

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

primum

ISSN 2353-6055 • nr 4 (357) / kwiecień 2021

TRZECIA FALA



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 wnętrza dopasowaną do indywidualnych potrzeb i poczucia estetyki.



Otoczenie Parku
nad Balatonem



Duże balkony
i wielkoformatowe okna



Stylowe wykończenie
części wspólnych



Całodobowa ochrona
i ogrodzony teren

Arkada Invest

KONTAKT
tel. 663 959 608
www.arkada-invest.pl

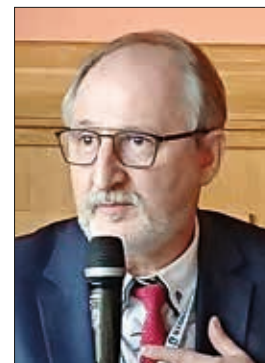
BIURO SPRZEDAŻY MIESZKAŃ
Bydgoszcz, ul. Fordońska 2
(Arkada Business Park)

W NUMERZE:

Z PUNKTU WIDZENIA KONSULTANTA W DZIEDZINIE CHOROÓB ZAKAŻNYCH Trzecia fala – wirus wciąż o krok przed człowiekiem	2
GROŹNY B.1.1.7!	5
ROZMOWA Z... ...dr. n. med. Grzegorzem Pulkowskim: W trybie ostrym	6
...Małgorzatą Grosman: <i>Bardzo żałuję, że nie mogłam poświęcić kobietom – lekarkom więcej czasu i pracy</i>	14
TAK MYŚLĘ! Dochowanie należytej staranności	8
INFORMUJEMY	8, 9, 10
PO COVID-19 Okiem pulmonologa	11
Z CM UMK Trudny czas dla anatomii	12
POZ BEZ TAJEMNIC I Salomon z pustego nie naleje	16
KONFERENCJE W 55. rocznicę pierwszej transplantacji narządu w Polsce	17
ABORCJA ZE WSKAZAŃ PSYCHIATRYCZNYCH – ANALIZA ZJAWISKA	18
POLEMIKI	20
WSPOMNIENIE O... ...Doktor Krystynie Kopa	21
KSIĄŻKI NIE TOP TEN	22
FELIETON	23
W PIGUŁCE	24

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Kto miłuje patrię, zastępuje na miano patrioty. Rządzący powinni nimi być bez wątpliwości i starają się to pokazać, zwłaszcza w czasach niezwykłych. Najpierw tworzą prawo, mam na myśli słynną ustawę o przeciwdziałaniu skutkom pandemii, potem je wdrażają i wtedy zaczynają się problemy. Dlaczego? Bo obywatele nie współpracują z władzą. Wojewoda ubolewa, że na jego apel skierowany do lekarzy, aby zgłaszać się do pracy w jednostkach covidowych nikt nie odpowiedział. Wstyd – gdzie się podzieli patrioci? Nie można ratować ludzi, bo lekarze nie chcą.



Jednak patriotycznie usposobione władze mają na to radę – powołania. Oportuniści się odwołują. Czy można było tego uniknąć? Tak – praktykując nowoczesny patriotyzm, uchwalając dobre prawo umożliwiające właściwe i skuteczne powoływanie, wykorzystując optymalnie cenny czas (problem ewentualnego naboru lekarzy do placówek tymczasowych był znany od grudnia 2020). Każdy lekarz wyrwany ze swojego bieżącego miejsca pracy stwarza lukę, a właściwie poszerza ją, bo i bez tego pracujemy w ciągłym niedoborze kadrowym. Odbija się to na naszym zdrowiu, życiu rodzinnym, nie wspominając o towarzyskim.

Lekarze kierowani do pracy administracyjnie często nie mają odpowiedniego przygotowania zawodowego i doświadczenia niezbędnego w nowym miejscu pracy. Kompetencje są kluczową rzeczą w każdym zawodzie, w lekarskim, wszyscy chyba się zgodzą – szczególnie. Ich brak skutkuje niekiedy błędem i tutaj znów rodzi się problem. Kto chce dobrowolnie odpowiadać za nieumyślnie popełnione winy? Propozycja samorządu lekarskiego – tzw. ustawa o dobrym samarytaninie została tak zmieniona, że nie zapewnia lekarzom bezpieczeństwa prawnego. Nikogo to nie interesuje. Pomijam, że takim losowym wyborem delegowanego można jednym ruchem wyrzucić do góry nogami pracę w całej jego macierzystej placówce. Jeszcze jeden istotny problem: lekarze, będąc w różnym wieku i stanie zdrowia, podejmując pracę w nietypowych dla siebie warunkach – ryzykują zdrowie i życie.

Nie wiem, ilu urzędników zmarło, pełniąc swoje obowiązki, z powodu zakażenia Covid-19, ale lekarzy do grudnia 2020 r. – 43. Cześć ich pamięci, pamięci patriotów, którzy poświęcili życie dla chorych i Polski!

Z pozdrowieniami dla wszystkich i życzeniami spokojnych, zdrowych Świąt Wielkiej Nocy

Dr n. med. Marek Bronisz

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej



Fundacja „Dom Lekarza Seniora” **1%** KRS 0000223048



BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ primum

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

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

REDAKTOR:
Magdalena Godlewska
magodlewska@poczta.onet.pl

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje!
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i poprawiania materiałów oraz zmian w tytułach. Za treść reklam nie odpowiadamy.

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

WYDAWCA:
 Bydgoska Izba Lekarska
85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11
telefony: 52 3460084, 52 3460780

Numer konta BIL:
PKO BP II O/Bydgoszcz 95102014750000830200191197
e-mail: bil@bil.org.pl, www.bil.org.pl

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

DRUK:
Abedik, Bydgoszcz, tel. 52 3700710

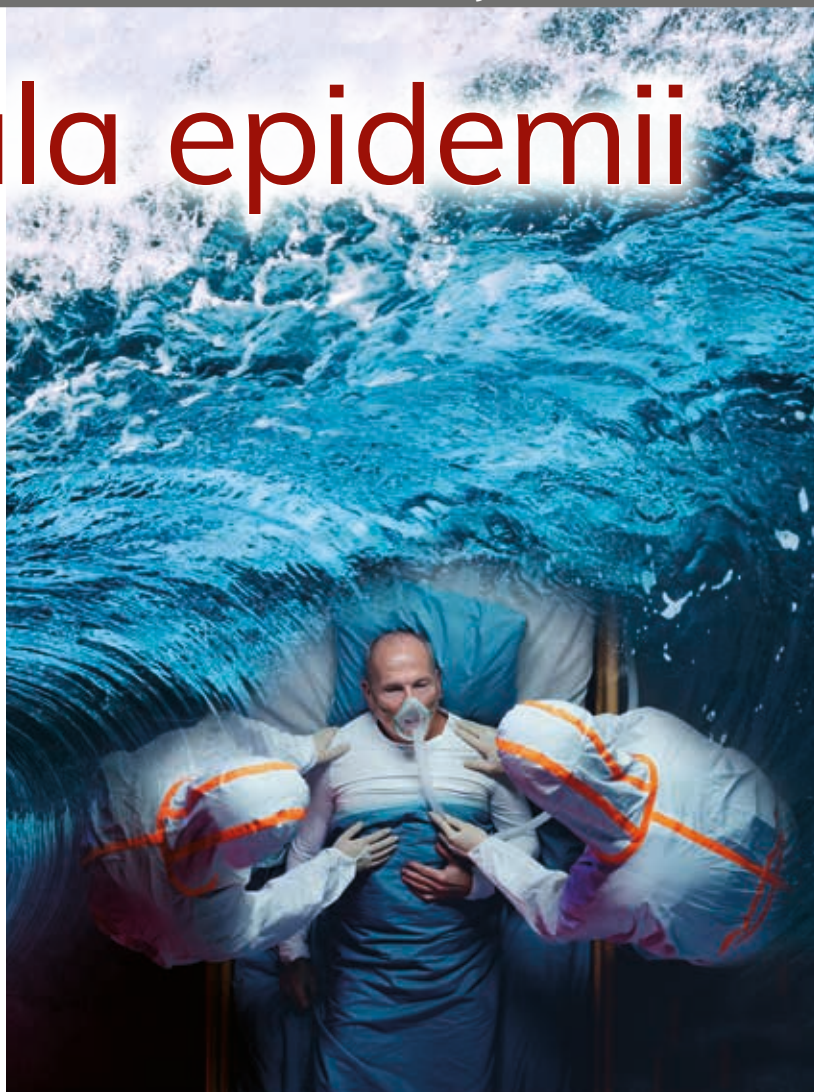
SKŁAD:
Magraf s.c., Bydgoszcz, tel. 52 3791435

Nakład: 4340 egzemplarzy

Trzecia fala epidemii

– wirus wciąż o krok przed człowiekiem

Pomimo iż od pierwszego przypadku zakażenia SARS-CoV-2 na świecie (listopad 2019 r.) mija blisko półtora roku, pomimo iż od pierwszego wykrytego przypadku zakażenia SARS-CoV-2 w Polsce minął ponad rok (4 marca 2020 r.), pomimo takiego postępu nauki, medycyny, technologii – epidemia wciąż trwa i nie daje za wygraną.



PAWEŁ
RAJEWSKI

ZACZĘŁO SIĘ OPTYMISTYCZNIE

Na początku roku cieszyliśmy się, że zaczynamy szczepić przeciw COVID-19 coraz więcej osób, rośnie liczba chcących się zaszczepić, pojawiło się więcej preparatów – obok szczepionek mRNA firm Pfizer/BioNtech i Moderna – mamy szczepionkę wektorową AstraZeneca. Następnie nasz entuzjazm trochę przygasł, bo okazało się, że szczepionek nie ma tyle, ile byśmy chcieli, że są problemy z dostawami. Stąd – by zaszczepić więcej osób w krótszym czasie (co jest uzasadnione z przyczyn epidemiologicznych) – zdecydowano o wydłużeniu okresu pomiędzy podaniem I a II dawki – dla szczepionki firmy Pfizer/BioNtech z 3 do 6 tygodni, Moderna z 4 do 6, a AstraZeneca z 4–6 do 12 tygodni. Wydłużenie tego okresu nie wpływa na zmniejszenie zabezpieczenia przed ciężkim przebiegiem COVID-19 i ryzyko zgonu w przebiegu choroby, bowiem po podaniu I dawki szczepie-

nia ochrona ta sięga ponad 90% po 14–21 dniach od podania. Zmieniły się również zalecenia co do szczepienia ozdowieńców z COVID-19, oczywiście nie ma przeciwwskazań do szczepienia, ale rekomendowane jest podanie I dawki szczepionki po 24 tygodniach od zachorowania, co w wystarczający sposób indukuje odpowiedź humoralną i komórkową, działając jak tzw. booster, czyli dawka przypominająca i uzupełniająca (przechorowanie COVID-19 działa jak I dawka szczepionki).

Zaczęliśmy szczepić również, obok seniorów, nauczycieli, osoby powyżej 60. roku życia, jak i pacjentów z chorobami przewlekłymi – onkologicznymi, poddawanych dializoterapii, pacjentów zakwalifikowanych do transplantacji i po transplantacji czy wentylowanych mechanicznie.

Problem pojawił się z doniesieniami medialnymi i kontrowersjami dotyczącymi bezpieczeństwa szczepionki firmy AstraZeneca i możliwych powikłań zakrzepowo-zatorowych związanych ze szczepionką (zgłoszone 30 przypadków na 3 mln. zaszczepionych), co spowodowało, że wiele krajów wycofało się ze szczepień tym preparatem, a co za tym idzie – wiele osób, które miały się szczepić w Polsce właśnie szczepionką wektorową tej firmy, nie zgłasza się na szczepienia w wyznaczonym terminie. Dotyczy to również osób z grupy 0, czyli ochrony zdrowia. Na chwilę obecną zarówno WHO, jak i EMA nie potwierdziło związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy podaniem szczepienia, a incydentami zakrzepowo-zatorowymi.

Na horyzoncie pojawiły się także inne szczepionki, które powinny w niedalekiej przyszłości trafić również do Polski, jak np. jednodawkowa szczepionka wektorowa firmy Johnson&Johnson.

Również na początku roku cieszyliśmy się, że mamy mniej zachorowań, mniej osób w szpitalach z powodu COVID-19 i związany z tym spadek liczby zgonów, a co najważniejsze – na horyzoncie koniec pandemii. Niestety, okazało

się, że wirus wciąż jest o krok przed człowiekiem. Biologia nie lubi pustki, w naturze wirusów leży skłonność do mutacji. Czasami łagodnieją, ale czasami robią się bardziej zjadliwe, bardziej zakaźne. I w tym przypadku pojawiły się nowe warianty, mutacje, np. wariant brytyjski czy zachodnioafrykański, przyczyniające się do wzmożonej liczby zachorowań – bo są bardziej zakaźne, szybciej i łatwiej się rozprzestrzeniają i niestety – patrząc po przebiegu choroby – są bardziej agresywne. To – obok otwarcia w połowie lutego hoteli w górach i nad morzem oraz przeświadczenia ludzi o tym, że już jest lepiej, bezpieczniej, skoro odmraża się gospodarkę, turystykę, co sprawiło, że puścili im hamulce – doprowadziło bez wątpienia do wzrostu liczby zakażeń, czyli początku 3 fali epidemii. Stąd, podkreślam po raz kolejny, tak ważne jest zasłanianie ust i nosa, ale nie przyłbicą czy szalem, ale maseczką, a w obliczu bardziej zakaźnych wariantów koronawirusa najlepiej chirurgiczną czy FFP2, FFP3.

MŁODY WIEK JUŻ NIE CHRONI PRZED SARS-CoV-2

Szacuje się, że wariant B.1.1.7 koronawirusa (brytyjski) obecny jest w Polsce na poziomie 30–40%, a w województwach objętych strefą czerwoną – warmińsko-mazurskim i pomorskim w około 70%!

Niestety zauważalne jest również pewne odwrócenie trendu – do tej pory koronawirus SARS-CoV-2 faworyzował osoby młode, które chorowały głównie w sposób bezobjawowy lub skąpoobjawowy, rzadko trafiając do szpitala z powodu COVID-19, a jeszcze rzadziej umierały w przebiegu choroby. Obecnie coraz więcej młodych ludzi poniżej 60. roku życia trafia do szpitali z powodu ciężkiego śródmiąższowego zapalenia płuc w przebiegu COVID-19, z powodu niewydolności oddechowej, nierzadko potrzebując wysokoprężynowej tlenoterapii czy respiratoterapii. Niestety, również umierają z powodu COVID-19...

Do tej pory struktura zgonów w Polsce z powodu COVID-19 (na 01.03.2021.) przedstawiała się następująco:

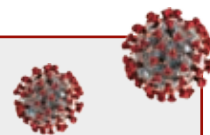
grupa wiekowa	liczba
0–10 lat	27
11–20 lat	13
21–30 lat	85
31–40 lat	350
41–50	901
51–60 lat	2752
61–70 lat	9452
71–80 lat	13168
powyżej 80 lat	17015
Brak danych	83

ZNÓW BRAKUJE LEKARZY I ŁÓŻEK

Niestety, wraz z odmrożeniem (zmniejszeniem liczby) tzw. łóżek covidowych w styczniu i na początku lutego, co było podyktowane pozornym brakiem trzeciej fali epidemii (która pierwotnie miała pojawić się pod koniec stycznia / na początku lutego – związek ze świętami, sylwestrem, feriami zimowymi), spadkiem

Dokończenie na s. 4

ZASADY OPIEKI NAD CHORYM Z COVID-19 W ZALEŻNOŚCI OD STADIUM KLINICZNEGO CHOROBY



W większości przypadków zakażenie SARS-CoV-2 przebiega w sposób bezobjawowy lub skąpoobjawowy i nie wymaga hospitalizacji, a pacjent pozostaje pod opieką lekarza podstawowej opieki medycznej. Jest to tzw. stadium kliniczne 1.

- ▶ Zazwyczaj pacjenci w stadium 1 nie wymagają żadnej terapii specjalistycznej, a jedynie monitorowania stanu klinicznego. Stąd ważna jest współpraca pomiędzy pacjentem a lekarzem POZ i utrzymywanie stałego kontaktu telefonicznego (teleporada), a w razie konieczności kontaktu osobistego w poradni lub domu osoby chorej.
- ▶ U pacjentów z objawami klinicznymi można stosować leki przeciwgorączkowe i przeciwbólowe na zasadach ogólnych (paracetamol; NLPZ) oraz leki objawowe.
- ▶ Bardzo ważne jest zwrócenie uwagi na odpowiednie nawodnienie pacjentów, zwłaszcza jeśli towarzyszy im utrata smaku i węchu czy biegunka, jak również odpowiednie odżywienie i odpoczynek.
- ▶ Stosowanie glikokortykosteroidów w tym stadium jest bezzasadne, a nawet może być szkodliwe poprzez wpływ na nasilenie replikacji wirusa i przez to pogarszać rokowanie. Ponadto nie wykazano skuteczności zastosowania tej grupy leków u chorych niewymagających tlenoterapii.
- ▶ Stosowanie antybiotyków (w tym azytromycyny), leków przeciwgrypowych (w tym oseltamiviru, fawipirawiru), przeciwwirusowych (w tym amantadyny, lopinawiru z rytonawirem), chlorochiny, hydrochlorochiny, witaminy D, witaminy C, cynku, selenu czy heparyny drobnocząsteczkowej – nie jest wskazane z powodu zakażenia SARS-CoV-2, o ile nie uzasadniają tego inne schorzenia pacjenta.
- ▶ Pomocnym narzędziem w ambulatoryjnym monitorowaniu stanu zdrowia pacjenta – ocenie wydolności układu oddechowego jest pulsoksymetr. Badanie saturacji (SpO₂) jest szczególnie ważne dla osób starszych > 60 roku życia i z chorobami współistniejącymi. Pomocne w tym mogą być systemy elektronicznego monitorowania SpO₂ – PulsoCare dla osób > 55 roku życia w ramach programu MZ – Domowa Opieka Medyczna. W przypadku chorych objętych tym programem, którzy nie posiadają dostępu do internetu, wyniki pomiarów można podawać, dzwoniąc na specjalną infolinię. W stadium klinicznym 1 COVID-19 saturacja krwi powinna być prawidłowa i wynosić $\geq 95\%$. Obniżenie SpO₂ < 95% w powtarzalnych badaniach może sugerować rozwój śródmiąższowego zapalenia płuc, zwłaszcza jeśli towarzyszy temu nasilony kaszel, uczucie duszności, łatwe męczenie się czy ból w klatce piersiowej. W takim przypadku pacjenta należy bezzwłocznie skierować do szpitala zajmującego się pacjentami z COVID-19, celem wykonania RTG /KT klatki piersiowej i oceny zasadności hospitalizacji. Należy pamiętać, że pacjenci z uprzednio rozpoznanymi przewlekłymi chorobami dolnych dróg oddechowych – POCHP, rozedma płuc, choroby śródmiąższowe mogą mieć wyjściowo SpO₂ niższą i należy interpretować ich wyniki indywidualnie.
- ▶ W opiece ambulatoryjnej nad pacjentem z COVID-19 pomocny jest również codzienny pomiar tętna, liczby oddechów i temperatury ciała przez chorego.
- ▶ W ocenie wskazań do hospitalizacji pomocne może być zastosowanie skali punktowej CRB-65, która służy do oceny ciężkości pozaszpitalnych zapaleń płuc. CRB-65 opiera się na ocenie:
 - zaburzeń świadomości (1 pkt),
 - częstości oddechów $\geq 30/\text{min}$ (1 pkt),
 - ciśnienia tętniczego $\leq 90/60$ mm Hg (1 pkt),
 - wieku > 65 lat (1 pkt).

W przypadku uzyskania 2 punktów należy rozważyć skierowanie do szpitala, a w przypadku uzyskania 3–4 punktów należy skierować pacjenta do szpitala.

W niektórych przypadkach stadium 1 choroby, poprzedza jej pełnoobjawową postać i może przechodzić w stadium 2.

liczby osób hospitalizowanych z powodu COVID-19 – pojawił się podobny problem, jak ubiegłej jesieni: brak wystarczającej bazy łóżek dla zwiększającej się liczby chorych zakażonych SARS-CoV-2. Odmrożone łóżka są już zajęte przez pacjentów z innymi chorobami niż COVID-19, których również przybywa i którzy muszą być leczeni, a niestety ich stan przez trwającą pandemię w wielu przypadkach znacznie się pogorszył i dawno już nie obserwowaliśmy tak ciężko chorych pacjentów z tak poważnymi powikłaniami.

Dlatego trzeba szukać miejsc dla pacjentów z COVID-19, w taki sposób, by nie zostało zachwiane bezpieczeństwo chorych z innymi przypadłościami, którzy potrzebują diagnostyki i leczenia. Jedną z takich opcji jest rozszerzenie bazy łóżek o kolejnych 100 miejsc w jednoimiennym Szpitalu w Radziejowie, który w ostatnim okresie pandemii przeszedł modernizację, doposażył się w instalacje tlenowe, kardiomonitoring, respiratory i wiele innych, stając się jednym z wiodących w regionie ośrodków zajmujących się leczeniem pacjentów z COVID-19.

Tylko, żeby obsłużyć dodatkowe 100 miejsc, potrzeba kadry, zarówno lekarskiej, jak i pielęgniarskiej czy ratowników medycznych. Łóżko czy nawet najlepszy sprzęt nie leczy – potrzeba ludzi. Stąd apel wojewody kujawsko-pomorskiego Mikołaja Bogdanowicza o zgłaszanie się chętnych do pomocy. Jako konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych również przyłączyłem się do apelu, bo wiem, jak potrzebna i nieoceniona jest kadra medyczna w walce z pandemią, jaka to ciężka praca, i wiem, że bez jej pomocy nie wygramy tej walki. Być może to już ostatnia taka fala epidemii... Poradziliśmy sobie z pierwszą falą, poradziliśmy sobie z drugą – chociaż było bardzo ciężko, na granicy wydolności naszych organizmów i ochrony zdrowia. Ale właśnie dzięki solidarności kadry medycznej – lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych i diagnostów laboratoryjnych, dzięki jej poświęceniu tę drugą falę pokonał i mam nadzieję, że podobnie stanie się teraz. Podczas I i II fali baliśmy się o swoje bezpieczeństwo, o swoje zdrowie i życie, to było zrozumiałe, teraz nie mamy nic do stracenia. W większości przeszliśmy COVID-19, jesteśmy ozdrowieńcami, inni są zaszczepieni... Pozostają jedynie dobre chęci, wypełnienie przysięgi Hipokratesa, walka w słusznej sprawie o zdrowie i życie mieszkańców naszego województwa, walka, w której na horyzoncie jest wygrana z wirusem, koniec epidemii i powrót do normalności...

Ale czy na pewno? Wszystko teraz zależy od nas... jeśli będziemy przestrzegać zasad DDM, jeśli będziemy więcej szczepić przeciw COVID-19 – jest szansa, że zahamujemy transmisję wirusa... i jeśli nie pojawi się nowa, bardziej złośliwa mutacja SARS-CoV-2 zakończymy epidemię, wygramy z wirusem, przynajmniej czasowo...

PACJENCI WCIĄŻ WOLĄ CHOROWAĆ W DOMU

Niestety, wciąż duży problem stanowią pacjenci z COVID-19 pozostający w opiece ambulatoryjnej, którzy trafiają za późno do szpitala, w drugim czy trzecim tygodniu choroby, niekiedy jeszcze później – już z rozwiniętym śródmiąższowym zapaleniem płuc czy niewydolnością oddechową. Wtedy możliwości leczenia są ograniczone. Leczymy jedynie powikłania, bo wirusa już nie ma, już się w organizmie nie namnaża (do 7–10 dni od pojawienia się objawów klinicznych) i już nie podamy ani osocza ozdrowieńców z COVID-19, ani remdesiviru, bo po prostu nie zadziałają. Z jednej strony to wina samych pacjentów, bo – mając objawy kliniczne wskazujące na możliwość zakażenia SARS-CoV-2 – nie zgłaszają się do lekarza

POZ i nie mają wykonanego testu w kierunku zakażenia, z drugiej strony – pozostając w opiece ambulatoryjnej z wykrytym zakażeniem – często dysmutują, „jakoś to będzie”, mimo odczuwanej duszności, przedłużającej się gorączki i znacznego osłabienia nie szukają pomocy lekarskiej...

DLA PRZYPOMNIANIA: KIEDY PODEJRZEWAĆ ZAKAŻENIE SARS-CoV-2?

W obecnej sytuacji epidemiologicznej zakażenie SARS-CoV-2 może dotyczyć każdej osoby bez względu na wiek, płeć czy choroby współistniejące.

W większości zakażeń (80–90%) przebieg jest bezobjawowy lub skąpoobjawowy, więc często pacjent nie podejrzewa, że może być zakażony – ból głowy, stan podgorączkowy, tępy ból gardła o małym nasileniu, sporadyczny suchy kaszel, luźne stolce, które mijają samoistnie po kilku dniach, czy ostatnio raportowany – ból gardła o typie anginy.

Najczęstszymi objawami klinicznymi mogącymi sugerować zakażenie SARS-CoV-2 są: gorączka (83–98%), suchy kaszel (76–82%), bóle mięśniowe i zmęczenie (11–44%), biegunka, zaburzenia węchu i smaku.

Śródmiąższowe zapalenie płuc w przebiegu COVID-19 rozwija się zazwyczaj po około tygodniu od początku choroby (pomiędzy 5 a 13 dniem), często towarzyszy temu uczucie duszności, łatwe męczenie się przy codziennej aktywności, ból w klatce piersiowej.

Do czynników ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19 należą: starszy wiek > 60, a szczególnie > 80 roku życia, choroby przewlekłe, zwłaszcza układu oddechowego, sercowo-naczyniowego, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, choroby nerek czy wątroby, niedobory odporności i choroba nowotworowa.

Średnia śmiertelność COVID-19 wynosi 2,5% i zależy od wieku chorego i chorób współistniejących. Dla pacjentów < 60 roku życia średnia śmiertelność wynosi <1%, natomiast > 80 roku życia przekracza 20%. Niestety również zdarzają się przypadki ciężkiego przebiegu COVID-19 u osób młodych, w tym pojedyncze przypadki śmiertelne. Oczywiście jest to szacunkowy wskaźnik śmiertelności, bowiem większość zakażeń SARS-CoV-2 przebiega w sposób bezobjawowy lub skąpoobjawowy, stąd rzeczywista liczba zakażeń jest przynajmniej 5–7 razy większa, a rzeczywisty średni wskaźnik śmiertelności niższy.

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.



**OBJAWY ALARMOWE
MOGĄCE WSKAZYWAĆ
NA PROGRESJĘ
COVID-19 DO
STADIUM 2
I KONIECZNOŚĆ
HOSPITALIZACJI**

SpO₂ <95 w powtarzalnych badaniach, nasilenie kaszlu, przedłużająca się gorączka > 38 st.C trwająca > 3 dni, uczucie duszności, łatwe męczenie się przy codziennej aktywności, przy mówieniu, duszność spoczynkowa, ból w klatce piersiowej.

Pozostałe stadia kliniczne COVID-19 wymagają hospitalizacji z uwagi na rozwój niewydolności oddechowej i konieczność specjalistycznego leczenia.

**KASY
FISKALNE
ON-LINE**

OD 1 LIPCA 2021

USŁUGI:
**MEDYCZNE
PRAWNICZE**

**stoper
bis**

stoperbis.pl tel. 52 379 44 44
ul. M. Konopnickiej 22B



Groźny B.1.1.7!

Mutacja N501Y (Nelly) spotykana w wariacie brytyjskim (B.1.1.7) koronawirusa SARS-2 odpowiada za większą zakaźność

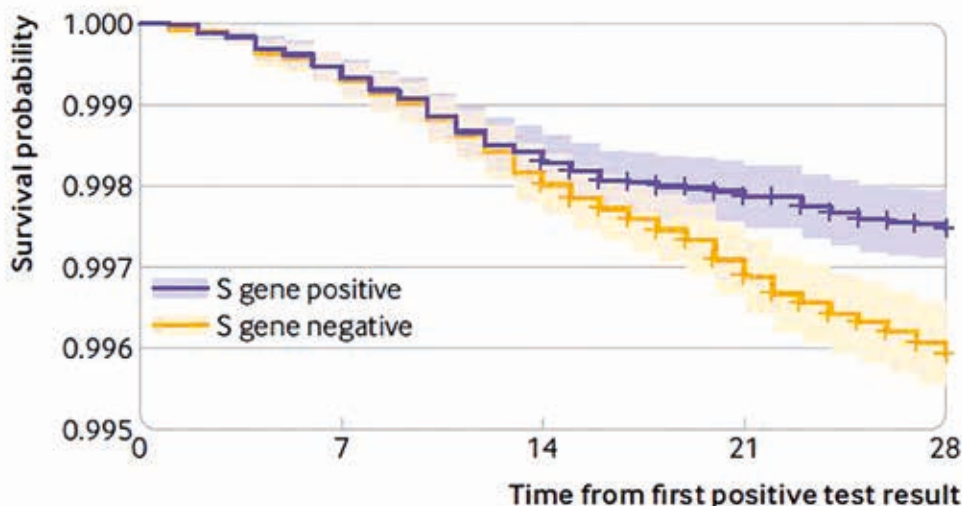
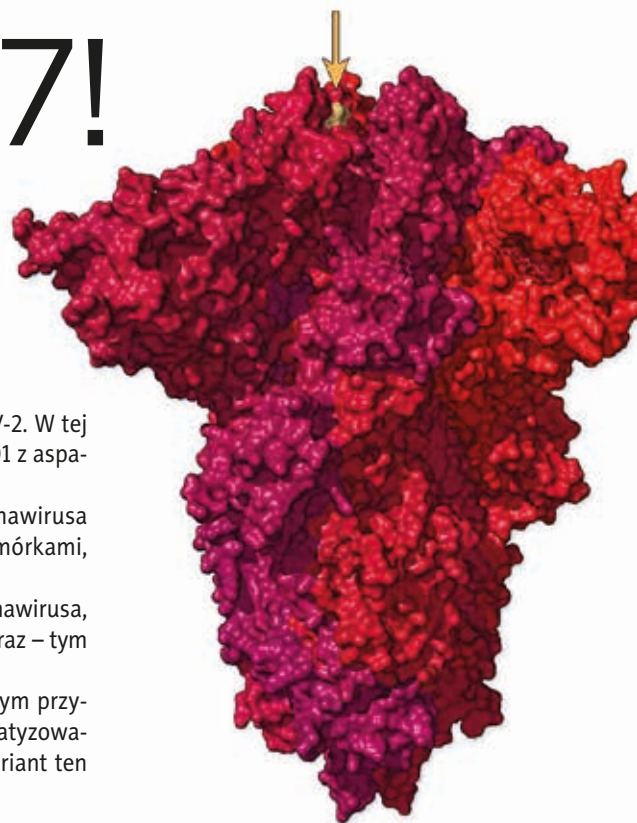
BARTOSZ
FIAŁEK

Nazwa mutacji – N501Y – dotyczy naturalnej zmienności SARS-CoV-2. W tej sytuacji doszło do nagłej, skokowej zamiany aminokwasu w pozycji 501 z asparaginy na tyrozynę.

Zmiana nastąpiła w regionie kodującym białko kolcowe (S) koronawirusa SARS-2, na jego szczycie, w miejscu kontaktu wirusa z ludzkimi komórkami, czyli regionie nazywanym RBD – domeną wiążącą receptor.

Mutacja Nelly udoskonala/poprawia kształt białka S nowego koronawirusa, przez co pozwala na mocniejsze wiązanie się z ludzkimi receptorami oraz – tym samym – łatwiejsze wywoływanie COVID-19.

Kraje Europy Środkowo-Wschodniej mierzą się obecnie ze znacznym przyspieszeniem tempa pandemii COVID-19 właśnie z uwagi na „zaaklimatyzowanie się” B.1.1.7 w środowisku naturalnym (uznaje się, że w Estonii wariant ten odpowiada za nawet 98 proc. przypadków COVID-19).



Legenda wykresu:

- kolor pokazuje szansę na przeżycie w przypadku zakażenia pierwotnymi wariantami SARS-CoV-2.
- kolor dotyczy B.1.1.7 i związanej z nim, o 64-proc. mniejszej, szansy na przeżycie.

Ponownie proponuję, aby – w przypadku obecnej sytuacji epidemicznej w Polsce – zalecenia precyzowały, że konieczne jest noszenie maseczek o ochronie minimum FFP2 (KN95), kiedy udajemy się do przestrzeni publicznej, w której będziemy kontaktować się z innymi ludźmi.

Udajemy się do przestrzeni publicznej, w której będziemy kontaktować się z innymi ludźmi.

Tzw. brytyjski wariant SARS-CoV-2 (B.1.1.7) jest bardziej śmiertelny, niż pierwotnie myśleliśmy.

W British Medical Journal (BML) opublikowano wyniki dużego badania porównującego śmiertelność – w ciągu 28 dni od uzyskania dodatniego testu na obecność zakażenia SARS-CoV-2 – z powodu COVID-19 wywołanego B.1.1.7 ze śmiertelnością wcześniej krążących wariantów (pierwotnych) SARS-CoV-2. Wyniki są bardzo niepokojące – pokazały, iż B.1.1.7 jest o 64 proc. bardziej śmiertelny od pierwotnych form koronawirusa SARS-2.

W badaniu oceniono aż 54 906 osób chorych na COVID-19.

Dotychczasowe badania wskazywały na wyższą o 30-40 proc. śmiertelność COVID-19 wywołanego B.1.1.7.

Nowe wiadomości są bardzo niedobre, wszak w Polsce zwiększa się udział B.1.1.7 w wywoływaniu COVID-19 (dane na 17 marca 2021 r. mówią o odsetku w skali kraju na poziomie 52 proc., jednak w województwie warmińsko-mazurskim to już ok. 70 proc., a w pomorskim – ok. 77 proc.).

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



Biuro Rachunkowe PLUS

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

Zadzwoń: **663 126 762**

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



Zespół covidowy. Od prawej: Sonia Wadas (rezydent internista), Agata Olejarczyk (rezydent internista), Karolina Maryks-Tworowska (internista, gastroenterolog), Beata Czerniak (pielęgniarka oddziałowa), Grzegorz Pulkowski (internista, kardiolog), Paweł Mietła (lekarz stażysta), Alicja Popiołek (internista, przyszły diabetolog)

W TRYBIE OSTRYM

Z dr. Grzegorzem Pulkowskim – internistą, kardiologiem od przeszło 20 lat kierującym Kliniką Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych, obecnie Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych oraz Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych COVID Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy, wieloletnim konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chorób wewnętrznych, prezesem regionalnego oddziału Towarzystwa Internistów Polskich – rozmawia Magdalena Godlewska

► **Od sześciu miesięcy pod Pana opieką – oprócz Oddziału Chorób Wewnętrznych (de facto o profilu internistyczno-kardiologicznym), Sali Intensywnego Nadzoru Internistyczno-Kardiologicznego, Poradni Chorób Serca, Zakładu Endokrynologii i Diabetologii – jest również oddział covidowy...**

W drugiej połowie października, na prośbę dyrekcji, wspólnie z oddziałową Beatą Czerniak podjęliśmy się stworzenia – w zaledwie 2 tygodnie – oddziału covidowego. Koordynowaniem działań technicznych, przebudowy, przystosowaniem do spełniania wymogów epidemiologicznych zajęła się głównie oddziałowa. Na wysokości zadania stanęły też służby techniczne pod kierownictwem dr. Leszka Kowalika. Muszę powiedzieć, że otrzymaliśmy w tym czasie daleko idącą pomoc od Zarządu Szpitala, w tym wyposażenie w sprzęt: aparat USG, przenośny aparat RTG, aparat EKG, aparaty do wysokoprężnego podawania tlenu chorym oraz oczywiście środki ochrony osobistej – bez tego taki oddział nie mógłby istnieć.

Kolejnym problemem było znalezienie ludzi, którzy by chcieli na takim oddziale pracować. Zdobycie personelu lekarskiego było po mojej stronie. Muszę powiedzieć, że okazało się trudnym zadaniem. Ostatecznie stworzył się stały zespół lekarski w składzie: internista, gastroenterolog Karolina Maryks-Tworowska z Kliniki Gastroenterologii, troje moich wychowanków z Kliniki Chorób Wewnętrznych: internista Alicja Popiołek i dwóch wspaniałych rezydentów, przyszłych internistów o zacięciu intensywnym – Agata Olejarczyk i Sonia Wadas, oraz, najmłodszy w zespole, lek. stażysta Paweł Mietła. Częścią pozalekarską zajęła się moja niezastąpiona oddziałowa. Rozpuś-

ciła wici, włącznie z facebookiem, i ludzie zaczęli się zgłaszać – przekrój był niesamowity: położne, pielęgniarki, ratownicy medyczni... Teraz pracuje nam się bardzo dobrze, zgraliśmy się. Naprawdę jest to grupa wspaniałych ludzi, którzy podjęli się tego trudu, bo uważali, że tak trzeba i że jest to wpisane w nasz zawód.

Nasz zespół covidowy stara się zabezpieczać dyżury samodzielnie – chodzi o ciągłość opieki. Jednak czasami musimy wesprzeć się na kolegach i koleżankach z innych oddziałów. Szczególnie należałoby tu wspomnieć internistę i hematologa Wojtkę Świstka.

► **Na oddziale covidowym początkowo było 20 stanowisk, od połowy marca już 23. Rozumem, że liczba osób wymagających hospitalizacji rośnie?**

Decyzją wojewody zwiększyliśmy liczbę łóżek, co rzeczywiście wiąże się z trzecią, szybko narastającą falą pandemii. Jeszcze tydzień temu dawaliśmy sobie radę. Co prawda wszystkie stanowiska były zajęte, ale na miejscach covidowych na SOR-ze nie czekało kilku zakażonych, aż ich przyjmimy na oddział. A teraz znów mamy sytuację, jak podczas drugiej fali – brakuje miejsc dla pacjentów z dodatnim wynikiem testu.

Zwiększając liczbę łóżek, staramy się odciążać SOR, ale również inne jednostki Szpitala, aby mogły wykonywać swoje zadania statutowe. Oprócz osób z zewnątrz, leczymy też dodatnich pacjentów z innych klinik i oddziałów. Zostają u nas, dopóki nie przestaną być zakaźni. Więc mimo iż oddział ma w nazwie słowo „internistyczny”, to przebywają tu także chorzy wymagający leczenia neurologicznego, neurochirurgicznego, po urazach wielonarządowych, pacjenci hema-

tologiczni, gastrologiczni, chirurgiczni – można wymieniać chyba wszystkie specjalności.

► Jak pandemia wpłynęła na opiekę nad niecovidowymi pacjentami Kliniki?

Kiedyś, oprócz kardiologicznych zabiegów inwazyjnych, robiliśmy w Klinice praktycznie wszystko. Od ponad roku, ze względu na pandemię, nie mamy przyjęć planowych – czyli np. nie robimy diagnostyki, mimo że nie mamy pewności, czy pacjent ma ostrą czy nieostrą wieńcówkę, a w przypadku zaburzenia rytmu lub migotania przedsionków odraczamy kardiowersję. Tak jak wszędzie.

Od początku pandemii, z uwagi na obciążenie szpitali pacjentami internistycznymi, często zbyt późno kierowanymi do szpitala (czy to z obawy przed zakażeniem SARS-Cov-2, czy też z braku dostępu do lekarza w rejonie) – przyjmowani są jedynie chorzy w trybie ostrym. Są tą głównie pacjenci z zaostrzeniem niewydolności krążenia, chorobą wieńcową, w tym z ostrym zespołem wieńcowym, infekcją dróg oddechowych, układu moczowego, odwodnieniem itp.

Od jakiegoś czasu daje się zauważyć, że wśród pacjentów trafiających na Internę w trybie ostrym – wzrasta liczba osób w stanie krytycznym.

► Na niecovidowym Oddziale Chorób Wewnętrznych przebywają osoby, które już dawno mogłyby opuścić Szpital, ale nie mają dokąd pójść. Jak Pan sobie z tym radzi?

To odwieczny problem: co zrobić ze starym, schorowanym, w sumie samotnym człowiekiem, który jest ciężarem dla swoich dzieci i rodziny? To nie są ludzie medialni, to nie dzieci, nie chorzy onkologiczni – o nich nie trąbi się w mediach. Czy ktoś słyszał w telewizji, że taki problem istnieje?

Najdłużej przebywająca w Klinice osoba, nie wymagająca już hospitalizacji, oczekiwała na DPS 236 dni (sic!). W ten sposób nie tylko blokowane są miejsca dla innych chorych, generuje to również ogromne koszty – koszt pobytu w szpitalu przekracza wielokrotnie koszt miejsca w DPS-ie. Będą brutalny – polityka poszczególnych rządów co do opieki nad starszymi, niechcianymi ludźmi to dla mnie społeczna eutanazja.

W tej chwili interna to już w dużej mierze geriatria, a starych ludzi nikt nie kocha. Już nie ma wielopokoleniowych rodzin, starzy rodzice mieszkają osobno, jeżeli zdarzy się jakiś wypadek – upadnie w domu, złamie nogę, wyładuje w szpitalu, to potem już nie dochodzi do siebie, wymaga opieki, a miejsc w DPS-ach brakuje. To problem wszystkich szpitali.

► Czy podczas pandemii kontakt pacjentów z lekarzami Poradni Chorób Serca – jak w przypadku wielu innych przychodni – ograniczył się do teleporad?

Każdy z nas podchodzi to tego indywidualnie. W tym momencie przyjmuję pacjentów zdalnie – rozmawiam, przepytuję z ciśnienia,

pytam o obrzęki, analizuję wyniki badań, zlecam badania. W razie jakichkolwiek wątpliwości umawiam się z chorym na wizytę osobistą – wówczas czas oczekiwania nie przekracza tygodnia. Muszę powiedzieć, że wbrew pozorom teleporada zajmuje więcej czasu, niżeli standardowa wizyta, poza tym wolę bezpośredni kontakt z chorym. Jednak jeżeli wszystko jest w porządku, to nie chcę pacjenta narażać – poczekalnie nie są bezpiecznym epidemiologicznie miejscem dla starszych ludzi. A przecież większość z nich, żeby dostać się do poradni, musi skorzystać ze środków komunikacji miejskiej. Wiele do życzenia pozostawia też rodzaj i sposób noszenia przez nich masek.

► Mimo że praca internisty jest trudna i niedoceniana, nie maleje kolejka młodych ludzi chcących się specjalizować w dziedzinie chorób wewnętrznych u Pana.

Ja tłumaczę osobom, które chcą podjąć u nas specjalizację, że interna nie jest dobrą dziedziną, że na niej nie można zarobić pieniędzy. Wszystkie procedury są tu niedoszacowane – każą nam wyceniać jedną jednostkę chorobową, a my nie mamy takich pacjentów. Nasz pacjent ma niewydolność krążenia, niewydolność nerek i rozchwianą cukrzycę i my musimy wybrać sobie z tego jedno schorzenie, a leczymy wszystkie. Mówię im: będziesz tzw. lekarzem ogólnym, nie będziesz traktowany jako specjalista ani przez chorych, ani – co gorsza – przez swoich kolegów z super wąskimi specjalizacjami; mówię, że to ciężki kawałek chleba, ciężkie dyżury.

I czym bardziej ich zniechęcam, tym bardziej chcą zostać w Oddziale. Nie wiem, jak to działa. Psychologia? A może atmosfera, jaka u nas panuje? Może to, że po zakończeniu szkolenia potrafią zrobić szybkie USG brzucha, płuc, wykonać orientacyjne echo czy założyć wkłucie dotętnicze lub dojście centralne? Są przygotowani do samodzielnej pracy w każdych warunkach.

Musimy walczyć o to, żeby interna stała się w Polsce priorytetem, bo w przeciwnym razie liczba internistów w szpitalach i w POZ wciąż będzie maleć, zamykane będą kolejne oddziały internistyczne, bo wiele już w Polsce ich zamknięto z powodu braku specjalistów. Tylko gdzie będziemy wtedy leczyć chorych wewnętrznie? Kto będzie leczył choroby przewlekłe? Quo vadis interno?

► Uważa Pan, że szczepienia pozwolą nam zapomnieć o covidzie?

Jeszcze długo nie, a najprawdopodobniej wirus ten zostanie z nami na zawsze. Będzie mutował, może trzeba będzie szczepić się jak w grypie – co jakiś czas.

Covid to zadziwiająca choroba – nie wiemy jak, gdzie i kiedy uderzy. Nie wiemy, jakie powikłania pojawią się za 3, 4 miesiące czy za 5 lat. Poważnym problemem już w tej chwili jest pociwidowa niewydolność oddechowa, która wymaga przewlekłej tlenoterapii. Niestety, nie ma

placówek, do których szpitale mogłyby tych ludzi odsyłać – moce przerobowe są takie, jakie są, a terapia w domu jest nieskuteczna.

Myślę że bardzo ważne jest, żebyśmy jak najszybciej zaczęli tworzyć zespoły, które będą się opiekowały pacjentami postcovidowymi – o tym się zbyt mało mówi, a to już dawno powinno być załatwione przez odpowiadające za to organy. Postcovidowych przewlekłe chorych osób wymagających wielodyscyplinarnego leczenia będzie coraz więcej. Zespół powinien więc składać się z: internisty (myślę, że z uwagi na interdyscyplinarność tej choroby, internista będzie kluczowym lekarzem w prowadzeniu przewlekłym tych chorych), pulmonologa, kardiologa, neurologa i psychologa, bo właśnie tego rodzaju problemy będą dominowały. W naszym regionie optymalnym miejscem do tych pacjentów byłoby KPCP, ponieważ głównymi powikłaniami będą powikłania pulmonologiczne. Myślę o takiej pełnej opiece postcovidowej – żeby pacjent w jednym miejscu mógł otrzymać kompleksową poradę od lekarzy, którzy wyspecjalizują się w tej chorobie. To nie jest tak, że wiemy już o niej dostatecznie wiele, każdy z ww. specjalistów w miarę przyjmowania chorych będzie się dopiero tej choroby uczył i nabierał doświadczenia. Ci pacjenci powinni mieć wszystko na miejscu, a nie krążyć po całym mieście w oczekiwaniu na każdą kolejną wizytę u kolejnego specjalisty. Trzeba działać szybko, bo już jesteśmy spóźnieni.

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

Tak myślę!

Dochowanie należytej staranności



Po kolejnej fali przymusowych skierowań lekarzy do pracy w oddziałach covidowych zastanawiam się – czy dochowanie należytej staranności zawodowej dotyczy wyłącznie lekarzy, czy może mieć również zastosowanie do urzędników państwowych?!

JERZY
RAJEWSKI

Wiemy, że takie skierowania otrzymały również nasze Koleżanki będące w ciąży, na urloпах macierzyńskich oraz wychowujące dzieci poniżej 14 roku życia. Skierowanie do pracy na oddziale covidowym trafiło także do lekarzy już tam pracujących!

Czy dochowaniem należytej staranności nie byłby kontakt z lekarzem i poinformowanie go o zamiarze skierowania go do pracy w oddziale zakaźnym oraz zapytanie o wykluczenia?

Rozumiem, że sytuacja kadrowa jest tragiczna. Działania władz od 1989 r. doprowadziły system ochrony zdrowia na krawędź przepaści.

Dane OECD z 2019 r. raportują liczbę lekarzy w Polsce jako 2,4 na 1000 mieszkańców. To ostatnie miejsce w Unii Europejskiej i przedostatnie w Europie. Gorzej jest tylko w Turcji. Ministerstwo Zdrowia szacuje tę wartość na 3,6 lekarzy na 1000 Polaków. Wynika to z prostego podzielenia liczb, matematyki. Nie bierze się pod uwagę tego, że tysiące lekarzy urzędników i polityków nie leczą nikogo, a posiadają prawo wykonywania zawodu. Część lekarzy emerytów czy rencistów pracuje w znacznie okrojonym wymiarze godzin.

Czy przesuwanie lekarzy z jednego miejsca pracy do drugiego uratuje system?

Czy herbata od mieszania robi się słodsza?

Pamiętam wywiad ministra Radziwiłła, w którym stwierdził, że w Polsce nie ma niedoboru lekarzy, gdyż mamy ponad 800 tysięcy etatów lekarskich. Nie wspominał, że lekarzy z prawem wykonywania zawodu jest około 140 tysięcy... To znaczy, że każdy z nas pracuje w kilku miejscach!

Czy w takiej sytuacji nawoływanie do większego poświęcenia jest etyczne?

Czy czujemy się zmęczeni, wypaleni? Tak! Ten system funkcjonuje tylko dzięki naszemu poświęceniu! Dzięki naszej etyce zawodowej!

W związku z rosnącą liczbą skierowań lekarzy do pracy przy zwalczaniu epidemii, BIL przypomina, iż **możliwe jest skorzystanie z pomocy prawnej radcy prawnego BIL.** W razie pytań proszę o kontakt z Kancelarią pod nr tel. **+ 48 508 420 190.**

Trzecia fala coraz wyższa

Kolejki karetek na podjazdach szpitali. Pacjenci trafiający do szpitala w takim stanie, że nie można już im pomóc, umierający nawet po kilku godzinach pobytu na oddziale. Łózka dostawiane na „wcisk” do sal, nawet gdy nie ma możliwości podłączenia choremu zestawu do tlenoterapii. Zresztą kto ma się zająć masowo napływającymi nowymi chorymi?! Lekarzy jest za mało, tak samo pielęgniarek, a ci którzy pracują nie mają już sił... Wprawdzie wojewoda wydał 130 decyzji o skierowaniu do pracy lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego, ale to nie oznacza, że od tej decyzji m.in. lekarzy gdzieś przybędzie. Niektórzy już na oddziałach covidowych pracowali – np. 5 lekarzy pracujących w szpitalu w Grudziądzu zostało skierowanych do... Grudziądza. A czym dysponujemy w danych (żeby nie tylko na popierze...)? Na 17 marca Urząd Wojewódzki podaje, że mamy 1856 łóżek dla chorych z COVID- 1370 jest zajętych oraz 180 respiratorów – 135 zajętych. Tak wygląda sytuacja w kujawsko-pomorskim i przez jakiś czas lepiej nie będzie.

a.b.

NFZ zaleca ograniczenie zabiegów planowych

„Aby zapewnić dodatkowe łózka szpitalne dla pacjentów wymagających pilnego przyjęcia do szpitala, Centrala NFZ zaleca ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo” – ogłosił Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zawieszone lub ograniczone mają być świadczenia wymagające planowych pobytów w szpitalu – zabiegi diagnostyczne, lecznicze i operacyjne, w szczególności: endoprotezoplastyki dużych stawów, duże zabiegi korekcyjne kręgosłupa, zabiegi naczyniowe na aorcie brzusznej i piersiowej, pomostowania naczyń wieńcowych, duże za-

biegi torakochirurgiczne, wewnątrzczaszkowe, nefrektomie, histerektomie.

Ograniczenia nie dotyczą planowej diagnostyki i leczenia chorych onkologicznie.

Fundusz zaleca, by „przy ograniczeniu lub zawieszeniu udzielania świadczeń wziąć pod uwagę przyjęty plan leczenia oraz wysokie prawdopodobieństwo pobytu pacjenta po zabiegu w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii” i równocześnie wskazuje, że „w każdym przypadku odroczenia terminu udzielenia świadczenia, należy indywidualnie ocenić oraz wziąć pod uwagę uwarunkowania i ryzyka dotyczące stanu zdrowia pacjentów, a także prawdopodobieństwo jego pogorszenia i potencjalne skutki”.

a.b.

Z honorowym odznaczeniem

Minister zdrowia
Adam Niedzielski
wyróżnił honorowym
odznaczeniem
– Za Zasługi dla Ochrony
Zdrowia w 2020 r. –
lekarzy z Bydgoskiej Izby Lekarskiej:
Grzegorza Przybylskiego, Pawła Rajewskiego
oraz lekarza dentystę Marka Rogowskiego.



Dr hab. n. med. Grzegorz Przybylski jest alergologiem i pulmonologiem, lekarzem chorób wewnętrznych, koordynatorem Oddziału Klinicznego Chorób Płuc, Nowotworów i Gruźlicy w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii. Od roku jego oddział funkcjonuje jako covidowy. Praktycznie z dnia na dzień został przekształcony w oddział zakaźny. W wywiadzie dla „Primum” w listopadzie 2020 r. mówił, że opieka nad chorymi z COVID-19 nauczyła go wiele: „Można powiedzieć, że mamy teraz kilka nowych specjalizacji – jesteśmy pulmonologami specjalizującymi się w COVID, już prawie zakaźnikami, a niedługo może anestezjologami”.

Dr n. med. Paweł Rajewski, prof. WSN, jest specjalistą chorób wewnętrznych, zakaźnych, hepatologiem, w trakcie specjalizacji z transplantologii klinicznej. Jest konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chorób zakaźnych, rektorem Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu. Pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Bydgoszczy, Poradni Chorób Wątroby, Chorób Wewnętrznych, Infekcyjnych oraz Zaburzeń Metabolicznych CM Gizińscy w Bydgoszczy. Od początku na placu boju w walce z pandemią. Jako lekarz zakaźnik chętnie dzieli się wiedzą związaną ze swoją specjalizacją, która do tej pory niedoceniana, w tych czasach jest na wagę złota. Pomaga dyrektorom lecznic, konsultuje przekształcenia oddziałów w covidowe, służy radą koleżankom i kolegom, którzy nagle stali się lekarzami chorych zakażonych SARS-CoV-2. Już ponad rok pisze o sytuacji epidemiologicznej w kujawsko-pomorskim, przekazując istotne informacje dotyczące pandemii koronawirusa i pracy w zorganizowanym na jej potrzeby systemie.

Lek. dentysta Marek Rogowski – jest prezesem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego Oddział Bydgoszcz, członkiem Prezydium ORL BIL, przewodniczącym Rady Programowej „Primum”. Podczas pandemii nie zamknął nawet na chwile swojego gabinetu dentystycznego, co na początku pandemii nie było wcale takie powszechne. Pomagał też koleżankom i kolegom przystosować swoje gabinety do pracy, tak by oni i ich pacjenci czuli się w nich bezpiecznie. Oddany sprawom stomatologii. Wspierał zainicjowaną przez BIL akcję RatujmyRatujących, dzięki której pozyskiwano środki ochrony osobistej w początkowym, trudnym okresie pandemii, kiedy na rynku albo ich nie było, albo można je było kupić po zawyżonych cenach.

Agnieszka Banach



Kolejny sukces „Medici Cantares”

Chór BIL zaśpiewał „Shallow” w ważnej sprawie

„Podczas pandemii COVID-19 z dnia na dzień zostały zawieszane nasze codzienne aktywności, każdego dnia konfrontujemy się z lękiem, niepewnością i brakiem poczucia bezpieczeństwa. Według badań aż u 1/3 osób pozostających w izolacji istotnie pogorszyło się samopoczucie – zauważają lekarki śpiewające w chórze naszej Izby. By wesprzeć coraz większą liczbę osób cierpiących z powodu depresji i zwrócić uwagę na problem, nagrały teledysk – cover popularnej piosenki „Shallow” z filmu „Narodziny gwiazdy”. Nagrany w Myśliczynie klip miał premierę 19 lutego – 3 dni przed Ogólnopolskim Dniem Walki z Depresją. Dziś, miesiąc po debiucie, ma już 75 333 wyświetlenia i 1,5 tysiąca polubień!

Tym razem chór wystąpił w rozszerzonym składzie. Był ku temu ważny powód... Obok na co dzień w nim śpiewających kobiet związanych z ochroną zdrowia – lekarek, ratowniczek medycznych – wystąpili mężczyźni. „Do współpracy zaprosiliśmy naszych śpiewających kolegów, aby symbolicznie podkreślić, że to właśnie mężczyźni częściej dokonują skutecznych prób samobójczych – mówią członkinie chóru i apelują – Dbajmy o siebie, pamiętajmy o innych, nie wstydzmy się prosić o pomoc!”

Teledysk można obejrzeć m.in. na you tube, na kanale Medici Cantares. Tam też można znaleźć inny utwór, który zachwyił wiele osób, a chórowi BIL przyniósł ogólnopolską sławę – cover piosenki „Human” Rag'n'Bone Mana. Zespół nagrał go w sierpniu 2020, by zachęcić do oddawania osocza. Zadeedykował go wszystkim pracownikom ochrony zdrowia w tak trudnym dla nich czasie... Dziś klip ma 128 095 wyświetleń!

a.b.

101-letni doktor Henryk Gajewski już zaszczepiony!

Nestor bydgoskich urologów przyjął 2 marca w 10. Wojskowym Szpitalu Klinicznym drugą dawkę szczepionki przeciw Covid-19. Tak jak po pierwszej – nie doświadczył żadnych skutków ubocznych, nawet lekkiego bólu w miejscu uktucia. Tak trzymać, Panie Doktorze!



Za „Wsparcie dla szpitala”

Chyba nie ma w Bydgoszczy nikogo, kto nie słyszał o akcji „Wsparcie dla szpitala”. Do jej powodzenia z pewnością przyczynili się – Joanna Czerska-Thomas oraz Kosma Kołodziej. Okazuje się, że ich działalność – „zorganizowanie wzorowego systemu wsparcia, dzięki któremu zapewniono środki ochrony osobistej oraz wyżywienie dla personelu 19 szpitali i licznych placówek opiekuńczych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego” – docenił też „Newsweek” przyznając tej dwójce nagrodę specjalną w konkursie o tytuł „Społecznika Roku 2020” w kategorii COVID-19!

W ramach akcji „Wsparcie dla szpitala” pomoc uzyskało 19 szpitali (Bydgoszcz, Świecie, Inowrocław, Włocławek, Starogard Gdański, Świecie, Lipno, Brodnica, Złotów, Grudziądz), a także: domy dziecka, noclegownie, DPSy, hospicja, domy samotnej matki, jadłodzielnie.

– Szacujemy, że nasza pomoc wyniosła ponad ćwierć miliona złotych – mówi Kosma Kołodziej. – Oczywiście wszystko to odbyło się dzięki wsparciu dobroczyńców. Za co im ogromnie dziękujemy – dodaje.

W sumie uszyto 750 fartuchów, przekazano tysiące masek, czepków, kupiono kombinezony, gogle, 450 przyłbic, płyny dezynfekcyjne, mydła, koce, kilkutygodniowy catering dla zespołów ratowniczych oraz bydgoskich szpitali. Dzięki współpracy 2 tony sera dla placówek medycznych przekazała firma Turek.

Wyróżnieni zostali zgłoszeni do konkursu przez prezydenta Bydgoszczy, Rafała Bruskiego. Wyniki ogłoszono 11 marca. Joanna Czerska-Thomas i Kosma Kołodziej odebrali wyróżnienie oraz statuetki.

a.b.



Joanna Czerska Thomas jest przedsiębiorczynią i społecniczką. Pracowała w zespole opracowującym projekt #gabinet24, który za cel stawia dostęp do gabinetu ginekologicznego dla każdej kobiety. Brała udział w podpisywaniu Europejskiej Karty Równości. Na co dzień działa jako radna Rady Miasta Bydgoszczy

Kosma Kołodziej – doktor nauk o zdrowiu, ratownik medyczny, elektroradiolog. Jest wykładowcą akademickim na Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu oraz Bydgoskiej Szkole Wyższej. Jego zainteresowania badawcze dotyczą wykluczenia społecznego oraz wpływu tego zjawiska na zdrowie.

ZAPOWIADAMY – Od konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie seksuologii

PRZEZ PRYZMAT:

Jak czas pandemii zmienił nasze relacje społeczne i zawodowe, a szczególnie te intymne?

Miesiąc za miesiącem trwamy od jednego lockdown-u do drugiego, bez jasnej perspektywy końca tego chocholego tańca. Futurystyczne wizje przyszłości nakreślone w twórczości Stanisława Lema nabierają niebezpiecznego realizmu. Jak widać, nie potrzeba nam kolejnej wojny światowej, żeby docenić wartość indywidualnych relacji z drugim człowiekiem nie poddawanych próbie przymusowej izolacji. Czy ktoś z państwa miał okazję skorzystać kiedyś z komory floatingowej? Polecam, bo pobycie czasem ze sobą samym ma oczywiście zalety. Niemniej tylko wtedy robimy to z własnej woli. Zbyt długie przebywanie w takiej deprywacji sensorycznej kończy się poczuciem dezintegracji oraz szeroką gamą zaburzeń psychicznych – od depresyjnych, lękowych aż po zachowania aspołeczne. Obecny czas wystawia na próbę siłę naszych relacji w związku, czasem weryfikuje je zero-jedynkowo, bezpowrotnie. Kolejny artykuł chciałbym poświęcić temu właśnie zagadnieniu – jak czas pandemii zmienił nasze relacje społeczne i zawodowe, a szczególnie te intymne. Czy ucierpiał na tym nasz konstrukt męskości i kobiecości? Z chęcią zapoznam się z informacjami przewodniczącego Kujawsko-Pomorskiego Oddziału PTP, pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków w BIL Wojciecha Kosmowskiego – jakie działania planuje lub wdrożyło w życie PTP i on jako pełnomocnik, aby pomóc nam, lekarzom, zachować lub odnaleźć równowagę psychiczną w tym trudnym dla nas, medyków, czasie pandemii.

Bartłomiej Wojski

OKIEM pulmonologa

DOROTA
KOWALEWSKA

Czy ozdrowieńcy mogą się czuć już szczęściarzami? 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 sam przebieg choroby, czas jej trwania, nie musi mieć wpływu na pojawienie się powikłań. Z drugiej strony u pacjentów bezobjawowych mogą pojawić się niepokojące objawy, 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.

Doktor MACIEJ BRUDNOCH, specjalista pulmonolog

Po otrzymaniu pozytywnego wyniku badania na obecność wirusa SARS-CoV-2, pacjenci najbardziej obawiają się problemów z oddychaniem. Czy ci, którzy w miarę łagodnie przechodzą Covid i powracają do codziennych zajęć po zakończeniu izolacji mogą odetchnąć z ulgą? W wielu przypadkach tak, ale nie zawsze – mówi doktor Maciej Brudnoch, pulmonolog.

– Z wirusem mamy do czynienia już prawie rok. I każdego dnia więcej o nim wiemy – tłumaczy Brudnoch. – Początkowo skupialiśmy się na leczeniu najcięższej choroby. Jednak już wiosną zauważyliśmy, że wyzdrowienie nie oznacza dla niektórych pacjentów końca kłopotów. Co ciekawe, okazuje się, że powikłania ze strony układu oddechowego pojawiają się nie tylko u pacjentów, którzy mieli problemy z oddychaniem w czasie choroby, ale również u osób, które w miarę łagodnie ją przechodziły – dodaje.

Przypomnę, że podstawą rozpoznania Covid-19 jest wywiad i pozytywny wynik testu na obecność wirusa SARS-CoV-2, jednak pacjenci kierowani na badanie nie zawsze mają wynik dodatni. Czasami, jeśli wywiad i badanie fizykalne wskazują na zakażenie, lekarz może zlecić ponowne wykonanie testu. W sytuacjach szczególnych można wykonać bronchoskopię dolnych dróg oddechowych w celu pobrania materiału do badań.

PO IZOLACJI

Badania pokazują, że u pacjentów pełny powrót do zdrowia następuje przeciętnie dopiero po około 90 dniach od zachorowania (grupa 384 osób badanych przez Mandal i wsp., mediana wieku 59,9 roku, 66% z chorobami towarzyszącymi). Ponadto 53% osób zgłaszało uczucie duszności, 34% kaszel, 69% zmęczenie, a 14,6% miało depresję. Spośród 244 chorych, u których wykonano kontrolne badanie RTG klatki piersiowej, tylko w 62% obraz był w pełni prawidłowy. U 2% nie nastąpiła poprawa, a u 9% wystąpiło znaczące pogorszenie wymagające pogłębienia diagnostyki pulmonologicznej.

Najczęstszymi powikłaniami, które mogą wystąpić w układzie oddechowym po przebyciu Covid-19 są: niewydolność oddychania, której objawem może być duszność, ale także śródmiąższowe zapalenie płuc bądź choroby naczyń płucnych, gdzie oprócz duszności występować mogą: kaszel, zmęczenie, mała tolerancja wysiłku.

Dokończenie na s. 13



Prześwietlenie RTG klatki piersiowej, na którym widać utrzymujące się zmiany po przechorowaniu Covid-19 około 1,5 miesiąca wcześniej. Dodatkowo widoczna odma opłucnowa prawostronna



Trudny czas dla anatomii...

Poniedziałek, 1 marca, gabinet prof. Michała Szpindy kierownika Katedry Anatomii Prawidłowej CM UMK. Właśnie skończył się wykład online z anatomii dla studentów pierwszego roku. W gabinecie trwa rozmowa. Uczestniczą w niej trzy osoby: wizytujący bydgoską medycynę prof. Janusz Moryś z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący Uniwersyteckiej Komisji ds. Jakości Kształcenia na Kierunku Lekarskim działającej przy Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych, a także prof. Michał Szpinda oraz prof. Zbigniew Włodarczyk – dziekan wydziału lekarskiego CM UMK. Żaden z panów nie zdaje sobie sprawy, że ich dyskusji przysłuchuje się jednak znacznie więcej osób, bo... po wykładzie nie wyłączono mikrofonu. Rozmowa zostaje nagrana i udostępniona dalej.

AGNIESZKA
BANACH

Profesorowie rozmawiają o egzaminach z anatomii. Przedmiotu, który od zawsze dla studentów pierwszego roku medycyny był najtrudniejszym progiem do przejścia. Poprawki były nagminne, a o wykładowcach opowiadano historie. Jak jest teraz, w czasach anatomii głównie online?

Podczas prawie 15 minutowej rozmowy padają m.in. takie zdania: „Wiadomo, jak studenci kombinują. Wiec my ich wyłapujemy na kolokwiah, które robimy stacjonarnie. 50 proc. oblewa. (...) Mam najlepszych studentów, których wybrałem. Dla nich robię specjalny test. Też stacjonarny. Taki, że po 4 pkt mi piszą najlepsi” – mówi jeden z profesorów.

Inny głos opowiada, że radzi sobie także ze studentami onlinowymi, oblewając 71 proc. z nich: „Ja ich koszę, onlinowych, czas jest krótki, 45 sekund na preparat”.

„Zdawalność jest zdecydowanie za wysoka w formie zdalnej i coś z tym musimy zrobić” – jeden z dyskutantów wypowiada chyba najbardziej kontrowersyjne i bardzo niepokojące dla studentów, zdanie rozmowy.

Ktoś mówi, że „u nas jest ciśnienie, żeby zrobić egzaminy końcowe stacjonarne. Ale nie wiem, czy to jest w porządku wobec studentów, którzy mieli wszystkie zajęcia i zaliczenia zdalne. Jak weźmiemy ich na żywo, to potem zostaniemy wezwani do rektora na dywanik, że może 40 proc. zda” – dzieli się swoimi wątpliwościami inny z profesorów.

Prof. z Gdańska chwali się tzw. funduszem Morysia – pieniędzmi wpłacanymi na konto uczelni przez studentów powtarzających przedmiot. To też nie brzmi dobrze...

Uczelnie wyciągają konsekwencje wobec uczestników rozmowy. Prof. Moryś składa rezygnację z funkcji kierownika przedmiotu anatomia z elementami neurobiologii. Rektor tamtejszej uczelni ją przyjmuje, rozpoczyna się postępowanie dyscyplinarne

Po spotkaniach władz UMK i Collegium Medicum ze studentami i samorządem Wydziału Lekarskiego – rektor prof. Andrzej Sokala powołuje 3 marca komisję do zbadania sprawy prawidłowości przeprowadzenia egzaminów i zaliczeń w Collegium Medicum. Tworzą ją: prorektor ds. kształcenia prof. Przemysław Nehring, prorektor ds. studenckich prof. Beata Przyborowska, prorektor ds. CM prof. Kornelia Kędziora-Kornatowska, mgr Marek Frajtag z Zespołu ds. Kontroli Wewnętrznej CM, przewodniczący Samorządu Studenckiego CM UMK Mariusz Wąsicki. Wcześniej spotkaniu studentów z prorektorem Collegium Medicum UMK prof. Beatą Przyborowską, prof. Michał Szpinda zostaje zawieszony w pełnieniu funkcji koordynatora przedmiotu anatomia prawidłowa.

Dwóch uczestników rozmowy tłumaczy swoje słowa. Profesor z Gdańska wyjaśnia Interii m. in., czym jest wspomniany przez niego tzw. fundusz Morysia, mówiąc, że określenie, stworzone – jak dodaje – przez studentów, to „nie najlepszej jakości żart, który został rozpowszechniony”. Dotyczy „tego, co wynika z pomnożenia kwoty za odpłatność za powtarzanie roku przez liczbę studentów, która nie zdała”.

A prof. Michał Szpinda, kierownik Katedry Anatomii Prawidłowej CM UMK w oświadczeniu skierowanym do profesora Bogusława Sygita, rzecznika dyscyplinarnego ds. nauczycieli akademickich, które

przez biuro prasowe UMK zostało udostępnione mediom, wyjaśnia swoje wypowiedzi. „Stanowczo podtrzymuję moje przekonanie, że całość nagranej rozmowy nie skupiała się na „zaniżaniu zdawalności” – i podkreśla – wręcz przeciwnie, jej rozmówcy wykazywali troskę, w jaki sposób przywrócić rzeczywistą weryfikację wiedzy sprawdzanej metodą on-line, która to weryfikacja stanowi przecież nieodzowny element w procesie kształcenia, a w szczególności bezpośrednio dotyczy kluczowego przedmiotu na I roku studiów, jakim jest anatomia”.

Wyjaśnił też, dlaczego użył stwierdzenia: „studenci kombinują”. „Opieram je na następujących faktach” – napisał i wyliczył:

– Kolokwia i egzaminy zdawane przez studentów on-line wyróżniają się zdawalnością na poziomie 95 – 100%. Przed wybuchem pandemii na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat poziom zdawalności kolokwium i egzaminów z anatomii w I terminie przeprowadzanych stacjonarnie wynosił średnio 55–65 %.

– Podczas ostatnich egzaminów końcowych, w dniu 29.07.2020 r., przystępowało do egzaminu z anatomii w I terminie – on-line na platformie Teams – 232 studentów kierunku lekarskiego, z czego oceny pozytywne uzyskało 225 studentów, a negatywne – 7. Ostatecznie w roku akademickim 2019/2020 egzamin z anatomii on-line zdali wszyscy – bez żadnego wyjątku – studenci kierunku lekarskiego.

– Również w bieżącym roku akademickim studenci I roku kierunku lekarskiego (studia stacjonarne i niestacjonarne) przystępowali do czterech kolokwium zaliczeniowych w trybie on-line. Na ostatnim takim kolokwium z materiału dotyczącego miednicy na 230 przystępujących studentów nie zdały 4 osoby.

– Z kolei na jedynym stacjonarnym kolokwium zaliczeniowym z kończyny dolnej przeprowadzonym w bieżącym roku akademickim uzyskano poziom zdawalności ok. 50%”.

Prof. Szpinda na nagraniu opowiada o kolokwiach stacjonarnych, które robi dla najlepiej zdających on-line. W oświadczeniu to tłumaczy,

„Podczas spotkania podzieliłem się z rozmówcami informacją, iż tylko dla potrzeb kolokwium uformowano „specjalną grupę” studentów I roku kierunku lekarskiego, którzy mieliby zdawać test w warunkach stacjonarnych, a więc tak, jak wszyscy pozostali studenci. Jedynym kryterium doboru tychże studentów była lista rankingowa sporządzona w oparciu o wyniki uzyskane z dotychczas przeprowadzonych on-line na platformie Teams czterech testów zaliczeniowych (kończyna górna, klatka piersiowa, jama brzuszna i miednica) – pisze – Chciałbym uzupełnić, iż do tej grupy zostało wstępnie zakwalifikowanych 41 studentów z całego roku kierunku lekarskiego (studia stacjonarne i niestacjonarne), z których 3 zrezygnowało bez żadnych konsekwencji. W efekcie do testu zaliczeniowego z kończyny dolnej przystąpiło 38 studentów, z których 21 uzyskało wymaganą liczbę punktów. Zaskakującym dla mnie okazał się więc fakt, iż pomimo jednolitego kryterium doboru, ta „grupa specjalna” okazała się być bardzo niejednorodna, gdyż najlepsze wyniki były na poziomie 26–28 na 30 punktów, a najłabsze na poziomie 4–8 na 30 punktów. – I podkreśla – Istotnym jest fakt, iż zarówno ten test, jak i wszystkie wcześniejsze były porównywalne pod względem trudności i dotyczyły w 100% wiedzy merytorycznej przekazanej przeze mnie osobiście podczas synchronicznych wykładów on-line”.

Profesor zaznacza też, że najbardziej kontrowersyjne zdanie nagranej rozmowy mówiące o za wysokiej zdawalności, z którą coś trzeba zrobić – nie zostało wypowiedziane przez niego.

Sytuacja na bydgoskiej uczelni zainteresowała szefa MEN Przemysław Czarnka i ministra zdrowia Adama Niedzielskiego. Wspólnie wystąpili, jak poinformował ten pierwszy, do uczelni kształcących przyszłych lekarzy o pełne statystyki z ostatnich 5 lat dotyczące zdawania anatomii, ale też innych egzaminów z pierwszego roku.

OKIEM pulmonologa

Dokończenie ze s. 11

Dlatego też, z punktu widzenia pulmonologa, po izolacji trzeba wykonać kilka badań dodatkowych. Pierwszym z nich jest badanie RTG klatki piersiowej. Najlepiej, by było wykonane kilka tygodni po ozdrowieniu. Po przeprowadzeniu wywiadu z pacjentem powinien je zlecić lekarz pierwszego kontaktu. Jeśli wynik wskazuje na obecność zmian w mięszu płuc, zazwyczaj kolejnym krokiem jest skierowanie do pulmonologa i wykonanie tomografii komputerowej płuc. Kolejnym badaniem, które w łatwy sposób można wykonać, jest pomiar saturacji krwi. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowych wartości także warto rozważyć skierowanie do specjalisty.

– Pacjentowi po covidzie, w ramach gabinetu lekarza rodzinnego, zleciłbym także badania krwi: morfologia, jonogram, kreatynina, poziom cukru, ASPAT, ALAT. Pamiętałbym o EKG. Inne badania dobralbym indywidualnie. Nawet jeśli wszystkie wyniki są w normie, uważam, że pacjent powinien być pod kontrolą nawet przez rok po chorobie – dodaje doktor Brudnoch.

REHABILITACJA

Istotną metodą radzenia sobie z dolegliwościami po przebytej chorobie Covid-19 jest rehabilitacja

oddechowa. Pacjenci po ciężkim przebiegu powinni być kierowani na Oddział Rehabilitacji Oddechowej. Natomiast rodzi się pytanie, co z chorymi, którzy przechodzili chorobę w sposób łagodny, a mimo to mają dolegliwości. Tu pomocne będą zalecenia przygotowane we współpracy Krajowej Izby Fizjoterapeutów (KIF) i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Informator dla pacjentów dostępny pod adresem: <https://kif.info.pl/fizjoterapeuci-wspieraja-chorych-po-covid-19/> oraz filmy promujące samodzielną rehabilitację, dostępne pod adresem: <https://fizjoterapiaporusza.pl/rehabilitacja-po-covid>.

– Uważam, że powinny pojawić się wytyczne dla lekarzy pierwszego kontaktu – jak prowadzić pacjenta i jakie badania zlecać mu po przejściu choroby – mówi doktor Maciej Brudnoch. – To lekarze pierwszego kontaktu mają możliwość szybkiego zbadania pacjenta, zlecenia badań dodatkowych i w razie potrzeby skierowania do specjalisty – dodaje.

Maciej Brudnoch – specjalista chorób wewnętrznych i chorób płuc, kierownik Pracowni Endoskopowej w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy.



Pismienictwo:

Rymer W.: Następstwa zdrowotne COVID-19 i nowe warianty SARS-CoV-2. *Med. Prakt.*, 2021; 1: 97–103
Mandal S., Barnett J., Brill S.E. i wsp.; ARC Study Group. 'Long-COVID': a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalisation for COVID-19. *Thorax*, 2020. doi: 10.1136/thoraxjnl-2020-215 818
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/filmy-promujace-samodzielną-rehabilitację-pacjentów-po-covid-19>
<https://kif.info.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

Bardzo żałuję, że nie mogłam poświęcić kobietom–lekarkom więcej czasu i pracy

Z Małgorzatą Grosman, autorką książki „Bydgoszcz jest kobietą” – rozmawia Agnieszka Banach

► Zanim przeczytałam Pani książkę nie miałam pojęcia o tym, że lekarki pracowały w Bydgoszczy już w międzywojniu. Owszem, wiedziałam, że w drugiej połowie XIX w. pierwszą Polką – lekarką została Anna Tomaszewicz-Dobrska, ale pracowała w Warszawie. Podobnie Zofia Sadowska, która ukończyła studia w 1911 r., więc była lekarką jeszcze w czasach zaborów. Ale w Bydgoszczy? W naszej pamięci zachowały się jedynie nazwiska lekarzy.

Bo tak właśnie pisana jest historia. Z męskiego punktu widzenia. A to oznacza skupianie się na wojnach i powstaniach. Dla kobiet w tak pisanej historii nie ma miejsca, co najwyżej dla pojedynczych postaci. Zapomina się więc o kobietach, które pozostały w domach i przejęły wszystkie obowiązki, ale nawet o kobietach pracujących w szpitalach polowych czy w fabrykach produkujących na potrzeby wojska. Zapomina się nawet o tych kobietach, które z bronią w ręku stawały do walki. Ten sposób narracji, z męskiego punktu widzenia, dotyczy także innych dziedzin życia, w tym i medycyny. To dlatego trzeba dziś „odkrywać” historię takich lekarek jak Zofia Sadowska. Zapomnianych, bo kto by pisał o dokonaniach kobiet. W medycynie, wojskowości, ale także w sporcie, muzyce, teatrze, nauce. Jeśli ktoś o kobietach pisze czy kręci film, to ciągle są to jedynie wyjątki od reguły. Bo generalnie mają nam wystarczyć Maria Skłodowska-Curie i Dąbrowska. I Pola Negri, dla okras.

► Skoro nie ma książek poświęconych bydgoskim lekarkom z międzywojnia, jak znalazła Pani informacje na ich temat?

Zaczęłam od telefonu do Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Poradzono mi kontakt z doktorem Mieczysławem Boguszyńskim, jako skarbnicą wiedzy o międzywojniu. Pan doktor przypomniał sobie jedno nazwisko – Marii Tomickiej i skontaktował mnie z jej wnuczką, również lekarką, Hanną Kubik-Świerczyńską. Dzięki temu poznałam historię Marii Tomickiej, doskonałej lekarki i jednocześnie niezwykle doświadczonej przez życie kobiety, ale także jej siostry, Urszuli Daszyńskiej-Piotrowskiej, która była nauczycielką, ale podczas Powstania Wielkopolskiego organizowała pracę szpitala frontowego. Zobaczyłam zdjęcia, dyplomy ukończenia studiów z podpisem doktora Antoniego Jurasza... To było niezwykle przeżycie, niezwykle lekcja historii.

Równolegle wertowałam „Adresy miasta Bydgoszczy”, które są fantastycznym źródłem informacji na temat miasta sprzed wieku. W nich znalazłam kolejne nazwiska lekarek.

► Jedną z nich była Maria Czopowska.

Maria Czopowska jako lekarka została uwzględniona w „Adresach miasta Bydgoszczy” już w 1925 r. Należała do rodziny, w której zdobywanie wykształcenia zarówno przez kobiety, jak i przez mężczyzn było naturalne jeszcze w XIX w. Jej matka, Felicja, była lekarką dentystką, ojciec, Józef Narcyz – inżynierem technologii, brat bliźniak Stefan January – prawnikiem. Te informacje i ich zdjęcia znaleźć można w internecie, bo zadbał o to ich potomek, Wacław Szczepański. Kontakt z nim był dla mnie kolejnym wielkim przeżyciem, bo opowiedział mi historię rodziny i jej powiązań z innymi znaczącymi bydgoszczanami doby międzywojnia, na przykład z Haliną Strabowską.



Podczas spotkania autorskiego w Ostromecku. Od lewej Małgorzata Grosman i prowadząca spotkanie Ewa Dąbska.

Fot. Alicja Dużyk

► Wymienia Pani też nazwisko Heleny Dettloff-Kotarskiej.

To jest przykład lekarki, która pojawiała się w Bydgoszczy tylko przez kilka lat, na parę miesięcy w roku. To w ogóle było zwyczajem szeregu lekarzy, że na lato wyjeżdżali pracować gdzieś do wód, a jesienią wracali i obwieszczali te swoje powroty w miejscowej prasie. Helena Dettloff-Kotarska warta jest jednak przypomnienia nie tylko dlatego, że jakiś czas pracowała w Bydgoszczy, ale także z uwagi na książkę, którą napisała. To „Pamiętnik lekarki”, który wydała pod pseudonimem dr. Z. Delta w 1939 r. Opisała w niej przeżycia młodej kobiety szykującej się do zawodu lekarza i rozpoczynającej pracę w tym zawodzie. Książka została zdigitalizowana, jest więc do niej łatwy dostęp. Proponuję do niej zajrzeć, bo opisana historia jest fascynująca.

Drugą z pojawiających się w Bydgoszczy przez jakiś czas lekarek była Stefania Kościuszko. Jej losy są szczególnie tragiczne. Gdy wybuchła II wojna światowa, działała w podziemiu, po wpadce swojej grupy trafiła do więzienia, a potem do KL Auschwitz Birkenau, gdzie zmarła. Pisała o niej Seweryna Szmaglewska, również więźniarka tego obozu.

► Kolejne lekarki, o których Pani wspomina, związane były z Bydgoszczą przez dłuższy czas. Pochodziły stąd lub z jakiejś pobliskiej miejscowości, tu wróciły po studiach i tu pozostały.

Taką osobą była Zofia Ziętak-Kretowiczowa. Absolwentka studiów medycznych z Berlina z czasu bardzo trudnego, bo końca I wojny światowej i początku lat XX minionego stulecia. Już to dowodzi jej siły i wytrwałości, ale to był tylko wstęp do jej późniejszych dokonań. Były one tak wielkie i oczywiste dla bydgoszczan, że pisał o nich „Dziennik Bydgoski”. Dla sportu grała w tenisa, jej hobby była gra na fortepianie. Te zamiłowania przelała na dzieci i wnu-

ki, podobnie jak chęć do nauki. I to jej potomkom zawdzięczam, że miałam możliwość dowiedzieć się, gdzie się urodziła, gdzie kształciła i jakie były dalsze jej losy, bo pamiętają o niej, bo zachowali zdjęcia i dokumenty.

To w ogóle jest bardzo charakterystyczne, że rodziny kobiet lekarzek z międzywojnia mają dla nich wielki szacunek i zachowały po nich szereg pamiątek. Słychać w rozmowie, jak bardzo były cenione, kochane, że były wzorem do naśladowania.

Usłyszałam to między innymi także od profesor Barbary Raszejki-Kotelby, która była siostrzenicą Ireny Umbreit-Badurskiej. Lekarki, której ojciec, wuj i siostra byli farmaceutami. Takie powiązania rodzinne, lekarsko-farmaceutyczne, nie były zresztą niczym wyjątkowym. Podobnie było w rodzinie Czopowskich, do której obok wspomnianych lekarzek należała też farmaceutka Stefania Maria Krepska. Siostrą Ireny Umbreit-Badurskiej była natomiast Maria Raszejowa, która najpierw pracowała w rodzinnej aptece, jeszcze bez studiów, jako panna. Potem wyszła za mąż za Leona Raszę, prawnika, który krótko przed II wojną światową został prezydentem Torunia. W związku z tym wyprowadziła się z Bydgoszczy, ale wróciła do niej, gdy Leon zginął na samym początku wojny. Jej córka jest dermatologiem.

► Czy to wszystkie lekarki, które pracowały w Bydgoszczy w międzywojniu?

Nie, absolutnie nie. Lekarzek było więcej. Gdyby zbadać ich losy, mielibyśmy zapewne kolejne ciekawe historie, uzupełniające wiedzę o międzywojniu. I o sile kobiet zdobywających wiedzę wbrew rozmaitym przeciwnościom, a potem wykorzystujących ją dla dobra bydgoszczan. Bardzo więc żałuję, że nie mogłam poświęcić kobiecom – lekarzom więcej czasu i pracy. Jest to tym bardziej dla mnie smutne, że patrząc na dotychczasowy sposób opowiadania historii, zdaję sobie sprawę z tego, że ich losy mogą ulec całkowitemu zapo-

mnieniu. Chcąc jednak opowiedzieć o kobietach różnych zawodów, podejmujących różnorodne aktywności – a taki był mój zamysł – nie mogłam się skupić wyłącznie na lekarkach czy farmaceutkach. Szukałam też informacji o nauczycielkach, kobietach prowadzących rozmaite biznesy, o artystkach, społeczniczkach, introligatorkach, skautkach, redaktorkach... Chciałam odkłamać obraz męskiego świata, w którym kobiety były tylko dodatkiem, bo jest on zwyczajnie nieprawdziwy. Kobiety także wtedy pracowały zawodowo i społecznie, miały rozmaite zainteresowania i hobby. Nie było tak, jak nam się dziś wydaje, że większość siedziała w domu, wychowując dzieci, gotując obiady, piorąc i prasując. Owszem, Prusacy nie chcieli, by Polacy się kształcili, więc podczas zaborów Polakom nie było łatwo zdobyć wykształcenie, a już szczególnie duży problem miały z tym kobiety. Bo według pruskiego wzorca kobiety miały zajmować się dziećmi, kuchnią i chodzić do kościoła. Dla Polaków – zarówno kobiet, jak i mężczyzn – była to jednak koncepcja zaborcy, nie ich własna, więc kto mógł, kto miał siły i środki – nie trzymał się jej. Przejawem łamania rozbiorowych schematów było bardzo szybkie uznanie praw wyborczych Polek. Dzięki temu miałam o kim napisać w książce „Bydgoszcz jest kobietą”, bo wiele było w międzywojniu kobiet, o których powinniśmy dziś pamiętać. Lekarki to tylko część z nich. Fakt, w kolejnych latach z respektowaniem praw kobiet było różnie. O tym też piszę w swojej książce.

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

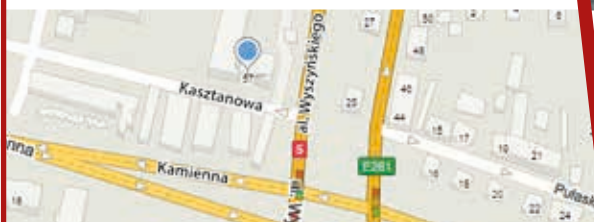
ZNAJDŹ SWOJE NOWE MIEJSCE POD GABINET LEKARSKI

Proponujemy:

- powierzchnie do wynajęcia pod działalność medyczną

Oferujemy:

- lokalizacja: Bydgoszcz, Osiedle Leśne, ul. Kasztanowa 57
- parter
- parking
- dostępność do gabinetu 24 godz.
- ochrona 24 godz.
- monitoring



**Nie wahaj się zadzwonić,
chętnie pomożemy w dopasowaniu
odpowiedniego lokalu.**

Skontaktuj się z nami:

tel. 506 185 349

e-mail: joanna.jasinska@gzellainvestments.pl

Jestem przekonany, że system ochrony zdrowia w Polsce jeszcze funkcjonuje wyłącznie dzięki olbrzymiemu zaangażowaniu personelu medycznego. Z pewnością nie jest to zastęgą rządzących!

JERZY RAJEWSKI

I Salomon z pustego nie należy



SKIEROWANIA DO PRACY

Od kilku dni otrzymuję sygnały o kierowaniu lekarzy rodzinnych i rezydentów przez wojewodę kujawsko-pomorskiego do pracy w oddziałach covidowych.

„Dziś dostałam skierowanie do pracy na oddziale covidowym w Radziejowie, jestem rezydentką rodzinnej, niby wszystko ok, ale jestem na macierzyńskim z moją 7-miesięczną córką” – pisze jedna z lekarek. To nie jedyny sygnał o niezgodnym z prawem kierowaniu lekarzy do przymusowej pracy w oddziałach dla zakażonych SARS-CoV-2. Kierowane są lekarki w ciąży, na urlopie macierzyńskim i opiekujące się dziećmi poniżej 14 roku życia.

To jeden z przykładów całkowitego chaosu w działaniach rządzących mających na celu zwalczanie epidemii COVID 19.

OBOWIĄZKI POZ W CZASIE EPIDEMII

Dramatyczne niedobory kadrowe dotyczą również POZ. Wzrasta liczba obowiązków, a kadry się kurczą. Od października 2020 r., kiedy wprowadzono do POZ opiekę nad osobami zakażonymi SARS-CoV-2, to od kilku do kilkunastu porad dziennie więcej ponad normalne codziennie zadania (średnio dla 2500 podopiecznych).

Od stycznia 2021 r. dodatkowym obowiązkiem (dobrowolnym) są szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 – 30 szczepień pierwszą dawką w tygodniu.

Od lutego doszły szczepienia drugą dawką. To już – 60 szczepień tygodniowo.

Od 22 marca wprowadzono szczepienia w POZ szczepionką firmy AstraZeneca w liczbie do 50 na tydzień. Za 12 tygodni dojdzie szczepienie drugą dawką tej szczepionki.

Cały czas oczywiście realizujemy podstawowe obowiązki lekarza POZ oraz programy profilaktyczne.


Jakie rezerwy kadrowe widzi wojewoda w POZ – nie wiem? Ja w mojej codziennej pracy ich nie dostrzegam.

Zgodnie z raportem OECD „Health at a Glance 2019” liczba lekarzy w Polsce to 2,4 na 1000 mieszkańców. Dla porównania w Grecji – 6,1; w Austrii – 5,2; na Litwie – 4,5; w Niemczech – 4,2; w Czechach – 4,1.

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



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



ubezpieczeniedlalekarzy.pl

Ubezpieczenie OC dla lekarzy i lekarzy dentyków

Ubezpieczenie podmiotów leczniczych

Ubezpieczenie samochodu, domu oraz gabinetu

Poznańska 31 85-129 Bydgoszcz
kontakt@ubezpieczeniedlalekarzy.pl | tel. 601 67 25 59

W 55. rocznicę pierwszej transplantacji narządu w Polsce

Webinarium „Transplantologia interdyscyplinarnie – współpraca zespołów anestezjologicznych, chirurgicznych, nefrologicznych, hematologicznych, okulistycznych, patomorfologicznych, radiologicznych, urologicznych i prawnych” odbyło się 26 stycznia 2021 r.

Pierwszą biorczynią nerki w Polsce była 19-letnia uczennica szkoły pielęgniarskiej. Nerkę pobrano od dawcy zmarłego. Przeszczepienie przeprowadzono w I Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Warszawie. Była to 621. transplantacja nerki na świecie.

To 12. szkolenie w ramach cyklu konferencji naukowo-szkoleniowych „Anestezjologia Interdyscyplinarna” (który stanowi autorski projekt dr hab. med. Katarzyny Sierakowskiej, prof. UMK) i pierwsze zorganizowane z zastosowaniem technik komunikacji na odległość. Transmisję webinarium na żywo obejrzało ponad 200 uczestników – przedstawiciele personelu medycznego zaangażowanego w praktyce klinicznej w procesy donacji-transplantacji komórek, tkanek i narządów na różnych jego etapach. (archiwalny zapis webinarium dostępny jest na stronie: <https://webinar-med.pl/transplantologia/webinar/>)

Cykl szkoleń realizowany jest pod patronatem CM w Bydgoszczy UMK w Toruniu przez zespół Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii we współpracy z jednostkami uczelni i Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, innych ośrodków akademickich, towarzystw naukowych i instytucji w Polsce

Termin i tematyka webinarium nie były przypadkowe, bowiem tego dnia przypadała 55. rocznica pierwszej w Polsce transplantacji narządu (nerki) zakończonej powodzeniem i obchodzony jest z tej okazji Dzień Transplantacji w Polsce.

Pragnąc podkreślić znaczenie metody leczenia poprzez przeszczepianie komórek, tkanek i narządów, a także interdyscyplinarność programów transplantacyjnych w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, województwie kujawsko-pomorskim oraz w skali kraju – w webinarium udział wzięło grono prelegentów interdyscyplinarnie związanych z transplantologią kliniczną:

- W Polsce dotychczas (1966–2020) przeszczepiono 35 548 narządów.
- W 2020 r. przeszczepiono 752 nerki (w tym 4 nerki z trzustką i 31 od dawców żywych), 291 wątrób (w tym 28 fragmentów wątroby pobranych od dawców żywych), 146 serc, 48 płuc oraz 1239 rogówek.
- 31 grudnia 2020 r. na krajowej liście oczekujących na przeszczepienie narządów czekało 1806 chorych, na przeszczepienie tkanek oka – 2955. A w CRNPDSiKP zarejestrowanych było 1 917 214 aktywnych potencjalnych dawców komórek krwiotwórczych.¹

¹ http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2020.html

Wprowadzenie – Dr hab. med. Katarzyna Sierakowska, prof. UMK, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Bydgoszcz – Dr n. med. Aleksandra Woderska-Jasińska, Klinika Transplantologii i Chirurgii

PROGRAMY TRANSPLANTACYJNE

W SZPITALU UNIWERSYTECKIM NR 1 W BYDGOSZCZY

Program transplantacji tkanek oka

Klinika Chorób Oczu, kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Grażyna Malukiewicz

Od 12.09.2008 r. do końca 2020 r. przeszczepiono 264 rogówki. Pierwszy zabieg keratoplastyki w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza został wykonany przez prof. dr. hab. med. Józefa Kałużnego i prof. dr. hab. med. Bartłomieja Kałużnego. Obecnie program realizowany jest w obu Szpitalach Uniwersyteckich w Bydgoszczy – także w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biziela pod kierownictwem prof. dr. hab. med. Bartłomieja Kałużnego.

Program transplantacji wątroby

Klinika Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej, kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Maciej Słupski, prof. UMK

Pierwsze przeszczepienie wątroby wykonano 27.01.2017 r. Do końca 2020 r. wątroby przeszczepiono 26 pacjentom. Bydgoski ośrodek jest jednym z 11 ośrodków transplantacji wątroby w Polsce.

Ogólnej, Bydgoszcz; Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant, Warszawa

Programy transplantacji narządów i tkanek w czasie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 Dr hab. med. Artur Kamiński, Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant, Warszawa; Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, Warszawa

Program przeszczepiania nerek od dawców żywych i zmarłych Prof. dr hab. med. Zbigniew Włodarczyk, Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, Bydgoszcz

Laparoskopowe pobrania nerek od dawców żywych Prof. dr hab. med. Tomasz Drewna, Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Bydgoszcz

Program przeszczepiania wątroby Dr hab. n. med. Maciej Słupski, prof. UMK, Klinika Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej, Bydgoszcz; wojewódzki konsultant w dziedzinie transplantologii klinicznej, Dr hab. n. med. Beata Januszko-Giergielewska, Klinika Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej, Bydgoszcz

Program przeszczepiania rogówek Dr n. med. Małgorzata Seredyka-Burduk, Klinika Chorób Oczu, Bydgoszcz

Program transplantacji szpiku kostnego Prof. dr hab. med. Jan Styczyński, Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Bydgoszcz, krajowy konsultant w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej

Dokończenie na s. 18

Całość procedur związanych z pobieraniem i przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów jest centralnie koordynowana i nadzorowana przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant oraz Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek w Warszawie, których dyrektorem jest dr hab. med. Artur Kamiński.

Współpraca ośrodków AIT z ośrodkami transplantacyjnymi w zakresie pobrań i przeszczepień narządów i tkanek *Dr Beata Kościakowska, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Bydgoszcz, wojewódzki konsultant w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii*

Współpraca ośrodków nefrologicznych z ośrodkami transplantacyjnymi *Prof. dr hab. med. Jacek Manitius, Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych, Bydgoszcz; wojewódzki konsultant w dziedzinie nefrologii*

Współpraca radiologów z ośrodkami transplantacyjnymi *Dr Przemysław Ratajczak, Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Bydgoszcz; Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. med. Zbigniew Serafin*

Współpraca patomorfologów z ośrodkami transplantacyjnymi *Dr hab. med. Dariusz Grzanka, prof. UMK, Zakład Patomorfologii Klinicznej, Bydgoszcz*

Pandemia COVID-19 a prawa pacjenta *dr hab. Monika Watachowska, prof. UMK, Katedra Prawa Ubezpieczeniowego i Medycznego, Toruń*

Dr hab. med. Katarzyna Sierakowska, prof. UMK, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Bydgoszcz, dr n. med. Aleksandra Woderska-Jasińska, Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, Bydgoszcz; Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant, Warszawa

PROGRAMY TRANSPLANTACYJNE W SZPITALU UNIWERSYTECKIM NR 1 W BYDGOSZCZY

Przeszczepianie komórek krwiotwórczych

Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Mariusz Wysocki

Pracownia Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej, kierownik Pracowni: prof. dr hab. med. Jan Styczyński

Klinika jest jednym spośród sześciu ośrodków pediatrycznych w Polsce; zajmuje drugie miejsce w kraju pod względem liczby procedur – wykonuje ok. 30 przeszczepień rocznie. Od 08.10.2003 r. do końca 2020 r. w bydgoskim ośrodku wykonano 488 procedur – przeszczepienia autologiczne, od dawców rodzinnych i niespokrewnionych. W 2012 r. prof. dr hab. med. Jan Styczyński wraz z Zespołem jako pierwszy w Polsce wykonał przeszczepienie haploidentyczne z cyklofosfamidem po przeszczepieniu.

Aborcja ze wskazań psychiatrycznych – analiza zjawiska

(wersja skrócona)

WOJCIECH
KOSMOWSKI

Inspiracją do napisania tego artykułu były trzy zdarzenia:

- Pierwsze: student medycyny podczas zajęć twierdził, że płód to ciało kobiety. Wiedza z dziedziny embriologii [1, 2] czy logika mówią co innego. Możemy różnie nazywać organizm ludzki na różnych etapach ontogenezy, np. morula, blastula, zarodek, płód. Jednak to jest człowiek.
- Drugie: dyskusja na „Forum dla lekarzy psychiatrów”, gdy podnoszono, że są „psychiatryczne wskazania do terminacji ciąży”. Ustalano, jak pisać zaświadczenia. O tym pisano w portalu „NaTemat” [3]. Nie uwzględniono skutków dla życia, zdrowia i sytuacji prawnej pacjentek i ich rodzin. W dyskusji na tym forum są też argumenty wpisujące się w ideologię ekologiczmu: „jedynym, co może spowodić katastrofę klimatyczną, jest drastyczne zmniejszenie ilości ludzi na ziemi”.

Jestem po pierwszych wystawionych zaświadczeniach o stanie zdrowia kobiet gdy u płodu stwierdzono wadę letalną.

Pisze tego posta bo może ktoś chciałby o tym pogadać, ma wątpliwości itd. Zaświadczenie wyglądało tak: opis stanu psychicznego a następnie formułka „Kontynuacja ciąży z wadą letalną u płodu wiąże się z istotnym ryzykiem dalszego pogarszania stanu psychicznego pacjentki co stanowi zagrożenie dla jej zdrowia i życia. W związku z powyższym wskazana terminacja ciąży ze wskazań psychiatrycznych”. W drugim stwierdziłam też że spełnione są przesłanki wskazane w ustawie ze względu na stan psychiczny.

Edit: Na koniec oczywiście informacja ze zaświadczenie wystawiam na prośbę pacjentki.

Może komuś się przyda.

Wstępne założenia można opisać następująco:

- aborcja to metoda leczenia zaburzeń psychicznych,
- jedyną przyczyną zaburzeń psychicznych w ciąży jest sama ciąża lub choroby płodu,
- aborcja to metoda leczenia z wyboru w tej sytuacji,
- powikłania aborcji nie stanowią istotnego ryzyka dla życia i zdrowia kobiety,
- nie ma długoterminowych negatywnych skutków aborcji dla zdrowia kobiet,
- wartość życia płodu jest pomijalna wobec takich wartości, jak stan psychiczny matki.

Ta metodologia jest sprzeczna z EBM – bo od początku założono, że dana metoda jest najlepsza, szukając tylko uzasadnienia dla jej stosowania.

■ Trzecie zdarzenie to wywiady z M. Sochą w „Newsweeku” [4] i „Polityce” [5]. Są w nich wulgaryzmy, prowokacje – epatowanie nagością, co jest łamaniem stereotypów. Opiswane są działania chuligańskie – obrzucanie jajkami plakatów. Poparcie dla takich działań, wyrażone przez B. Wolskiego (Primum 3/365/2021), jako dla aktu niepostuszeństwa obywatelskiego, oddzielanie bycia obywatelem od bycia lekarzem są niezgodne z istotą art. 1 pkt. 2 Kodeksu etyki lekarskiej – bo lekarz ma dbać o godność zawodu! Wg art. 1 pkt. 3 „naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”. Każde – a zatem nie tylko w pracy zawodowej. Wg W. Biegańskiego „Pisma lekarskie obok nauki powinny koniecznie krzycieć ideały etyczne. Przez życiorysy znanych lekarzy filantropów, przez ogłaszanie szlachetnych czynów, ileż to dobrego zrobić można. Pamiętajcie, co mówi wielki znawca serc ludzkich, Szekspir: „Jeden czyn dobry, gdy ginie bez wzmianki, morduje tysiąc przyjść za nim gotowych” [6]. Pytanie retoryczne: jakie cnoty moralne i ideały etyczne uosabia działanie M. Sochy?

Czy aborcja ze wskazań psychiatrycznych jest dopuszczalna?

- Zwolennicy przytaczają następujące argumenty:

- 1) zdrowie fizyczne i psychiczne są równie ważne – jeśli więc są wskazania do aborcji związane ze zdrowiem somatycznym, to powinny być także wskazania psychiatryczne,
- 2) zaświadczenia psychiatrów o wskazaniach do terminacji ciąży powinny być respektowane – tak jak wskazania innych specjalistów, np. genetyków,
- 3) kobiety mają prawo wyboru i lekarze winni to respektować, inaczej – będą cierpiały jak na torturach, będą zmuszane do heroizmu, którego nie można od nich wymagać,
- 4) w wielu jurysdykcjach wskazania takie istnieją i są szeroko wykorzystywane (np. Hiszpania, USA),
- 5) aborcja jest standardem uznawanym przez American Psychiatric Association czy American Psychological Association,
- 6) brak terminacji zagrożonej ciąży to terapia daremna, a jej należy unikać, bo powoduje nadmierne cierpienie,
- 7) lepiej dokonać aborcji na wczesnym etapie rozwoju dziecka, bo wtedy ono mniej cierpi,
- 8) organizacje profesjonalne w Polsce, w tym także Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, przyjęły takie stanowisko, odcinając się od orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego,
- 9) brak aborcji to narażenie na zespół stresu pourazowego.

■ Dyskusja

Ad 1) Środki lecznicze winny być dostosowane do schorzenia wg wiedzy medycznej. W żadnym znanym mi podręczniku psychiatrii czy standardach aborcja nie jest uznaną metodą leczenia zaburzeń psychicznych. Są inne: psychoterapia, socjoterapia, farmakoterapia, elektrowstrząsy. Mogą być i są stosowane u kobiet w ciąży. Rekomendacje na temat leczenia zaburzeń psychicznych u kobiet w ciąży opublikowane zostały w „Psychiatrii Polskiej” [2019 53(2)] [7]. Zaburzenia te mogą wystąpić w ciąży fizjologicznej i patologicznej. Przyjęcie przesłanki psychiatrycznej musiałoby zatem dotyczyć każdej ciąży – co wykraczałoby poza obecny stan prawny i wiedzę medyczną.

Ad 2) W orzeczeniu lekarskim liczy się jego wartość merytoryczna: np. rozpoznanie, zalecenia. Ocenia się dotąd stosowane metody terapii, argumenty. Stawia się pytania: Dlaczego kontynuacja ciąży z wadą letalną płodu ma prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego kobiety i skutkować zagrożeniem dla jej zdrowia czy życia, co ma dawać wskazania do aborcji? Czy to jedyny stresor? Jakie są zaburzenia psychiczne, rokowanie, metody leczenia i wsparcia psychospołecznego?

Ad 3) To kluczowy argument – gdy wyjaśniamy, dlaczego niektóre kobiety decydują się na aborcję, a inne nie biorą tego rozwiązania pod uwagę. To jest wyraz pewnej mentalności, sposobu życia. Przyjęcie woli kobiety niesie z sobą niebezpieczne konsekwencje. Gdy zabicie innej istoty ludzkiej jest postrzegane jako prawo człowieka, to nie ma żadnych przeszkód, by usuwać też inne osoby: chore, słabe, starsze. Eutanazja jest konsekwencją zasady: moje samopoczucie, mój stan psychiczny są ważniejsze niż twoje życie.

W traktatach międzynarodowych nie zawarto prawa do zabicia innego, zależnego od siebie człowieka. Lekarz psychiatra leczy zaburzenia psychiczne, a nie – usuwa przeszkody życiowe.

Można zdefiniować to jako tortury, ale w subiektywnym odczuwaniu wszystko może nimi być. Używanie tego słowa w tym kontekście jest nieuprawnione i nie było dotąd stosowane w dyskursie publicznym. Patrząc z innej perspektywy – to właśnie aborcja jest nieludzka i stanowi akt barbarzyństwa wobec bezbronnej istoty ludzkiej.

Ad 4) Prawa części krajów odchodzą od etyki medycznej, przynajmniej w klasycznym, hipokratejskim ujęciu. Decyduje utilitaryzm, a wartość życia ocenia się jego jakością. Przy tym jest ona mierzona inaczej, niż chciałby pacjent czy jego rodzina. Aborcja dopuszczalna bywa także w niektórych krajach na każde żądanie kobiety, nawet do 9 miesiąca ciąży.

Ad 5) American Psychiatric Association stosuje amerykańskie standardy prawne, które w znacznie szerszym zakresie niż u nas umożliwiają aborcję. American Psychological Association stoi na stanowisku, że lepsza jest aborcja niż niechciana ciąża. To wyraz mentalności aborcyjnej i jeden z przejawów cywilizacji śmierci – wg Jana Pawła II. Nasza kultura, tradycja, a także Kodeks etyki lekarskiej – jak wskazano w pkt. 8 – nie uznają takich rozwiązań.

Ad 6) Ciąża to nie terapia (zob. pkt. 8). Zadaniem psychiatry w przypadku opieki nad kobietą w stanie błogostawionym jest leczenie jej zaburzeń psychicznych tak, by nie zagroziło to nie tylko jej zdrowiu, ale też zdrowiu i życiu dziecka.

Ad 7) To nie jest argument medyczny. Wybór „właściwego” momentu zakończenia życia człowieka to zabawa w Boga. Zadaniem lekarza jest leczenie, łagodzenie cierpienia, w tym terapia paliatywna (KEL 30). Dotyczy to też postępowania w przypadku wad letalnych. Skutki działań prowadzących do aborcji mogą także negatywnie wpływać na życie i zdrowie kobiety – więcej o tym w pkt. 8.

Ad 8) Naczelna Rada Lekarska cieszy się wielkim prestiżem. Jednak stanowisko Prezydium NRL z 27.10.2020 [8] w pewnych częściach w ewidentny sposób łamie art. 39 KEL

- W 1. akapicie „z głębokim zaniepokojeniem” przyjęto wyrok, choć jest zgodny z dotychczasową linią orzeczniczą TK [9,10]! Lepiej byłoby dyskutować merytorycznie – ale w stanowisku nie ma argumentów, np. z zasad wykładni prawa.

- Akapit 2 – podnosi „wolność obywatelską”, prawo wyboru. Jednak nie wszyscy obywatele mają to prawo. Nie ma go nasciturus. Niekiedy ma jakieś prawa, np. do dziedziczenia (art 927 par. 2 k.c., art.182 k.r.o.), a innym razem nie ma (aborcja z niektórych wskazań). W debacie o zdrowiu seksualnym pomija się kwestie odpowiedzialności.

- Akapit 3 traktuje o prawie do informacji medycznej – jednak opisuje groźbę „poniesienia odpowiedzialności karnej przez lekarza w sytuacji poinformowania pacjentki o możliwości przerwania ciąży w innych krajach Unii Europejskiej”. Podobnie można byłoby mówić o groźbie poniesienia odpowiedzialności karnej przez lekarza w sytuacji poinformowania pacjentów o możliwości poddania się eutanazji w innych krajach UE, co stanowi jednak informację prawną – nie medyczną.

- Akapit 4 dotyczy udzielania pomocy rodzinom nieuleczalnie chorych dzieci. Można by dodać tu postulaty dotyczące przygotowania kompetentnych kadr medycznych, wymagania odnośnie do wyceny i organizacji niezbędnych świadczeń przez NFZ czy pomoc społeczną (np. SUO). W ten sposób dokument miałby pozytywne przesłanie.

- Wg akapitu 5: ciąża w niektórych przypadkach to terapia uporczywa, co jest niezgodne z definicją. Ciąża terapią nie jest. Akapit ten sugeruje utrzymanie wskazań eugenicznych, co stanowi przypomnienie praktyk eutanatycznych III Rzeszy i akcji T4.

- Akapit 6 dotyczy osób, które protesty organizują. Ocena prawna i moralna czynów „sprovokowanych” nie jest domeną NIL To raczej biegli oceniają poczytalność sprawców czynów zabronionych, jednak zasady opiniowania nie są przedmiotem stanowiska Prezydium NRL

Proaborcyjne i eugeniczne stanowiska Prezydium NRL, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego czy Ginekologicznego doczekały się krytyki ze strony części środowiska lekarskiego:

- wobec Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej [11]
- wobec Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego [12]
- List Ogólnopolskiej Sekcji Ginekologiczno-Położniczej Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich [13].

Ad 9) Psychiczne skutki aborcji to ważny temat. Jedni twierdzą, że nie ma takiego problemu [14], inni opisują różne zaburzenia [15]. Także w instrukcjach WHO minimalizujących psychologiczne skutki aborcji rekomenduje się pomoc psychologiczną [16, s 56].

Argument, że brak aborcji to narażenie na zespół stresu pourazowego, że kobiety w ciąży (niechcianej, gdy płód ma letalne wady) mają zespół stresu pourazowego [17] jest nietrafny, bo wg ICD-10 nie jest spełnione w tym przypadku kryterium A – niezbędne do rozpoznania [18, s 120–121].

Wniosek: nie ma psychiatrycznych wskazań do terminacji ciąży

Na koniec polecam wybrane wieloaspektowe opracowania na temat aborcji – 19, 20, 21.

Bibliografia dostępna w rozszerzonej wersji tekstu – informacja na str. 20

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



Ad vocem do:

„...Jedyną rzeczą potrzebną złu do zwycięstwa jest bierność dobrych ludzi” dr. Bartłomieja Wolskiego (Primum 3/365, marzec 2021)

WOJCIECH KOSMOWSKI

Podpisuję się pod tytułem tego artykułu. Jednak inaczej rozumiem dobro i zło. Uważam, iż wyłącznie godziwe środki powinny być używane do osiągnięcia celu. *Bonum ex integra causa, malum ex quocumque defectu*. Ta zasada wskazuje, że dobro rodzi się z całkowicie dobrej przyczyny, a zło z jakiegokolwiek braku – to fundament moralności.

W dyskursie ważne są terminy. Przez zmianę nazewnictwa można próbować zmieniać rzeczywistość. Przykładem zastosowania takich zabiegów (tzw. nowomowy) jest „Rok 1984” Orwella. Eliminacja niekorzystnych słów, wolności słowa i myśli, tworzenie nowych zwrotów: np. „przebrane narodziny” – to nowomowa, nieznaną dotąd w dyskursie medycznym. Innym przykładem tego zjawiska jest zastąpienie słowa „eugenika” sformułowaniem: „aborcja «eutanatyczna»”. Zmniejszenie liczby chorych w populacji to zastosowanie idei eugenicznych F. Galtona.

Zadaniem lekarza czy naukowca jest nazywanie zjawiska poprawnie, zgodnie z istotą problemu. A unikanie prawdy prowadzi do życia w kłamstwie. Odpowiadamy za nasze czyny, a nie za emocje czy za percepcję innych osób.

Brak akceptacji życia w kraju, „który nieuczciwie i nierówno traktuje swoich mieszkańców” przy usprawiedliwianiu działań sprzecz-

nych z prawem i dobrym obyczajem – prowadzi do wniosku, że tak protestować mogą tylko mający „szlachetne intencje”. To właśnie jest nierówne traktowanie, podwójne standardy. Pochwalanie „obrzucenia jajkami kłamliwego transparentu” daje przyzwolenie złu. Tak wyrażane nieposłuszeństwo obywatelskie i oddzielanie bycia lekarzem od bycia obywatelem są sprzeczne z art. 1, pkt. 1–3 Kodeksu etyki lekarskiej. Samo poruszanie spraw trudnych to jedno, a sposób, w jaki się to czyni – drugie.

Można udowodnić „że wobec kłamstwa szerzonego publicznie państwo nie działa”. Można np. dyskutować z głoszącymi te poglądy, publikować na łamach „Primum” oraz innej naukowej czy popularyzatorskiej prasy medycznej, w tzw. tygodnikach opinii, występować w radiu, TV, mediach elektronicznych. Można postawić swój baner, wytoczyć proces sądowy za publiczne głoszenie poglądów stanowiących przekroczenie granic wolności wypowiedzi. Opisuje to J.J. Mrozek [1]. Jeśli twórca plakatu kłamie – to można udowodnić to przed sądem.

Nie chcę, by lekarze stosowali argument siły, zamiast siły argumentów, podejmując czyny chuligańskie – zob. artykuły A. Szczekaly i R. Kokota [2,3]. Nie chcę, by lekarze działali jako prowokatorzy, łamiący w przestrzeni publicznej zasady dobrego wychowania i stosujący zasadę: cel uświęca środki.

Ad vocem do:

„...Przez pryzmat iluzji Eschera” dr. Bartłomieja Wolskiego (Primum 3/365, marzec 2021)

WOJCIECH KOSMOWSKI

Zasadnicze wątpliwości dotyczą etapów rozwoju dziecka. Istotne są też kwestie edukacyjne dotyczące teorii i modeli wychowania oraz roli rodziny.

Debata na temat esencjalizmu (kobiecość i męskość wywodzą się z cech biologicznych) oraz konstruktywizmu (są one tworzone przez procesy społeczne) nie jest zakończona. Opisuje to A. Gromkowska-Melosik [1]. To, jak edukacja seksualna funkcjonuje w polskich szkołach, standardy, podstawa programowa – jest szeroko opisywane w dostępnej literaturze [2, 3].

Rozwój dziecka nie ma często charakteru liniowego, a skokowy. Wpływają na to czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne. Wg A. Freuda: „rozwój harmonijny, jednorodny stanowi bardziej odniesienie, pewną utopijną hipotezę niż kliniczną rzeczywistość” [4]. To nie „wola ustawodawcy” zatem. To natura.

Rodzice winni mieć decydujący wpływ na to, jak będzie prowadzona edukacja seksualna. Oni wiedzą, jakie wartości są kultywowane w ich rodzinach, oraz to, kiedy i jak wprowadzać treści wychowawcze.

Łamanie tabu jest ryzykowne. Zgodnie z zasadami socjologii konstrukt ten podtrzymuje kulturę. Tabu zakazuje pewnych czynów. Na przykład kiedyś rzucanie przez lekarza jajkami w plakat, publiczne używanie wulgaryzmów, pozowanie nago do kalendarza i chwalenie się tym – było tabu. Teraz jest ono łamane. W ten sposób cierpi kultura, cierpi też etos lekarski.

Pogląd, że „podstawą normatywną nie może być norma religijna” – prowadzi do podziałów w społeczeństwie. Jest sprzeczny z Konstytucją RP. Jej preambuła głosi bowiem:

„My, Naród Polski – wszyscy obywatele Rzeczypospolitej, zarówno wierzący w Boga będącego źródłem prawdy, sprawiedliwości, dobra i piękna, jak i nie podzielający tej wiary, a te uniwersalne wartości wywodzący z innych źródeł, równi w prawach i w powinnościach wobec dobra wspólnego – Polski (...)”.

Ponadto przedmiotem dyskusji nie jest to, czy edukować, ale jak to robić. Opis różnych koncepcji wychowawczych i skutków ich stosowania jest zawarty w osobnym opracowaniu [5]. Sama nazwa programu już dużo mówi: „wychowanie do życia w rodzinie” vs. „edukacja seksualna”. Wartości, które wyznaje społeczeństwo, w którym pracujemy, warto szanować, a przynajmniej rozumieć. Jest to uwzględniane w pedagogice [6]. Kontrowersje wokół edukacji seksualnej dobitnie też pokazuje różnica w podejściu do tych kwestii Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Dziecka [7,8].

Kryterium działania jest zatem dobro wspólne. I na jego budowanie w naszej ojczyźnie, a także naszej izbie lekarskiej mam nadzieję.

Z powodów redakcyjnych – w „Primum” mogą zmieścić się jedynie w wersji skróconej opracowania: I i II ad vocem odnoszące się do tekstów dr. n. med. Bartłomieja Wolskiego oraz artykułu o aborcji ze wskazań psychiatrycznych. Wersje pełne można pobrać używając linku <https://www.dropbox.com/s/xenp8ijzmhlj3do/Do%20Primum%204-2021.docx?dl=0> (lub kodu QR)



Wspomnienie o...

doktor Krystynie Kopie (11.11.1952–30.12.2020)

Dr Krystyna Kopa urodziła się 11 listopada 1952 r. w Bydgoszczy. Studia medyczne rozpoczęła w Akademii Medycznej w Gdańsku, a po utworzeniu Filii w Bydgoszczy – dokończyła edukację w rodzinnym mieście. Kształciła się dalej w zawodzie lekarza i w 1980 r. uzyskała specjalizację I, a w 1986 – II stopnia z pediatrii, otrzymując tytuł specjalisty chorób dzieci. W latach 1999–2001 w Akademii Medycznej w Poznaniu ukończyła zarządzanie w ochronie zdrowia.

Od ukończenia stażu podyplomowego do 1995 r. pracowała na Oddziale Pediatrii i Oddziale Patologii Noworodków w Szpitalu Miejskim w Bydgoszczy. Jednocześnie pracowała w Przychodni „Łomżyńska”, w latach 1983–1990 jako kierownik.

Była lekarzem pediatrą z powołania, kochała dzieci i dzieci ją kochały. Miała dobry kontakt nie tylko z dziećmi, ale i ich rodzicami. Ufali jej bardzo, wiedząc, że powierzają swoje dzieci w dobre ręce. Los dziecka był dla niej zawsze najważniejszy, dlatego potrafiła walczyć o nie do końca.

W 1990 r. przeniosła się do Przychodni „Błonie” i została tam powołana na dyrektora – najpierw samodzielnej jednostki, a po 2002 r. – Niepublicznego ZOZ Centrum Zdrowia Błonie. Powstanie niepublicznej jednostki poprzedziło utworzenie spółki o nazwie „Krystyna Kopa i Wspólnicy sp. z o.o.” Prywatyzowała – pierwsza w Bydgoszczy – jako prezes spółki jednostkę, w skład której, oprócz POZ, weszło wiele poradni specjalistycznych, laboratorium, stomatologia itp.

Praca społeczna była jej drugą pasją. W latach 1994–1998 była radną Miasta Bydgoszczy i wiceprzewodniczącą Miejskiej Komisji Zdrowia. Była współorganizatorem obchodów 650-lecia Bydgoszczy. Inicjowała rozbudowę Zespołu Szkół nr 8, była pomysłodawcą drogi dojazdowej łączącej ul. Szubińską z dzielnicą Miedzyń. W latach 1998–2000 była radną Sejmiku Kujawsko-Pomorskiego i wiceprzewodniczącą Komisji Zdrowia. Była również orzecznikiem Wojewódzkiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności. Od 2010 r. pełniła obowiązki wiceprezesa Kujawsko-Pomorskiego Związ-

ku Pracodawców Ochrony Zdrowia z siedzibą w Toruniu, a w latach 2008–2015 była członkiem Porozumienia Zielonogórskiego.

Była autorem inicjatywy utworzenia i współzałożycielem „Fundacji Zdrowie dla Ciebie” (w roku 2006),

która w założeniu miała zajmować się organizowaniem nocnej i świątecznej pomocy medycznej. Fundacja to pierwsza w Polsce organizacja prowadząca pionierską w skali kraju – nocną oraz świąteczną opiekę lekarską i pielęgniarską, nie tylko stacjonarną, ale też wyjazdową. Fundacja działa do dzisiaj w swojej siedzibie przy ul. Królowej Jadwigi w Bydgoszczy, poszerzając działalność o całonocny POZ oraz pracownię RTG (łącznie z wykonywaniem mammografii).

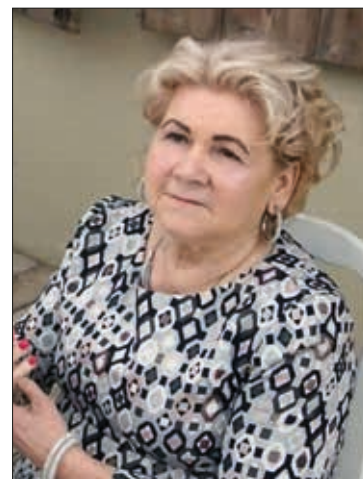
Krystyna była cudownie zorganizowanym i pełnym pomysłów człowiekiem, oprócz pasji do pracy lekarskiej, miała mnóstwo zainteresowań pozamedycznych. Kochała literaturę. W swoim ogrodzie miała mnóstwo rozmaitych krzewów i kwiatów, które uwielbiała. Kochała piękne wnętrza i zawsze potrafiła doradzić jak najlepszy dekorator wnętrz. Wspaniale gotowała. Interesowała się kynologią, kochała swoje psy i traktowała je jak członków rodziny. Kochała podróże, dużo wyjeżdżała i potrafiła wypoczywać.

Bardzo dbała o rodzinę. Po zbyt wczesnej śmierci męża wychowywała sama córkę i syna. Ukończyli studia: on prawnik, ona kosmetyk. Była ciepłą, ale bardzo konkretną, asertywną osobą. Nieustępliwa, jeżeli chodziło o słuszną sprawę, a tym bardziej – o dobro drugiego człowieka.

Krysiu, będzie nam Ciebie bardzo brakowało. Cześć Twojej pamięci!

Zarząd Fundacji „Zdrowie dla Ciebie”:

Małgorzata Świątkowska, Anna Fokcińska-Świerkosz, Andrzej Zieliński



Z wielkim smutkiem żegnamy naszą Koleżankę

doktor nauk medycznych

Marię Kaniasty

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

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

Koleżance

dr Agacie Zdrojewskiej

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

MAMY

składają

koleżanki i koledzy z Kliniki Neonatologii
Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy



Fundacja „Dom Lekarza Seniora”

1%

KRS 0000223048



PIOTR KIKTA

Tajfuny to mała, niezależna warszawska księgarnia założona przez japonistkę Karolinę Bednarz (która dała się poznać szerzej jako autorka książki „Kwiaty w pudełku. Japonia oczami kobiet”, wydanej przez wydawnictwo Czarne). Specjalnością Tajfunów są oczywiście książki azjatyckie, z Dalekiego Wschodu oraz wszystkie tamtego regionu dotyczące. W 2019 r. Tajfuny zadebiutowały jako wydawnictwo, wydając słynną książkę „Zmierzch” Osamu Dazaia. Na rynku wydawniczym działają więc niespełna dwa lata, ale w tym czasie zdążyły wydać już dziesięć tytułów. Prawie wszystkie to japońska literatura piękna; tylko „Ministerstwo moralnej paniki” to książka singapurskiej pisarki Amandy Lee.

Ostatnią pozycją w katalogu Tajfunów jest „W lesie pod wiśniami w pełnym rozkwicie” Ango Sakaguchiego, wydana w serii Tajfuny Mini, prezentującej japońskich pisarzy pierwszej połowy XX w., którzy nie byli wcześniej tłumaczeni na język polski. Serię wyróżnia nie tylko to, ale też wyjątkowa szata graficzna i dość oryginalny styl introligatorski: książki pozbawione są grzbietu, zamiast którego widoczne jest szycie i klej. Tajfuny Mini zostały zresztą nominowane do Nagrody Edytorskiej Pióra Fredry 2020.



Co skrywają kwiaty wiśni...

„W lesie pod wiśniami...”, w przekładzie Karoliny Bednarz (debiut translatorski!) to dwa fantastyczne (to określenie gatunku, ale i jakości!) opowiadania. Pierwsze, tytułowe, to historia mieszkającego w górach rozbójnika, który porwawszy pewną piękną kobietę, daje się jej namówić, by opuścił swoją cudowną dolinę i przeniósł się z nią do stolicy. Tam spełnia kolejne, coraz bardziej makabryczne zachcianki swojej znudzonej nowej żony. Można by ten utwór przeczytać jako opowieść o pustce miejskiego życia, z dala od natury. Tajemniczą rolę pełni tu też kwitnący wiśniowy sad; jego hipnotyzujące piękno skrywa w sobie jednak nieokreślone zło.

Opowiadanie drugie, „Wielkouchy i Księżniczka Długiej Nocy”, to historia młodego adepta rzeźbiarstwa o wielkich, końskich uszach, stojącego przed zadaniem wykonania posądku Buddy Maitrei, który

małby chronić tytułową księżniczkę. Pomimo tego, że rzeźba ma przedstawiać opiekuńcze oblicze Buddy, w wydarzenia wplatają się jednak zło, nienawiść, okrucieństwo i śmierć.

Oba utwory są, można powiedzieć, dziwaczne, pełne ukrytych znaczeń i odniesień do tradycyjnych japońskich wierzeń i sztuki. Poza tym są też jednak, jak wszystkie pozostałe książki wydane przez warszawską oficynę, kopalnią wiedzy o tej odległej i tak różnej od naszej, europejskiej, kulturze, i dowodem, że ludzkie namiętności, niezależnie od kulturowego kontekstu, na całym świecie są te same.

O autorze: Piotr Kikta jest księgarzem, prowadzi księgarnię Tonie Bajka, Księgarnia dla wszystkich przy ul. Focha 2 w Bydgoszczy; muzyk, animator.

SPRZEDAM/ZAMIENIĘ

nowa Przychodnia Zdrowia POZ
w Żółędowie, gmina Osielesko

223 m² powierzchni
1050 m² działki

~~1250 000 zł~~
995 000 zł
OKAZJA!

Tel. 666 686 606



JAK ZAPAMIĘTYWAĆ NIETYPOWE WYRAŻENIA?

Part 3

Nietypowo! W czym pomoże nam dalszy ciąg naszej historyjki.

Though with great difficulty, under a constant scrutiny of the jeweller, the 'chick' **was about to come to terms with** the fact that the earrings **were out of reach** this time when the door to the store opened with a creak. Ever so slowly, she looked around to see him... her **childhood flame**, standing there with a broad grin and a twinkle in the eye. 'What the hell?', she thought. Trying **to save face as a cat caught her tongue**, and pretending not to notice that time has been generous to him and though he **was already a bit long in the tooth** (turning 45) he still looked like a million dollars, she barely managed to mutter: 'Well, hello stranger.' To her surprise, he dashed across the shop to stand face to face and looking her in the eye asked: 'Hello stranger, **can I treat you to dinner?**' 'Being **bold**, are we?', was all she could voice.

She was to come to terms with sth – już miała pogodzić się z ..., zaakceptować rzeczywistość... (wyobraźmy sobie, że ktoś kładzie przed nami warunki umowy, a my idziemy w ich kierunku...)

They were out of reach – były poza jej zasięgiem dosłownie (nie mogła ich osiągnąć), ale tutaj w przenośni (nieosiągalne finansowo)

A childhood flame – miłość z dzieciństwa, ostatnio słyszałam od uczniów wyrażenie „stara flama” 😊

To save face – zachować twarz (wyobraźmy sobie sejf, do którego wsadzamy głowę... i już jest bezpiecznie 😊)

A cat caught her tongue – zaniemówiła, tudzież zabrakło jej języka w gębie (ja już widzę tego kota, który złapał ją za język i nie chce puścić...)

He is long in the tooth – nie jest pierwszej młodości (choć oczywiście wolę wersję: nadszarpnięty zębem czasu, która skuteczniej uruchamia moją wyobraźnię) 😊

Can I treat you to dinner? – Dasz się zaprosić na obiad? (obiad w prezencie ... zawsze mile widziany 😊)

Bold – śmiały, wręcz zuchwały – (tutaj dla lepszego zobrazowania warto przytoczyć tytuł serialu, tudzież „tasiemca”, który na ekranach TV pojawił się w 1987 r. 'The Bold and the Beautiful' – w Polsce znany jako Moda na sukces). Czyż większości z tych bohaterów nie łączy właśnie zuchwałość, wręcz pycha?

Jak potoczyły się dalsze losy naszych bohaterów pozostawiam Państwu wyobraźni... Wierzę, że uczenie się wyrażen, zwłaszcza idiomatycznych z wykorzystaniem skojarzeń jest niezwykle efektywne. W kolejnym wydaniu zapraszam na coś nowego.

Życzę dużo zdrowia i uśmiechu każdego dnia 😊

Anita Żytowicz

Kontakt ze Szkołą: 607 955 441, 601 942 720

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Jeszcze nic wokół nie kwitnie,
A już czasami wiatr polny
Uderza w sady nadzieją,
Dalekich woni...

Edward Boyé



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Autor dzisiejszego motta tak w poetyckiej formie pisze o przedwiośniu. Mnie przedwiośnie kojarzy się z moją maturą z języka polskiego, którą to zdawałem dużo więcej niż sześćdziesiąt lat temu. W pracy pisemnej zajmowałem się wówczas analizą twórczości Stefana Żeromskiego. Przepraszam, ale raczej niewiele pamiętam z treści jego dzieł i na pewno nie pomógłbym tegorocznym maturzystom, bo i oni na maturze próbnej musieli pochylić głowy przed tak wybitnym pisarzem.

Ja wracam do innego przedwiośnia, tego, co za oknami. Chociaż w pierwszych dniach marca usłyszałem, że mamy już wiosnę astronomiczną! Sprawdziłem! Nieprawda! Media, nie tylko w tej sprawie, kłamią! Na wiosnę, a piszę te słowa w pierwszych dniach marca, trzeba będzie poczekać.

Ale czy na pewno trzeba będzie czekać? W moim miniogródki kwitną przebiśniegi, a śniegu już nie ma. Przed oczami pojawiły mi się dwa motyle cytrynki. Myśląc, że to omamy wzrokowe, pomrukałem oczami, a one nadal były. Sroka natomiast zajadła usiłowała utamać zeschniętą gałąź z żywopłotu.

Jaki z tego wniosek? Ano taki, że – jak co roku o tej porze – budzi się życie! A o życiu, tym na co dzień, tak mówi ksiądz Jan Twardowski:

Życie to jest dobrze i źle. I tak jest dobrze. Bo jak jest tylko dobrze, to jest źle.

Chyba jednak będzie lepiej, bo w chwili, kiedy nasz periodyk dotrze do Waszych rąk, za oknami będziemy mieli już wiosnę i to tę astronomiczną i kalendarzową!

Kończę, zachęcając do zastanowienia się nad słowami wspaniałego księdza i poety.

Jak zwykle Wasz

A. Martynowski

Dzieci na okładkę!

Co roku na czerwcowej okładce i wewnętrznych stronach „Primum” zamieszczamy zdjęcia Waszych dzieci (do lat 12). Czekamy też na zdjęcia do tegorocznego „Primum”! Prosimy o przesyłanie fotografii (z takimi danymi jak: imię, nazwisko i wiek dziecka oraz zgodą na publikację wizerunku dziecka) na adres: primum@bil.org.pl lub Redakcja „Primum”, ul. Powstańców Warszawy 11, 85-681 Bydgoszcz. **Czekamy do 14 maja!**



Ogłoszenia – PRACA

■ Poliklinika 10 WSzK w Bydgoszczy zatrudni do pracy na umowę cywilno-prawną lekarzy następujących specjalizacji: **pulmonologia, okulistyka, neurologia** lub lekarzy po pierwszym roku odbywania tych specjalizacji. Oferty proszę przysyłać na adres: sekretariat.poliklinika@10wsk.mil.pl lub kontakt telefoniczny nr 261 417 291.

■ Dyrektor Przychodni Lekarskiej w Janowcu Wielkopolskim i Rogowie zatrudni **pielęgniarkę** oraz **lekarza ze specjalizacją lub w trakcie specjalizacji: choroby wewnętrzne, medycyna rodzinna**. Atrakcyjne wynagrodzenie. Telefon kontaktowy: 501 516 836.

■ Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr Emila Warmińskiego w Bydgoszczy ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz zatrudni **lekarzy internistów** na oddział chorób wewnętrznych i **lekarzy dyżurnych na OIP**. Informacji udziela Dział Służb Pracowniczych: tel. 52 3709121/23.

■ NZOZ Medicus sp. z o.o. w Nakle nad Notecią zatrudni, podejmie współpracę z **lekarzem rodzinnym, internistą** do pracy w POZ. Wymiar godzin pracy, forma umowy do uzgodnienia. Możliwość zapewnienia mieszkania. Tel. kontaktowy: 600 036 534.

■ Centrum Medyczne „Przy Chopina” nawiąże współpracę ze **specjalistami**. Różne formy współpracy. Dogodne warunki. Doskonale położenie. Wysoki standard wykończenia. Parking. Zainteresowanych prosimy o kontakt, tel: 511 030 190.

■ „SANITAS” Lekarze Specjaliści Spółka z o.o. w Bydgoszczy zatrudni lub nawiąże współpracę z lekarzami: **ortodontą, dentystą, lekarzem medycyny pracy, lekarzem medycyny rodzinnej (poz), dermatologiem, laryngologiem, okulistą**. Realizacja kontraktu NFZ oraz/lub opieka nad pacjentami prywatnymi. Warunki do uzgodnienia. Informacja i zgłoszenia, telefon 508 355 447 lub slinko@sanitas.pl

■ Szpital Specjalistyczny w Chojnicach (woj. pomorskie) poszukuje **lekarzy specjalistów lub będących w trakcie specjalizacji, lub chcących rozpo-**

ścić specjalizację – w trybie rezydenckim lub pozarezydenckim w zakresie pediatrii do pracy na oddziale pediatrycznym. Praca w godzinach dopołudniowych i/lub dyżurach (łączonych z oddziałem neonatologicznym). Zapewniamy stabilne zatrudnienie i bardzo dobre warunki płacowe. Rodzaj umowy i stawka godzinowa do uzgodnienia. Kontakt: sekretariat@szpital.chojnice.pl lub tel. 510 926 045.

■ SP ZOZ w Radziejowie prosi o pomoc w zabezpieczeniu **dyżurów lekarskich** w 25-tóżkowym oddziale COVID. Wynagrodzenie 100 zł brutto/h plus dodatek COVID. Tel. 54 285 62 00, e-mail: sekretariat@szpitalradziejow.pl

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
Trygier 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

MSJ KASY FISKALNE

NAJWIĘKSZA OFERTA - NAJLEPSZE CENY



MSJ.COM.PL

Bydgoszcz
ul. Towarowa 4
tel. 52 342 17 16
msj@msj.com.pl

Nakło nad Notecią
ul. Bydgoska 23D
tel. 52 386 06 34
naklo@msj.com.pl

Inowrocław
ul. Andrzeja 7
tel. 52 353 30 75
beata@msj.com.pl

OBOWIĄZKOWA WYMIANA KAS NA ONLINE DLA BRANŻY MEDYCZNEJ DO 30.06.2021



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 - Spondyloartrazie zapalne
 - ŁZS – Łuszczycowe zapalenie stawów
 - ZZSK – Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
 - Axial SpA – spondyloartrazja 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.