanie i szacunek.



Maria Goc

Powyższy tekst pochodzi z przygotowywanej przez dr. Boguszyńskiego książki pt. „Z szacunku dla przeszłości – Szpitala im. dr. A. Jurasza droga do Akademii Medycznej w Bydgoszczy”.

Żegnaj nauczycielu!

doktor Kazimierz Kowalczyk
(15.02.1935–11.11.2020)

” Nic dwa razy się nie zdarza i nie zdarzy.
Z tej przyczyny zrodziliśmy się bez wprawy
I pomrzemy bez rutyny...

Wisława Szymborska



I faktycznie tak jest w życiu. Takiego człowieka, jakim był doktor Kazimierz Kowalczyk, nie spotyka się dwa razy.

To ktoś nieprzeciętny, niepowtarzalny, nietuzinkowy... Piszę w czasie teraźniejszym, bo jeszcze tak trudno pogodzić się z tym, że nie ma Go wśród nas.

Doktor Kazimierz Kowalczyk urodził się 15 lutego 1935 r. w Anatolii koto Łucka na Wołyniu. Jesienią 1944 r. – w ramach repatriacji – przesiedlony został z matką i siostrą Janiną z Łucka do Pabianic. Tam też rozpoczął naukę w szkole podstawowej, którą ukończył w 1950 r. w Malborku. Następnie uczył się w Państwowym Liceum Pedagogicznym w Tczewie. Maturę uzyskał w czerwcu 1954 r. W latach 1954–1960 studiował w Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, dyplom lekarza medycyny otrzymał 24 lutego 1961 r. Staż podyplomowy odbył w Wojewódzkim Szpitalu MSW w Olsztynie, następnie, w lipcu 1962 r., został skierowany do pracy w garnizonie w Inowrocławiu, mianowany na stanowisko kierownika izby chorych, potem starszego lekarza. Jednocześnie od 1 sierpnia 1962 r. pracował jako wolontariusz na Oddziale Wewnętrznym Szpitala Miejskiego w Inowrocławiu i w Miejskiej Przychodni Obwodowej, m.in. jako lekarz rejonowy w Poradni Ogólnej Przychodni Rejonowej nr 6 przy al. Okrężnej. 29 maja 1972 r. został specjalistą II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych, następnie kończył kursy w Instytucie Kształcenia Podyplomowego Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. W latach 1973–1974 pracował jako szef służby zdrowia Polskiej Delegacji w Komisji Kontroli i Nadzoru w Wietnamie, później był starszym asystentem w Klinice Chorób Wewnętrznych Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej w Warszawie. W 1976 r., ze względu na stan zdrowia, odszedł do rezerwy (w stopniu podpułkownika) i został zastępcą ordynatora Oddziału Wewnętrznego I Szpitala Miejskiego w Inowrocławiu. W latach 80. korzystał z bezpłatnych urlopów i był lekarzem okrętowym Polskich Linii Oceanicznych w Gdyni (odbywał rejsy m.in. na m/s „Heweliusz” i m/s „Mickiewicz”). Od 1 lipca 1986 r. zatrudniony na stanowisku ordynatora Oddziału Wewnętrznego I Szpitala Miejskiego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu, którym kierował do 31 grudnia 2002 r., do momentu przejścia na emeryturę.

Oprócz medycyny, jego wielką pasją były podróże i wędrówki po górskich szlakach. Wrażeniami z tych wypraw chętnie dzielił się z nami i zachęcał do nich.

Doktor Kazimierz Kowalczyk był moim Nauczycielem, Mistrzem, Wieloletnim Ordynatorem, Drugim Ojcem. Poznałem Go, będąc jeszcze dzieckiem – przystojny doktor w mundurze wojskowym, szarmancki, dostępny, życzliwy, empatyczny, uwielbiany przez moją rodzinę i pacjentów. Już wtedy swą postawą zainspirował mnie do tego stopnia, że postanowiłem zostać lekarzem.

Doktor Kazimierz Kowalczyk wprowadzał nasz liczny, młody zespół w ten trudny zawód, jakim jest zawód lekarza. Przeprowadzał przez kolejne etapy specjalizacji, ciesząc się naszymi sukcesami, wspierając nas również w porażkach. Zawsze pełen empatii, życzliwy, budzący sympatię i zaufanie także w kolejnych przychodzących pokoleniach młodych lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników Szpitala.

Przyciągał wielu, tworząc na oddziale rodzinną atmosferę (w pamięci mam oddziałowe wigilie – pełne ciepła, humoru, wyciąganych z worka przez dr. Marcina Janowskiego, ubranego w czapkę św. Mikołaja, prezentów-niespodzianek, nigdy nie wiadomo przez kogo przygotowanych, które miały żartobliwie określać obdarowaną osobę).

Doktor Kazimierz Kowalczyk, będąc już na emeryturze, pozostał nadal aktywny zawodowo, wspierając nas w pracy, szczególnie w ostatnim okresie trwania pandemii. Mimo chorób, które mu dokuczały, nie obawiał się możliwości zarażenia. Pozostał z nami na pierwszej linii walki z koronawirusem, do końca wierny swemu powołaniu.

Spotkanie Jego na naszej drodze zawodowej traktujemy jako wielkie szczęście. Pozostało po nim puste miejsce przy biurku, zdjęcie, wieczna pamięć i wdzięczność w naszych sercach.

Żegnaj Nauczycielu!

Życzymy szerokiej drogi przez Niebieskie Połoniny, na których, mam nadzieję, kiedyś się spotkamy.

Grzegorz Górny

” Śpieszmy się kochać ludzi tak szybko odchodzą zostaną po nich buty i telefon głuchy...

KS. Jan Twardowski

Koleżance

**dr Dominice
Skrok-Wolskiej**

wyrazy głębokiego współczucia
i słowa wsparcia
z powodu śmierci

MAMY

Składają
współpracownicy z Rejonowej Komisji
Lekarskiej
w Bydgoszczy

Naszemu koledze

**dr. n. med.
Przemysławowi
Jasiewiczowi**

składamy wyrazy głębokiego
żalu i współczucia z powodu
śmierci

MAMY

Lekarze z I Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii z Pododdziałem
Kardioanestezjologii
Szpitala Uniwersyteckiego nr 1
im. A. Jurasza

Z głębokim smutkiem
przyjeliśmy wiadomość
o śmierci naszego Kolegi dr.

Janusza Nagórskiego

specjalisty chirurga dziecięcego,
przez wiele lat
pracującego w Klinice Chirurgii
Dziecięcej Akademii Medycznej
w Bydgoszczy.

Wyrazy współczucia Rodzinie
składają

Zarząd i członkowie
Kujawsko-Pomorskiego Oddziału
Wojewódzkiego Polskiego
Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych
oraz Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie chirurgii dziecięcej

JAK ZAPAMIĘTYWAĆ NIETYPOWE WYRAŻENIA?

Part 2

The **hungry look** of the jeweller **was getting on her nerves**, and she was about to leave when she noticed an adorable pair of earrings in the cabinet by the window. *How much are these*, asked the girl. '\$1000???' **What a rip-off, over my dead body, or rather yours'** she **muttered under her breath with a smirk'**. She looked at the earrings again and she knew it was **love at first sight**. She also knew they were too expensive and would leave her **broke**. *'What the hell, if I love them that much, I will get them, one way or another!*, she thought. **In for a penny, in for a pound!**

To give sb/sth a hungry look – patrzeć na kogoś lub na coś pożądanym wzrokiem (...ja na przykład myślę o ulubionych lodach, łatwo sobie wyobrazić moje wygłodniałe, pożałdliwe spojrzenie).

To get on sb's nerves – dziłać komuś na nerwy, irytować, potocznie zaleźć za skórę.

A rip-off – po prostu zdzierstwo (mi przychodzi na myśl rozdarta kieszeń, z której wszystko wypada – bardzo przydatny zwrot w trakcie wakacyjnych negocjacji, na przykład z handlarzem w Turcji).

Over my dead body – po moim trupie (tu znajdujemy dosłowny odpowiednik w języku polskim, a co naszej bohaterce chodziło po głowie? Zobaczmy...)

To mutter sth under your breath – mamrotać coś pod nosem, najczęściej coś niegrzecznego i niecenzuralnego.

Love at first sight – miłość od pierwszego wrażenia (i tym razem pomaga nam dosłowne tłumaczenie).

I am broke – jestem splukana (wyobraźmy sobie na przykład pęknięty portfel... a w nim tylko echo..)

In for a penny, in for a pound – jak się powiedziało A, to trzeba powiedzieć B – dosłownie wyobraźmy sobie, że gdy dajemy za coś pensa, to co tam, damy i funta... i nic dodać, nic ująć.

Przyznam się Państwu, że przygotowując się do tłumaczeń symultanicznych podczas konferencji, często sama wykorzystuję techniki skojarzeń i uruchamiam wyobraźnię, tworząc przedziwne obrazy, zwłaszcza, gdy słownictwo jest wymagające.

Przyjemnej nauki ☺

Anita Żytowicz

Kontakt ze Szkołą: 607 955 441, 601 942 720

Ogłoszenia – PRACA

■ „Centrum Medyczne przy Chopina” poszukuje **lekarzy specjalistów**. Zainteresowanych prosimy o kontakt. Tel.: 511 030 190.

■ NZOZ Centrum Medyczne „Nad Brdą” Sp. z o.o. zatrudni **lekarza ortopedę** do poradni ortopedycznej. Dokumenty aplikacyjne proszę kierować na adres: sekretariat@cmnadbrda.pl. Informacje pod nr tel. 52 5183470; 533313145 lub osobiście: NZOZ Centrum Medyczne „Nad Brdą” w Bydgoszczy, ul. Dworcowa 63, pok. 135 (sekretariat).

■ Centrum Zdrowia „Błonie” zatrudni **lekarza w POZ**, mile widziany lekarz rodzinny. Telefon kontaktowy: 52 32583851, 52 3258382.

■ „SANITAS” Lekarze Specjaliści Spółka z o.o. w Bydgoszczy zatrudni lub nawiąże współpracę z **lekarzami ortodontami** oraz **lekarzami dentykami**. Realizacja kontraktu NFZ oraz/lub opieka nad pacjentami prywatnymi. Warunki do uzgodnienia. Informacja i zgłoszenia – telefon: 508 355 447 lub e-mail: slinko@sanitas.pl

■ PinkPlace Rehabilitacja Uroginekologiczna poszukuje do współpracy/ do zespołu **lekarza ginekologa**. Osoby zainteresowane proszę o kontakt telefoniczny 600 262 738.

Mój jest ten kawałek podłogi!...

*High life
Bon ton
Savoir vivre
Pardon.*

Jerzy Jurandot



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Cytowany autor motta stworzył arcyciekawą konstrukcję utworu (polecam zapoznanie się z nim), gdzie wybrany przeze mnie fragment stanowi przerwę między częściami tegoż dzieła. Mnie zaś za-inspirował do snucia rozważań nad jego treścią, zwłaszcza nad fragmentem dotyczącym umiejętności życia.

W sieci znalazłem, że zasady *savoir-vivre*'u dotyczą między innymi wyglądu, prezencji i właściwego ubioru. A tu niezujący już Bogusław Kaczyński mówi, że *nauczono go, iż należy mieć maniery, a człowiek cywilizowany nosi garnitur, koszulę i krawat, a poza tym myje zęby i ma czyste paznokcie*.

Te same zasady dotyczą także form towarzyskich na przykład na przyjęciach, zabawach czy balach.

Drzewiej (lubię to słowo) tak bywało, że – zwłaszcza na balach – obowiązywały dobre manieiry. Frak czy smoking były obowiązkowe, a i posiadanie rękawiczek było wskazane, bo jaki to był nietakt – dotykanie w tańcu spoconą dłonią wydekoltowanych pleców partnerki. Tak bywało drzewiej, bo dzisiaj – *przecież się bawię i nie będzie mi jakaś marynarka czy krawat psuć zabawy!* Kiedyś na balach tańczono walca. a nawet mazura, a dzisiaj to „wężykiem”. Jak wesolo, to wesolo (trochę tu pojechałem Wyspiańskim)! Co nam tu maniery!

A już dawno temu Cyceron mówił, *iz człowieka tworzą maniery i charakter*. Właśnie charakter! To właśnie on powoduje, że potrafimy zachować się właściwie w różnych sytuacjach. To on powoduje, że musisz umieć, Człowieku, obchodzić się z ludźmi! Bo jeżeli nie potrafisz, to nie ma dla Ciebie pardonu!

I na pewno nie pomoże Ci wówczas –

*High life
Bon ton
Savoir vivre
Pardon.*

Kiedy piszę te słowa, to mam mróz za oknami. I chyba paluszki mi marzną, więc dalej już nie będę pisać i kończę.

Jak zwykle Wasz

A. Martynowski



Program profilaktyki

wczesnego wykrywania i zapobiegania raka płuca dla mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego

Program spełnia wieloletnie oczekiwania środowiska medycznego odnośnie wprowadzenia skryningu raka płuca i stanowi nadzieję na zmiany niekorzystnych wskaźników epidemiologicznych dotyczących tego nowotworu poprzez poprawienie wykrywalności wczesnych zmian i zwiększenie odsetka resekcyjności.

Celem programu jest:

- zwiększenie udziału osób w wieku aktywności zawodowej w programach profilaktycznych, rehabilitacji i ochronie zdrowia,
- poprawa wykrywalności raka płuca poprzez zastosowanie profilaktyki pierwotnej i wtórnej dla mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego nieobjętych Ogólnopolskim Programem Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) z uwzględnieniem osób w wieku aktywności zawodowej będących w grupie podwyższonego ryzyka.

Realizacja programu polega na działalności informacyjno-edukacyjnej, wyjaśnieniu wątpliwości dotyczących profilaktyki raka płuca, udzieleniu porady antynikotynowej, wykonywaniu badań niskodawkową tomografią komputerową NDTK klatki piersiowej, która szybko, bezinwazyjnie i bezboleśnie wykrywa wczesne zmiany w obrębie płuc, a także utworzeniu Centrum Badań Przesiewowych Raka Płuca. Dodatkowym aspektem jest szkolenie personelu medycznego, pielęgniarskiego oraz pomocniczego w kierunku wykrywalności raka płuca.

Całkowita wartość projektu:

4 439 110,40 zł

Dofinansowanie z Funduszy Europejskich:

3 773 243,84 zł

PACJENT

Program skierowany jest do osób:

- w wieku 55–74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkoletom (paczka dziennie przez 20 lat), okresem absencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat oraz
- w wieku 50–74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkoletom, okresem absencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat, u których stwierdza się jeden z czynników ryzyka:
 - ekspozycja zawodowa na krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadzę, ekspozycja na radon
 - indywidualna historia zachorowania na raka płuca – w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi lub raki zależne od palenia tytoniu, np. rak pęcherza moczowego
 - rak płuca w wywiadzie u krewnych I stopnia
 - historia chorób płuc: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) lub włóknienie płuc (IPF)

Zadzwoń i zgłoś się do programu:

- Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka, ul. dr Izabeli Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz, tel. 52 3743920
- Centrum Diagnostyczno-Lecznicze we Włocławku, ul. Królewiecka 2a, 87-800 Włocławek, tel. 54 2301346.

W celu zagwarantowania udzielenia świadczenia jak największej liczbie osób program dopuszcza możliwość refundacji kosztów dojazdu na badanie. Dla osób sprawujących codzienną opiekę nad osobą niesamodzielną przewidziany jest zwrot kosztów opieki pozwalający na wynajęcie opiekuna na czas badania.

Zwracam się z prośbą o promocję badań u Państwa pacjentów!

LEKARZ

Dodatkową częścią Programu jest szerzenie wiedzy na temat raka płuca wśród lekarzy rodzinnych i lekarzy pulmonologów praktykujących w naszym województwie.

Organizujemy 4 edycje bardzo interesującego i bezpłatnego 5-godzinnego szkolenia on-line.

Odbyły się już 2 edycje szkolenia bardzo wysoko ocenione przez uczestników. Planujemy kolejne 2 edycje w dniu 20 marca 2021 r. (sobota), następne 17 kwietnia 2021 r. (sobota). Liczba miejsc ograniczona.

Tematy szkolenia:

- Epidemiologia raka płuca
- Program badań przesiewowych w raku płuca
- Badania diagnostyczne w raku płuca
- Nowoczesne metody leczenia raka płuca
- Ośrodek narządowy diagnostyki i leczenia raka płuca w Centrum Onkologii – Lung Cancer Centre
- Wybrane ciekawe przypadki kliniczne i pytania.

Uczestnikom szkolenia zostanie przyznanych 5 punktów edukacyjnych.

Proszę o pisemne (e-mail) zgłaszanie chęci udziału w szkoleniu z podaniem jego daty i swojego adresu e-mail oraz miejsca pracy z adresem pocztowym. Zgłoszenia proszę kierować na adres: pluca.bydgoszcz@co.bydgoszcz.pl lub dancewicz@co.bydgoszcz.pl

Dr n.med. Maciej Dancewicz
Koordynator Oddziału Klinicznego Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów
Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy



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





WYBIERZ BMW SERII 3 GOTOWE DO ODBIORU. JUŻ ZA 1150 PLN NETTO/MIES.

Dealer BMW Dynamic Motors
ul. Toruńska 272A
Bydgoszcz
tel.: +48 52 339 5110
www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW Dynamic Motors
ul. Olimpijska 8
Toruń
tel.: +48 56 645 2170
www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW Dynamic Motors
ul. Wyszogrodzka 134
Płock
+48 24 268 24 08
www.bmw-dynamicmotors.pl

Rata miesięczna netto w BMW Comfort Lease dla przedsiębiorców dla BMW 318i Limuzyna za 119 900 zł brutto. Rata uwzględnia komplet kół zimowych. Opłata wstępna 0%, okres leasingu: 48 miesięcy, średnioroczny deklarowany przebieg: 10 000 km, gwarantowana wartość końcowa. Podane ceny są rekomendowanymi cenami detalicznymi zawierającymi podatek VAT oraz podatek akcyzowy i nie są wiążące. Zawarcie umowy uzależnione jest od pozytywnego wyniku weryfikacji prawnofinansowej Klienta oraz zawarcia ubezpieczenia OC/AC. Niniejsze symulacje nie stanowią oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego i nie są wiążące. Prezentowane na zdjęciach modele mogą różnić się wersją silnika oraz mogą zawierać dodatkowo płatne wyposażenie. Indywidualne oferty dostępne u Dealerów BMW. BMW Comfort Lease jest oferowany przez BMW Financial Services Polska Sp. z o.o.