

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

primum



TRZECIA FALA
O włos, ale znowu się udało?



WYBORY DO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO

KALENDARZ WYBORCZY 2021

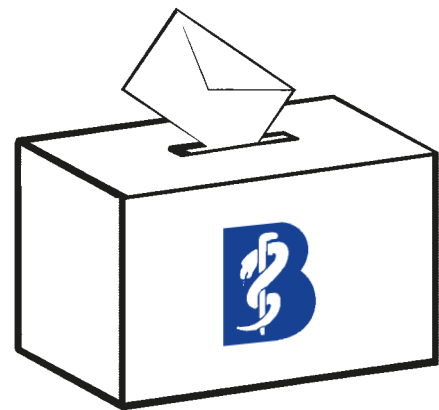
do 30 kwietnia	do 30 czerwca	do 31 sierpnia	do 30 listopada
Opublikowanie imiennych list członków rejonów wyborczych	Przyjmowanie wniosków lekarzy o umieszczenie ich na liście innego rejonu wyborczego i ogłoszenie ostatecznych list członków rejonów wyborczych	Zgłaszanie kandydatów na delegatów w trybie określonym przez OKW; Okręgowa Komisja Wyborcza sporządza i zamyka listę kandydatów w rejonie wyborczym	Przyjmowanie przez okręgową komisję wyborczą głosów oddawanych przez członków określonego rejonu wyborczego w drodze korespondencyjnej; Przeprowadzenie głosowania osobistego (do urny) w określonym uprzednio terminie i miejscu

PRZED NAMI WYBORY!

VIII kadencja samorządu lekarskiego zbliża się do końca

Czas szybko biegnie i nawet pandemia COVID-19 nie może go zatrzymać. Już za pół roku odbędą się wybory delegatów na sprawozdawczo-wyborczy okręgowy zjazd Lekarzy BIL, na którym zostanie wyłonione kierownictwo naszego samorządu na IX kadencję.

Część czynności wyborczych będzie się mogła odbyć w drodze korespondencyjnej, co znacznie ułatwi ich przeprowadzenie, zwłaszcza gdy do biura BIL trafią informacje aktualizujące dane o naszym miejscu pracy i zamieszkania, jeżeli uległy zmianie w ciągu ostatnich czterech lat i nie zostały dotychczas zgłoszone. Serdecznie proszę o ich przekazanie do 15 maja br. listownie lub drogą mailową na adres bil@bil.org.pl



Wstępny przydział lekarzy do rejonów został dokonany przez Okręgową Komisję Wyborczą na podstawie danych posiadanych przez Bydgoską Izbę Lekarską i zostanie opublikowany na stronie internetowej BIL do końca kwietnia br. W przypadku chęci zmiany rejonu wyborczego należy do 30 czerwca br. przekazać do biura zamieszczony poniżej wniosek.

*dr n. med. Maciej Borowiecki
Wiceprzewodniczący
Okręgowej Komisji Wyborczej BIL VIII kadencji*

WNIOSEK O PRZENIESIENIE DO INNEGO REJONU WYBORCZEGO I WPISANIE NA LISTĘ TEGO REJONU

imię nazwisko

LEKARZ LEKARZ DENTYSTA

numer prawa wykonywania zawodu

numer i nazwa rejonu, na listę którego wpisany jest lekarz

Oświadczam, że zamierzam uczestniczyć w wyborach delegatów na okręgowy zjazd lekarzy w rejonie wyborczym nr, nazwa
i proszę o wpisanie mnie na listę członków tego rejonu wyborczego.

.....

.....

adres osoby wypełniającej wniosek

.....

data, podpis i pieczętka

W NUMERZE:

PRZED NAMI WYBORY DO SAMORZĄDU	2 s. okładki
FELIETON	
Jerzy Rajewski: <i>Optymizm nieuzasadniony</i>	2
Bartosz Fiątek: <i>Episkopacie, dajcie żyć!</i>	3
Andrzej Martynowski: <i>Mój jest ten kawałek podłogi!</i>	23
INFORMUJEMY	4, 5, 6, 7
TRZECIA FALA	
O włoś, ale znów się udało	8
Z PUNKTU WIDZENIA KONSULTANTA W DZIEDZINIE CHOROÓB ZAKAŻNYCH	
Fala opada	10
W SZPITALU UNIwersYTECKIM NR 1	
ECMO – szansa dla chorych ze skrajną niewydolnością oddechową	13
PO COVID-19	
Okiem fizjoterapeuty	14
Kompleksowa rehabilitacja dla ozdrowieńców	15
FARMAKOLOGIA	
Aktualne trendy w farmakoterapii COVID-19	16
POZ BEZ TAJEMNIC	
Dlaczego Fundusz nie płaci nam za wszystkie wykonane szczepienia?!	18
PRZEZ PRYZMAT PŁCI	
Kobieta ⇄ Mężczyzna	19
WSPOMNIENIE O...	
...doktorze Januszu Nagórskim	21
KSIĄŻKI NIE TOP TEN	22
W PIGUŁCE	24

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Bratnia pomoc, jakiej udzielił minister zdrowia chorym w Polsce, próbując ratować zapas kadrową w systemie opieki zdrowotnej poprzez nabór do pracy w kraju lekarzy spoza Unii Europejskiej – pobudza do dyskusji o tym, jak powinien być wykonywany zawód lekarza. Teoretycznie wszystko wygląda dobrze. Mamy przecież Kodeks Etyki Lekarskiej, uchwały samorządowe, orzecznictwo sądów lekarskich i w końcu dobry obyczaj. Drogę naszemu postępowaniu wytyczają normy prawa powszechnego, zarówno karnego, jak i cywilnego oraz rozmaite wytyczne towarzystw naukowych, Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Inspekcja Sanitarna, nie mówiąc o przepisach bhp et cetera.

Punkt 3 art. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej mówi: „naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu”. Moim zdaniem pojemność stwierdzenia tak wielka, że aż niebezpieczna. Art. 8 zobowiązuje nas do należytej staranności, 6 pozostawia nam swobodę wyboru w postępowaniu, ale jednak ograniczoną aktualnym stanem wiedzy, i zgodnie z art. 4 części ogólnej dopuszcza również do głosu nasze sumienie. Zastanawiam się też, jak ma się art. 10 z rozdziału: „Jakość opieki zdrowotnej” – który obliuguje lekarza, aby nie przekraczał swoich kompetencji zawodowych – do obsady kadrowej tzw. oddziałów covidowych tworzonych i powiększanych szybko z racji pandemii.

Nie, nie zamierzam analizować pozostałych artykułów KEL, ani umniejszać znaczenia tego fundamentalnego dla naszej pracy dokumentu, chociaż niektóre zapisy budzą różne wątpliwości i emocje. Kiedy podczas spotkania samorządowego zastanawiałem się, czy słusznie stawiamy na najwyższe standardy, podczas gdy w otaczającej nas rzeczywistości politycznej, gospodarczej i prawniczej nie brakuje odmiennych przykładów, zostałem skarcony, że właśnie dlatego należy przeciwdziałać równaniu w dół. Trudno się z tym nie zgodzić. Powraca jednak pytanie: jak tego dokonać, przyznając tzw. czasowe prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry w oparciu o nowe, uproszczone procedury? W gabinetach polityków odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną krystalizują się stopniowo nowe pomysły mające zaradzić brakom lekarzy – opiekunowie medyczni, większe zakresy kompetencji dla pielęgniarek i farmaceutów. Nie odbieram tych pomysłów alergicznie, przecież znamy profesję felczera, tylko czy to rzeczywiście będzie postęp i rozwiązanie naszych wspólnych problemów? Na zakończenie przytoczę art. 59 KEL, życząc Państwu i sobie, aby wszyscy lekarze solidarnie wspierali działalność swojego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie im należytej pozycji w społeczeństwie.

Dr n. med. Marek Bronisz

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej



BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ primum

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

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

REDAKTOR:
Magdalena Godlewska
magodlewska@poczta.onet.pl

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

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

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

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

- **Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:** dr n. med. Elżbieta Narolska-Wierczewska,
e-mail: rzecznik@bil.org.pl
tel. 52 3461257
- **Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystry:**
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

Optymizm nieuzasadniony

Po spotkaniu Rady Gabinetowej (9 kwietnia) prezydent Andrzej Duda przekazał, że premier Mateusz Morawiecki i minister zdrowia Adam Niedzielski poinformowali go, iż „sytuacja wygląda lepiej, niż się spodziewali”. Podkreślił, że „system szczepień się rozpęda, a liczba wolnych łóżek i respiratorów świadczy o tym, że Polacy otrzymają pomoc, jeśli będą jej potrzebowali”.

JERZY
RAJEWSKI

Z samych łóżek, to burdel można stworzyć, a nie szpital

Dalej czytamy w komunikacie prezydenta, że „obecnie w skali kraju zajętych jest 34,5 tysiąca łóżek szpitalnych, przy czym system w tej chwili (...) dysponuje ponad 45 tysiącami łóżek. Przewiduje się, że ta liczba łóżek wzrośnie jeszcze o 6 do 7 tysięcy”.

Jedynie co przychodzi mi do głowy jako komentarz, to słowa prof. Zbigniewa Religi: „z samych łóżek to burdel można stworzyć, a nie szpital”. Znamy dobrze sytuację, kiedy wojewodowie jednym podpisem „tworzą” setki nowych łóżek covidowych i dziesiątki nowych stanowisk respiratorowych.

A jak wygląda sytuacja w Polsce w oparciu o dane?

W pierwszym kwartale 2021 r. zmarło blisko 139,6 tys. osób, co w porównaniu rok do roku oznacza 28,5% wzrost. W samym marcu br. odnotowano 51 tys. zgonów, z czego 18,1% to zgony z powodu COVID-19.

Jak wyglądamy na tle Europy? W dniu głośnego wywiadu pośła Arłukowicza – 23 marca br. – Polska pod względem liczby zgonów z powodu COVID-19 miała drugie miejsce wśród państw Unii Europejskiej oraz trzecie wśród państw Europy. W poprzednich dniach jednak zdarzało się, że w Polsce notowano najwyższą dzienną liczbę zgonów w Unii Europejskiej. Tak było 10, 11, 13, 17 i 19 marca.

Bardziej porównywalne są liczby zgonów w przeliczeniu na milion mieszkańców. Tu Polska z liczbą 9,33 zgonów zajmuje piąte miejsce – za Węgrami, Czechami, Bułgarią i Słowacją.

Wśród krajów Unii Europejskiej wykonujących najmniej testów na 1000 osób jesteśmy na drugim miejscu po Bułgarii.

(Johns Hopkins University CSSE COVID 19 Data, <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>).

Jeżeli rządzący uważają, że jest lepiej niż się spodziewali, to czego się spodziewali?

Jesteśmy zdecydowanie w czołówce najgorzej rządzących sobie z epidemią COVID-19 państw Europy. W 2020 r. zmarło w Polsce ponad 70 tys. więcej osób niż w poprzednich latach. Najbardziej tragiczne były dwa tygodnie listopada, kiedy umierało ponad dwa razy więcej osób niż w analogicznych tygodniach w 2019 r. Odnotowaliśmy w Polsce najwięcej zgonów od czasów II wojny światowej...

Jeszcze gorzej jest w 2021 r. W ciągu pierwszych trzech tygodni tego roku w Polsce zmarło 35 tys. osób, o 8,5 tys. więcej, niż zmarło w analogicznym okresie w 2020 r., i o 7,5 tys. więcej, niż wynosi średnia liczba zgonów w latach 2016–2020. (Źródło: Rejestr Stanu Cywilnego)

A jak radzimy sobie ze szczepieniami przeciwko SARS-CoV-2?

W zestawieniu liczby dawek podanych na 100 mieszkańców na szczęście nie jesteśmy na samym końcu. Z liczbą 23,35 zajmujemy 9 miejsce od końca wśród krajów Unii Europejskiej.

I raczej nie spodziewam się naszego awansu na wyższą pozycję w tym rankingu...

W prowadzonym przeze mnie punkcie szczepień od 2 tygodni otrzymujemy o połowę mniej szczepionek!

Czy mamy powody do optymizmu? Czy rząd i prezydent Polski mogą być z siebie zadowoleni?



ubezpieczeniedlalekarzy.pl

Ubezpieczenie OC dla lekarzy i lekarzy dentystów

Ubezpieczenie podmiotów leczniczych

Ubezpieczenie samochodu, domu
oraz gabinetu

Poznańska 31 85-129 Bydgoszcz

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

Episkopacie, dajcie żyć!

BARTOSZ
FIAŁEK

- Paracetamol – leczenie bólu oraz gorączki.
- Ibuprofen – lek przeciwbólowy, przeciwzapalny, przeciwgorączkowy.
- Kwas acetylosalicylowy – jw. + przeciwplatek.
- Pseudoefedryna – lek stosowany w terapii infekcji górnych dróg oddechowych.
- Loratadyna – leczenie alergicznego nieżytu nosa.
- Dukozynian sodu – lek przeczyszczający.
- Gwajfenezyna – ułatwia odkrztuszanie przy mokrym kaszlu podczas m.in.: grypy czy zapalenia oskrzeli.
- Fenylefryna – leczenie kataru w przebiegu grypy, przeziębień.
- Zasadowy salicylan bizmutawy – leczenie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.
- Lewotyroksyna – leczenie niedoczynności tarczycy.
- Atorwastatyna – leczenie hipercholesterolemii (podwyższonego stężenia cholesterolu).
- Amlodypina – leczenie nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca oraz objawu Raynauda.
- Metoprolol – leczenie nadciśnienia tętniczego, przewlekłej niewydolności serca.
- Omeprazol – leczenie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.
- Lozartan – leczenie nadciśnienia tętniczego i przewlekłej niewydolności serca.
- Azytromycyna – antybiotyk.
- Etanercept – leczenie biologiczne ciężkich postaci ZZSK (zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa).
- Hydroksychlorochina – lek immunomodulujący stosowany w terapii układowych chorób tkanki łącznej (m.in. toczenia rumieniowatego układowego oraz zespołu Sjogrena).

- Remdesivir – jedyny dopuszczony przez FDA lek do stosowania w ciężkiej postaci (wymagającej leczenia tlenem) COVID-19 u osób od 12 roku życia.
- Metformina – podstawowy lek w terapii cukrzycy typu 2.
- Simwastatyna – leczenie hipercholesterolemii. I wiele innych leków...

Nie jest to lista leków, które chcę reklamować, dlatego – celowo – nie wpisałem nazw handlowych. To lista leków, których niektórzy producenci KORZYSTAJĄ w badaniach przedklinicznych z... linii komórkowych HEK 293 (ludzkie embrionalne komórki nerki 293) lub im pochodnych.

Ciekawe, czy należący do episkopatu, który śmie głosić antyszczepionkowe i nienaukowe treści, nie korzystali nigdy z leczenia bólu za pomocą paracetamolu czy ibuprofenu, nadciśnienia tętniczego przy udziale amlodypiny, choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, zażywając omeprazol, czy cukrzycy typu 2, stosując metforminę?!

Jeżeli tak, to – w przypadku niektórych producentów – używali leków, które testowane były na HEK 293 lub im pochodnym komórkach.

Jeśli przyjmowanie jakiegokolwiek leku badanego na komórkach pochodzących z legalnych aborcji sprzed kilkudziesięciu lat jest niemoralne, to o nowoczesnej medycynie możemy zapomnieć, a jakość i długość życia diametralnie się zmniejszą.

W kwestiach naukowych słuchajmy przekazów merytorycznych, a nie emocjonalnych czy ideologicznych.

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



Technologia produkcji szczepionek AstraZeneca i Johnson & Johnson budzi poważny sprzeciw moralny

bp Józef Wróbel



„Szczepionki firm AstraZeneca i Johnson & Johnson są oparte na technologii bazującej na komórkach pochodzących od abortowanych płodów. Ten fakt budzi poważny sprzeciw moralny, gdyż w tym przypadku komórki pochodzące z abortowanych płodów stanowią niezbędne ogniwo technologii wytwarzania tych szczepionek” – ogłosił (14 kwietnia) bp Józef Wróbel, przewodniczący Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych. W stanowisku wydanym „w sprawie korzystania ze szczepionek przeciw Covid-19 firm AstraZeneca i Johnson and Johnson”. Czytamy tam także, że „katolicy nie powinni godzić się na szczepienie tymi szczepionkami, gdyż istnieją inne – mRNA – które nie budzą wiążących sumienie zastrzeżeń moralnych”.

a.b.

Nowy budynek Bizuela ma być gotowy za 2 lata

W gmachu, którego budowa ma niedługo ruszyć, znajdzie się: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Blok Operacyjny, Dział Sterylizacji i Dezynfekcji, Klinika Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego, Klinika Foniatrii i Audiologii z Oddziałem Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Chirurgii Szczękowej oraz Oddział Kliniczny Rehabilitacji.

Inwestycja o wartości ponad 162 mln złotych, oprócz budowy nowego budynku szpitala z łądowskim dla śmigłowców LPR, obejmie także przebudowę części istniejącego budynku oraz modernizację i adaptację fragmentu budynku, by połączyć go z projektowaną rozbudową.

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy 15 kwietnia podpisał umowę z wyko-



nowcą – konsorcjum firm ALSTAL GRUPA Budowlana sp. z o.o.s.k. oraz ALSTAL Investment sp. z o.o.s.k. na realizację wyżej wymienionych robót budowlanych.

Realizację całego przedsięwzięcia – „Wieloletniego programu medycznego – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy” – zaplanowano na lata 2018–2025. Jego całkowita wartość to 376 607 tys. złotych, z czego 348 752 tys. złotych ma pochodzić z Ministerstwa Zdrowia, pozostałe 26 535 tys. złotych ze środków POIiŚ, środki własne uniwersytetu to 1 320 tys. złotych.

a.b.

Reakcja na stanowisko Episkopatu

Eksperti z inicjatywy „Nauka przeciw pandemii” w sprawie komórek linii zarodkowych/embrionalnych i szczepionek przeciw COVID-19

AstraZeneca i Johnson&Johnson wykorzystują do produkcji swoich szczepionek wektorowych przeciw COVID-19 zmodyfikowane genetycznie linie komórkowe, odpowiednio HEK293 i PER.C6. Wprowadzone modyfikacje umożliwiają namnażanie wektora wirusowego, głównego składnika tych szczepionek. W przypadku szczepionki AstraZeneca wektorem jest adenowirus szympansi ChAdOx1. Szczepionka Johnson&Johnson została stworzona w oparciu o ludzkiego adenowirusa typu 26. Obecne w szczepionkach wektory nie są zdolne do namnażania, gdyż z ich genomu usunięto dwa regiony niezbędne do replikacji. W ich miejsce wstawiono natomiast gen kodujący białko S koronawirusa SARS-CoV-2. (...)

1. Komórki HEK293 wykorzystywane do produkcji adenowirusa w szczepionce AstraZeneca wyizolowano pierwotnie w 1973 r. z materiału abortyjnego ludzkich komórek embrionalnych nerki. Od tego czasu są pasażowane w warunkach laboratoryjnych i wykorzystywane w ogromie badań biomedycznych.
2. Komórki PER.C6 wykorzystywane do produkcji adenowirusa w szczepionce J&J wyprowadzono z tkanki siatkówki zarodka ludzkiego uzyskanej w wyniku zabiegu indukowanego poronienia przeprowadzonego w 1985 r.
3. By wyprodukować szczepionki przeciw COVID-19 w oparciu o technologię wektorową, nie trzeba było przeprowadzać żadnej aborcji, nie ucierpiła żadna istota ludzka.
4. Celem przeprowadzonych aborcji nie było pozyskanie linii komórkowych. Zabiegi nie zostały przeprowadzone celowo i w żaden sposób pobranie nie wpłynęło na decyzję o przeprowadzeniu aborcji. Komórki z tkanek pobrano przy okazji, w celach badawczych. Uzyskane komórki udało się hodować, więc je zachowano. W podobny sposób pozyskuje się komórki do badań od osób dorosłych, zarówno za życia, jak i po śmierci.
5. Wykorzystywanie linii takich jak HEK293 czy PER.C6 w produkcji szczepionek przeciw COVID-19 nie promuje aborcji.
6. Celem pobrania komórek nie było stworzenie szczepionki, to zastosowanie opracowano znacznie później. W przypadku HEK293 pojawiło się ono dopiero w 1985 r., gdy zaadaptowano hodowlę tych komórek w płynnej pożywce (wcześniej prowadzono hodowlę płyt-

kową). Komórki wyprowadzone z materiału abortyjnego wykorzystywano już przed pandemią w celu testowania lub produkowania innych szczepionek.

7. Linie te, a zwłaszcza w HEK293, wykorzystuje się w szeroki sposób w rozmaitych badaniach biomedycznych, dzięki którym poznawane są funkcje ludzkich białek, szlaki metaboliczne, a także zjawiska istotne dla zrozumienia procesu nowotworzenia. Komórki te znajdują również szerokie zastosowanie w zakresie testowania substancji o znaczeniu farmaceutycznym. Komórki HEK293 i PER.C6 nie wchodziły w skład szczepionek AstraZeneca i Johnson&Johnson.
8. Linie te nie są wykorzystywane w produkcji szczepionek mRNA. Niemniej jednak, komórki HEK293 zostały wykorzystane przez Pfizer i Modernę na wstępnym etapie prac rozwoju swoich kandydatów na szczepionkę, by sprawdzić, czy komórki te pobierają mRNA.

Szczepienia przeciw COVID-19 ratują życie. Wskazywanie, że jedne szczepionki są mniej moralne od innych, to budowanie ogólnej do nich niechęci. A powinna przyświecać nam troska o każdego bliźniego. Zaszczepienie – jakkolwiek szczepionką przeciw COVID-19 – jest najlepszym świadectwem tej troski, również o dzieci nienarodzone. COVID-19 jest bardzo niebezpieczny, także dla kobiet w ciąży.

Eksperti zrzeszeni w ramach inicjatywy Nauka Przeciw Pandemii www.naukaprzeciwpandemii.pl

Dr n. farm. Leszek Borkowski, Fundacja Razem w Chorobie, prof. Marcin Drąg, Politechnika Wrocławska, prof. Andrzej M. Fał, Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego, prof. Robert Flisiak, Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, prof. Jacek Jemielity, Uniwersytet Warszawski, dr Jacek Krajewski, Federacja Porozumienie Zielonogórskie, dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, prof. Andrzej Matyja, Naczelna Rada Lekarska, Uniwersytet Jagielloński, prof. Krzysztof Pyrc, Uniwersytet Jagielloński, dr hab. n. med. Piotr Rzymiski, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dr n. med. Michał Sutkowski, prof. Krzysztof Simon, Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, prof. Jacek Wysocki, Polskie Towarzystwo Wakcynologii, prof. Joanna Zajkowska, Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Złożyli autografy w 675 urodziny miasta!

Zasłużeni dla Bydgoszczy – wyłonieni przez członków kapituły na podstawie przyjętych od mieszkańców miasta zgłoszeń – tym razem złożyli swój autograf na ul. Długiej w szczególnym dniu, bo 19 kwietnia, czyli w dzień urodzin miasta. Laureatami Bydgoskich Autografów 2020 zostali: prof. dr hab. n. med. Aleksander Araszkiwicz, Marek Gotowski oraz, we wspólnym wyróżnieniu, dr hab. Janusz Kutta, dr hab. Marek Romaniuk, Stanisław Błażejowski.



Profesor Aleksander Araszkiwicz ze swoim autografem

Nas szczególnie cieszy, że tego wyjątkowego wyróżnienia doświadczył kolejny lekarz z Bydgoskiej Izby Lekarskiej – **prof. dr hab. n. med. Aleksander Araszkiwicz** – psychiatra i psychoterapeuta. Kierownik Kliniki Psychiatrii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy oraz Katedry Psychiatrii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK. Konsultant wojewódzki ds. psychiatrii na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Właściciel Centrum Kultury, Higieny i Zdrowia Psychicznego „Łażnia” na bydgoskim Szwederowie.

Profesor odstaniał swój autograf bardzo wzruszony, a ten stan, jak zaręczał, nie zdarza mu się często. „Traktuję pracę w Bydgoszczy – jako lekarz, jej obywatel – jak służbę dla miasta i jego mieszkańców” – podkreślał i dodawał, że o Bydgoszczy nie zapomina nigdy. Na ko-

niec wygłoszonej pełnym emocji głosem wypowiedzi Aleksander Araszkiwicz jeszcze raz zapewnił bydgoszczan: „Jestem dla was!”. Ta deklaracja wypowiedziana w czasach, w których coraz częściej zmagamy się z problemami psychicznymi i nic nie wskazuje na to, żeby było lepiej – zabrzmiała szczególnie mocno.

Obok Profesora swoje autografy odstonili: **Marek Gotowski** – bydgoski przedsiębiorca, biznesmen, prezes Zarządu firmy Gotowski oraz zbiorowo: **dr hab. Janusz Kutta, dr hab. Marek Romaniuk, Stanisław Błażejowski** – bydgoscy historycy, archiwiści, badacze najnowszej historii miasta, autorzy ponad 600 biogramów bydgoszczan wydanych w siedmiu tomach „Bydgoskiego słownika biograficznego”.

Agnieszka Banach

Znowu zmiana na stanowisku dyrektora w NFZ



Akt powołania wręczył Bernard Waśko, zastępca prezesa NFZ ds. medycznych

„Od 20 kwietnia nowym dyrektorem Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest **Jan Gessek**. Akt powołania wręczył Bernard Waśko, zastępca prezesa NFZ ds. medycznych, dziękując jednocześnie Małgorzacie Dziedzic, która od listopada 2020 r. pełniła obowiązki dyrektora, za dotychczasowe kierowanie oddziałem” – poinformowała Barbara Nawrocka, rzeczniczka Oddziału.

Jan Gessek jest ekspertem w zakresie zdrowia publicznego, wykładowcą akademickim. Od 2018 r. pełnił funkcję zastępcy, a następnie dyrektora Departamentu Ratownictwa Medycznego i Obronności w Ministerstwie Zdrowia.

Swoją ścieżkę zawodową w sektorze ochrony zdrowia rozpoczął w zespołach ratownictwa medycznego, w Toruniu, Grudziądzu, Wąbrzeźnie i Golubiu-Dobrzyniu. W latach 2011–2017 pracował jako wykładowca akademicki Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, kształcąc przyszłych adeptów ratownictwa medycznego. Pełnił również rolę koordynatora ds. badań klinicznych (2015–2018). Decyzją ministra zdrowia od 20 kwietnia objął stanowisko dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Studenci medycyny w szpitalach covidowych

Do Regionalnego Szpitala Specjalistycznego w Grudziądzu stawili się 17 studentów CM UMK, a do Szpitala w Radziejowie – 9 studentów. Zgłosili się dobrowolnie. Do pracy jako opiekunowie pacjenta do walki z COVID-19 zostali skierowani decyzją wydaną przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego.

a.b.



Przed szpitalem w Grudziądzu

Ruszył pierwszy punkt szczepień powszechnych

Pierwszy w województwie pilotażowy punkt szczepień powszechnych rozpoczął pracę! Uroczono go miasto Bydgoszcz wspólnie z Przychodnią „Bajka” i Uniwersytetem Technologiczno-Przyrodniczym (20 kwietnia). Mieści się właśnie na UTP i już pierwszego dnia zaszczepiono tu 200 osób, a można by było nawet 700. Pracuje tu 5 zespołów – w każdym pielęgniarka, ratownik albo fizjoterapeuta, wszystkie konsultuje jeden lekarz. Punkt będzie działał 7 dni w tygodniu od 9-18. Zapisać się tu na szczepienie można przez ogólnopolską infolinię 989, internetowe konto pacjenta oraz bezpośrednio pod numerem: 52 300 29 90.

Takich miejsc na terenie województwa ma być 28. Kolejne mają zostać otwarte do końca kwietnia. Oprócz powszechnych punktów szczepień (do chwili zamknięcia numeru na razie jednego...) w kujawsko-pomorskim cały czas działają te zlokalizowane w przychodniach czy szpitalach – łącznie – 323.

„Miasto Bydgoszcz włączyło się z dużym zaangażowaniem w organizację punktów masowych. Zaproponowaliśmy ich 9. Na razie mamy zgodę na to, żeby powstały 2. Właśnie przygotowujemy drugi



foto: Agnieszka Banach

w Centrum Targowo-Wystawienniczym w Myśliczku z potencjałem 1200 szczepień dziennie” – mówiła podczas otwarcia pierwszego z punktów na UTP zastępczyni prezydenta Bydgoszczy Iwona Waszkiewicz i zapewniała, że gdyby wykorzystać potencjał wszystkich punktów w mieście, w ciągu 4 tygodni można by zaszczepić wszystkich chętnych mieszkańców, oczywiście jeśli będą dostępne szczepionki. Kiedy będzie otwarty drugi bydgoski punkt na razie nie wiadomo. Miasto jest gotowe, ale czeka na decyzje rządowe i zapewnienie o dostarczeniu odpowiedniej liczby szczepionek.

„Nasze dotychczasowe możliwości szczepień to 76 tys. szczepień tygodniowo” – mówił podczas otwarcia punktu wojewoda Mikołaj Bogdanowicz. Dodatkowe punkty szczepień powinny znacznie ten wynik poprawić. Oczywiście jeżeli będą szczepionki...

Agnieszka Banach

Wracamy do tematu

Trudny czas dla anatomii



Dwa miesiące temu, po zajęciach online z anatomii dla studentów CM UMK, spotkało się trzech naukowców – prof. Michał Szpinda, kierownik Katedry Anatomii Prawidłowej CM UMK, prof. Janusz Moryś z GUM – wizytujący bydgoską medycynę przewodniczący Uniwersyteckiej Komisji ds. Jakości Kształcenia na Kierunku Lekarskim działającej przy Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych oraz prof. Zbigniew Włodarczyk – dziekan wydziału lekarskiego CM UMK. Rozmawiają na temat egzaminów z anatomii. Czego dokładnie dotyczyła ich dyskusja może dowiedzieć się każdy, bo ... po zakończonym wykładzie online ktoś zapomniał wyłączyć mikrofon...

Sprawa robi się głośna na całą Polskę, bo podczas rozmowy profesorów padają kontrowersyjne wypowiedzi, m.in. ta: „Zdawalność jest zdecydowanie za wysoka w formie zdalnej i coś z tym musimy zrobić”. Reszty nie będziemy ponownie cytować – zrobiliśmy to już w poprzednim numerze „Primum”. Uczelnia wyciąga konsekwencje wobec uczestników rozmowy. Profesor Moryś składa rezygnację z funkcji kierownika przedmiotu anatomii. Rektor ją przyjmuje i rozpoczyna postępowanie dyscyplinarne – 30 marca profesor Moryś przestaje pełnić funkcje kierownika Katedry Anatomii oraz Zakładu Anatomii i Neurobiologii GUMed. UMK powołuje komisję do zbadania sprawy prawidłowości przeprowadzenia egzaminów i zaliczeń w CM. W chwili zamknięcia numeru jej prace jeszcze trwały. Jak poinformowała nas dr Ewa Walusiak-Bednarek z zespołu prasowego UMK – wniosków z pracy komisji można się spodziewać na początku maja. Sprawę bada też rzecznik dyscyplinarny uczelni. „Odbły się też szereg spotkań władz uczelni ze studentami Collegium, w tym takie, podczas których można było zachować anonimowość” – mówi Walusiak-Bednarek.

Sytuacją na bydgoskiej uczelni zainteresował się też MEN, występując do uczelni kształcących przyszłych lekarzy o udostępnienie pełnych statystyk z ostatnich 5 lat dotyczących zdawalności anatomii i innych egzaminów z pierwszego roku. Bydgoskie CM UMK swoje statystyki przekazało ministrowi Przemysławowi Czarnkowi 8 marca.

Agnieszka Banach

Naukowcy w walce z COVID-19

Pracownicy Katedry Informatyki Stosowanej i Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii CM UMK otrzymali grant Narodowego Centrum Badań i Rozwoju na realizację projektu „System ekspercki wspomagający lekarza w sterowaniu respiratorem”. Przeprowadzą go we współpracy z Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii szpitala w Grudziądzu.



Z ramienia UMK projekt współtworzą: **dr hab. Rafał Adamczak**, **prof. UMK**, **prof. dr hab. Aleksandr Sokolov**, **mgr inż. Michał Joachimiak**, **dr hab. Krzysztof Grąbczewski** i **dr Marek Grochowski** z Katedry Informatyki Stosowanej oraz **dr hab. Katarzyna Sierakowska**, **prof. UMK** i **dr Michalina Kołodziejczak** z Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii CM UMK.

Celem projektu jest stworzenie systemu eksperckiego opartego o algorytm sztucznej inteligencji, który na podstawie danych o stanie pacjenta pobieranych w czasie rzeczywistym z respiratora, kardiomonitora oraz analizatora gazometrii, jak również wyników badań laboratoryjnych jest w stanie określać wartości ustawienia respiratora, tj. ciśnienia, objętości, przepływu i częstości.

W programie NCBiR „Wsparcie szpitali jednoimiennych w walce z rozprzestrzenianiem się zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz w leczeniu COVID-19” naukowcy otrzymali dofinansowanie w wysokości 2,6 mln zł. Projekt będzie realizowany do lutego 2022 r.

Źródło: UMK

primum

Nowi profesorowie

Postanowieniem prezydenta RP tytuły uzyskali:



Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Roszkowski – absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Bydgoszczy – stopień doktora nauk medycznych uzyskał na podstawie rozprawy pt.: „Analiza produktów reperacji tlenowych uszkodzeń DNA w moczu pacjentów chorych na nowotwory poddanych radioterapii”, stopień doktora habilitowanego – w 2014 r. na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego za pracę

pt.: „Możliwości zastosowania w praktyce klinicznej markerów oksydacyjnych uszkodzeń DNA”. Od roku 2015 pracuje w Collegium Medicum UMK. Jest autorem 76 publikacji naukowych o łącznym impact factorze 128. Redaktor naczelny czasopisma „Journal of Hematology and Oncology Research”, a także członek rady naukowej 10 czasopism o zasięgu międzynarodowym. Recenzent ponad stu publikacji naukowych w czasopismach z IF. Recenzent merytoryczny kilkunastu wniosków grantowych w Narodowym Centrum Badań i Rozwoju (Program Operacyjny Inteligentny Rozwój 2014–2020 i Program LIDER). Członek zespołu eksperckiego do zadań związanych z realizacją zleceń Ministra Zdrowia. Ekspert w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Zainteresowania naukowe prof. dr. hab. Krzysztofa Roszkowskiego koncentrują się wokół poszukiwania molekularnych markerów skuteczności leczenia onkologicznego. Aktualnie prowadzi projekty badawcze w międzynarodowych zespołach badawczych z Department of Translational Hematology and Oncology Research, Lerner Research Institute, Cleveland Clinic, USA, Departments of Dermatology and Pathology, University of Alabama at Birmingham, USA oraz Department of Chemical Engineering (DEQ), Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain. Pełni funkcję konsultanta wojewódzkiego w zakresie radioterapii onkologicznej. Jest kierownikiem Zakładu Radioterapii w Centrum Onkologii w Bydgoszczy oraz kierownikiem Katedry Onkologii Collegium Medicum UMK.



Prof. dr hab. n. med. Henryk Witmański – od 2011 r. kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej Collegium Medicum UMK oraz ordynator Oddziału Klinicznego Chirurgii Plastycznej Szpitala im. Jurasza w Bydgoszczy, autor 227 publikacji naukowych, w tym 89 recenzowanych publikacji punktowanych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (36 artykułów w czasopi-
mach z listy Journal Citation Reports). Jego zainteresowania naukowe koncentrują się wokół dwóch zagadnień: morfologii i zastosowania komórek macierzystych izolowanych z tkanki tłuszczowej oraz zabiegów rekonstrukcyjnych po wycięciu guzów nowotworowych twarzoczaszki. Uczestnik licznych staży i szkoleń naukowych i kliniczno-naukowych w kraju i za granicą. Promotor 4 przewodów doktorskich, recenzent 12 prac doktorskich, uczestnik 4 postępowań habilitacyjnych oraz 60 przewodów doktorskich. Kierownik 6 specjalizacji w zakresie chirurgii plastycznej. Jest członkiem rad naukowych czasopisma z listy Journal Citation Reports („Postępy Dermatologii i Alergologii”) oraz – w przeszłości – czasopisma „Annals of Agricultural and Environmental Medicine”. Jest także recenzentem 4 czasopism z listy Journal Citation Reports. W latach 2011–2013 był redaktorem naukowym czasopisma „Forum Stomatologii Praktycznej”. W 2019 r. został powołany w skład zespołu ekspertów do opra-

cowania i aktualizacji programu specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej. W latach 2010–2018 członek Komisji Akredytacyjnej ds. Specjalizacji w Zakresie Chirurgii Plastycznej, w latach 2012–2019 – Komitetu Zadaniowego Polskiego Komitetu Normalizacyjnego ds. Chirurgii Estetycznej. Za działalność naukową i dydaktyczną uzyskał liczne nagrody i wyróżnienia. Posiada specjalizację z chirurgii ogólnej i plastycznej. W praktyce lekarskiej zajmuje się chirurgią rekonstrukcyjną i estetyczną. Aktywny członek Polskiego Towarzystwa Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej (wiceprzewodniczący Sądu Koleżeńskiego), współautor podręcznika dla studentów pt. „Medycyna estetyczna” (PZWL, 2017 r.) oraz redaktor naukowy podręcznika dla studentów i lekarzy rezydentów pt. „Chirurgia plastyczna” (PZWL, 2019 r.).

Prof. dr hab. n. med. Jacek Budzyński, absolwent kierunku lekarskiego Akademii Medycznej w Bydgoszczy z 1993 r. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 2001 r. na podstawie rozprawy pt.: „Parametry lipidowe i hemostatyczne u mężczyzn z zespołem zależności alkoholowej leczonych odwykowo”, stopień doktora habilitowanego nauk medycznych zdobył na WL UMK w Toruniu w 2012 r. na podstawie jednotematycznego cyklu publikacji pt. „Wybrane aspekty stosowania inhibitorów pompy protonowej u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca i nawracającym bólem w klatce piersiowej”. Współautor i autor 448 publikacji i doniesień zjazdowych o łącznej wartości bibliometrycznej impact factor 109,456 i punktacji Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego 2346 pkt, laureat Nagród Rektora za osiągnięcia w dziedzinie naukowo-badawczej, beneficjent Stypendium Rektora UMK za wysoko punktowaną publikację.



Prof. Jacek Budzyński rozpoczął pracę w Akademii Medycznej w Bydgoszczy w 1994 r. na stanowisku asystenta w Katedrze i Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych. Od 2014 r. kierownik Katedry Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych. W 2016 r. awansował na stanowisko profesora UMK. Był promotorem 7 ukończonych przewodów doktorskich, a obecnie kieruje pracami nad czterema kolejnymi otwartymi przewodami doktorskimi. Był także opiekunem Studenckiego Koła Naukowego, promotorem 21 prac magisterskich, recenzentem 34 prac magisterskich i licencjackich, 3 rozpraw doktorskich i przeszło 80 artykułów przesłanych do renomowanych czasopism polskich i zagranicznych. Pełnił funkcje: sekretarza komisji habilitacyjnej, członka wydziałowych komisji ds. przewodu habilitacyjnego oraz komisji doktorskich. Dwukrotnie otrzymał list pochwalny prorektora ds. Collegium Medicum za działalność dydaktyczną.

Prof. Jacek Budzyński w 1994 r. rozpoczął pracę na etacie młodszego asystenta w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy. Jest specjalistą chorób wewnętrznych, gastroenterologii i angiologii. Od 2018 r. zatrudniony na stanowisku kierownika Kliniki Chorób Naczyń i Chorób Wewnętrznych.

7

KASY
FISKALNE
ON-LINE

OD 1 LIPCA 2021

USŁUGI:
MEDYCZNE
PRAWNICZE

stoper
bis

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

O włos, ale znów się udało

Dzwonię co kilka minut, wciąż zajęte. Półtorej godziny później wreszcie wolna linia – odzywa się automat, zgodnie z zaleceniem tonowo wybieram numer i słyszę, że jestem czwarta w kolejce do rejestracji, trzecia, druga, w końcu pierwsza. Po chwili odbiera żywy człowiek, informuję, że na przedramieniu pojawiło mi się jakieś znamię i potrzebuję skierowania do dermatologa. Rejestratorka mówi, że mam dzwonić bezpośrednio do lekarzy i podaje dwa numery. Przez kilka następných dni wydzwaniam raz pod jeden, raz pod drugi, a kiedy po raz pierwszy linia jest wolna, słyszę, że okres oczekiwania jest zbyt długi, i połączenie zostaje przerwane. 10 dni później postanawiam, że załatwię sprawę twarzą w twarz, ale nie udaje mi się wejść do POZ-u; na pocieszenie dostaję karteczkę z numerem telefonu, który znam już przecież na pamięć. Myślę o przepisaniu się do innej przychodni, ale wcześniej jeszcze raz dzwonię do starej, nie do lekarzy, a jak na początku – do rejestracji. Rejestratorka odbiera, pyta, o co chodzi, rozmawia z kimś przez telefon, a potem informuje, że umówiła mnie na teleporadę i za tydzień między 10 a 11 zadzwoni do mnie lekarz i poda numer skierowania! Nareszcie!

Relacja pacjentki jednego z bydgoskich POZ-ów



MAGDALENA
GODLEWSKA

Prorokowany upadek POZ – nie nastąpił

Przychodnia, o której opowiada pacjentka, istnieje naprawdę. Pewnie są i inne takie przychodnie, skoro – jak podaje dr n. med. Przemysław Paciorek, zastępca dyrektora ds. lecznictwa WSPR w Bydgoszczy – Znakomita większość wzywających zgłasza, że nie mogła się wcześniej skontaktować z lekarzem rodzinnym lub została przez tego lekarza bądź pielęgniarkę czy rejestratorkę poinformowana, że ma się zgłosić z problemem do szpitalnego oddziału ratunkowego albo wezwać pogotowie ratunkowe. Część pacjentów twierdzi, iż została wręcz poinstruowana, co ma powiedzieć dyspozytorowi, aby szybko uzyskać pomoc medyczną. – I dodaje –³/₄ wyjazdów pogotowia nie jest związanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego – do czego pogotowie ratunkowe zostało powołane. Ambulanse ratunkowe jeżdżą na okrągło, zespoły potrafią pracować po 12 godzin, nieraz całą dobę. Czas interwencji się wydłużył, bo trzeba się przebrać, potem rozebrać, odkazić ambulans, procedury w 2 parach rękawiczek są dłuższe. My już nie możemy zwiększyć liczby przewożonych pacjentów – osiągnęliśmy kres możliwości.

Jednak przychodnie, do których nie sposób się dobić, ani osobiście, ani zdalnie, to nie reguła. Większość placówek działa bez zarzutu, a niektóre wręcz wzorcowo. Przykładem są chociażby Przychodnie „Łomżyńska” czy „Gdańska”. Ta pierwsza – dysponując poza poradnią ogólną dla dorosłych i dla dzieci poradniami specjalistycznymi – przyjmuje obecnie 5784 osób miesięcznie (w drugiej fali – 5137), z czego 516 to pacjenci covidowi (w drugiej fali – 242). Dotychczas Covid rozpoznano u 1379 podopiecznych przychodni (11%). W trzeciej fali podejrzewano COVID-19 w 716 przypadkach (w drugiej – w 1543), potwierdzono w 393 (w drugiej fali – w 983), wykonano 47 testów w przychodni (w drugiej fali 143 osoby przetestowano na miejscu, 840 skierowano do drive thru).

85% przyjęć odbywa się w formie teleporady (w poprzedniej fali – o 5% mniej). Liczba połączeń telefonicznych to 10,5 tys./mc – informuje Waldemar Gadziński, wiceprezes Zarządu DAN-MED Sp. z o.o. NZOZ Przychodnia „Łomżyńska” – 55–70% odbieramy za pierwszym razem. Problemy z dodzwonieniem się wynikają z realizacji Narodowego Programu Szczepień, bo dzwoniący w sprawie szczepienia blokują linię. I dodaje: Zaszczepiliśmy pierwszą dawką już 2500 pacjentów. Od kwietnia szczepimy 800 osób tygodniowo, do końca maja zaszczepimy 5540. Zostaliśmy również wyznaczeni jako masowy punkt szczepień. Jeżeli otrzymamy dodatkowe dawki, te liczby się podwoją.

Przychodnia Gdańska też prowadzi punkt szczepień przeciw COVID-19, dysponuje oprócz poradni POZ poradniami specjalistycznymi, przyjmując wszystkich pacjentów, również tych covidowych, ale tu teleporad jest dużo mniej niż osobistych spotkań z pacjentami. Na początku drugiej fali doszliśmy do wniosku, że pandemia już trochę za

dlugo trwa, żeby ograniczać się do samych teleporad, że trzeba zobaczyć pacjenta – mówi specjalista medycyny rodzinnej dr Youssef Al-Shahari. – Teleporady wciąż jeszcze są dostępne w POZ – jak ktoś woli teleporadę, robimy teleporadę, a jak chce się spotkać, to się spotykamy. Pacjenci są umawiani na konkretne godziny, a w przypadku osób z podejrzeniem COVID-19 wizyta odbywa się w przeznaczonym do tego celu gabinecie.

Dr Al-Shahari zwraca uwagę, że pacjenci nie chcą się testować. *Boją się, że jak test okaże się dodatni, to cała rodzina znajdzie się na kwarantannie, ale jeżeli objawy wskazują na możliwość zakażenia – mówi – to nie słuchamy pacjenta, tylko wysyłamy na test, przekazując niezbędne informacje i prosząc o kontakt. Jeżeli pod koniec izolacji czy kwarantanny, pacjent nie czuje się dobrze – możemy izolację czy kwarantannę przedłużyć.*

Problemem, z którym boryka się Gdańska, jest niedobór personelu – brakuje lekarzy. *Młodzi lekarze boją się, bo zapraszamy pacjentów – chcieliby ograniczyć kontakt do rozmowy przez telefon, ale my już nie chcemy się zamykać – wyjaśnia Youssef Al-Shahari.*

Przychodni, które wzorowo wypełniają swoje zadania (łącznie z narzuconym we wrześniu ub.r. obowiązkiem opieki nad pacjentem zakażonym wirusem SARS-CoV-2) – jest dużo więcej. Tym samym nie spełniły się obawy prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożeny Janickiej, że obowiązek wykrywania zakażeń SARS-CoV-2 będzie końcem podstawowej opieki zdrowotnej.

Szpitala nie przekroczyły granicy wydolności...

...Do czego, bez wątplenia, przyczyniło się m.in. zwiększenie liczby łóżek covidowych. Np. Bizele w trakcie trzeciej fali poszerzył swoją bazę o 27 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 wymagających tlenoterapii (obecnie 46) oraz 2 „respiratorowe” (obecnie 11), a w kwietniu br. uruchomił 20 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 w ramach Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, liczba izolatek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia nie zmieniła się (17). W Szpitalu im. dr. A. Jurasza natomiast przed rozpoczęciem trzeciej fali były 54 łóżka (I i II poziomu), w tym 10 respiratorowych, obecnie jest łącznie 109 (I i II poziom) w tym 23 respiratorowe.

Mimo tego – jak informuje rzeczniczka Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 Kamila Wiecińska – *obłożenie łóżek covidowych jest niemal cały czas na poziomie 100% – kiedy zwalnia się miejsce, bardzo szybko jest ponownie zajmowane.* O 100-procentowym obłożeniu oddziałów izolacyjnych oraz respiratorów dla pacjentów z COVID-19 w ostatnich tygodniach informuje też Marta Laska, rzeczniczka Jurasza. Również w KPCP wszystkie łóżka (5 dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-Cov-2 i 107 dla osób z potwierdzonym zakażeniem, w tym 8 łóżek intensywnej terapii) – zazwyczaj są zajęte.

Pacjenci trzeciej fali. *Trzecia fala w Polsce – zdominowana przez brytyjski szczep COVID-19 – jest szczególnie groźna, bo choruje porównywalna bądź okresowo większa liczba pacjentów niż w drugiej, a przebieg choroby jest znacznie bardziej agresywny, więcej jest ciężkich postaci COVID-19, szybciej i często w sposób skryty dochodzi do covidowego zapalenia płuc, niestety odnotowujemy też więcej zgonów – mówi dr hab. n. med. Beata Januszko-Giergielewska, koordynator Oddziału Izolacyjnego nr 3 Szpitala Jurasza. – Ogólnie obserwuje się w trzeciej fali pandemii więcej ciężkich przebiegów COVID-19 u ludzi młodych. Do szpitala trafia coraz więcej – 30-, 40-latków, a także dzieci.*

Za zwiększoną agresją wirusa COVID-19 postępuje zwiększona liczba postaci tej choroby przebiegających z niewydolnością oddechową, a co za tym idzie – większa liczba pacjentów wymagających respiratoroterapii. Pokazują to też statystyki ogólnopolskie zajętych miejsc respiratorowych w oddziałach covidowych, które znacznie przewyższają liczby z drugiej fali pandemii. (...)

Również Bogusław Jasik, zastępca dyrektora ds. lecznictwa KPCP, zwraca uwagę, że w trzeciej fali liczba pacjentów z COVID-19 wymagających bardziej zaawansowanego leczenia wzrosła ponad dwukrotnie: w przypadku nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej z 30 w dru-

giej fali do 70 i z 37 do 66 przy inwazyjnej. – I dodaje – *Hospitalizujemy coraz więcej młodych ludzi. Przywożeni są do szpitala w stanie ciężkim. W KPCP na COVID-19 zmarł mężczyzna urodzony w 1983 r. Nie miał chorób współistniejących.*

Z danych Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy wynika, że w szczycie trzeciej fali zużycie tlenu ciekłego w szpitalach województwa rzeczywiście było rekordowo wysokie, obecnie – jak podaje rzecznik wojewody Adrian Mól – obserwuje się tendencję spadkową.

Kto umiera z powodu Sars-CoV-2? W Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii od 1 stycznia do 14 kwietnia 2021 r łącznie zmarło 166 osób, z czego 81 w wieku poniżej 75 lat, a 85 – co najmniej 76. Tymczasem w drugiej fali było to 37 osób do 75 r.ż i 20 powyżej 76. Natomiast w Bizielu łączna liczba od 1 stycznia do 14 kwietnia to 58 zgonów (w styczniu 20 zgonów, średnia wieku 74,4, lutym – 12, średnia wieku 74,25, marcu – 13 zgonów, średnia wieku 74, od 1 do 14 kwietnia – 13 zgonów, średnia wieku 78,3). W Juraszu – jak informuje rzeczniczka Marta Laska – *w drugiej fali średni wiek pacjentów wynosił 76 lat. Zgony następowały częściej u mężczyzn niż u kobiet – w proporcji około 6 do 4. W trzeciej fali średnia wieku to 64–67 lat, a proporcja płci wynosi około 5 do 5. Z naszych wstępnych analiz wynika, że w trzeciej fali pandemii zgony częściej spowodowane są tylko COVID-19, większość pacjentów oprócz wysokiego wskaźnika BMI nie miała innych chorób współistniejących.*

Brakuje personelu! *W trzeciej fali w naszym szpitalu – mówi dr Jacek Kryś, dyrektor Jurasza – znalazło się wiele lekarzy i pielęgniarek, którzy niezależnie od okoliczności, zmęczenia i przepracowania znaleźli w sobie siłę i motywację do dalszej ciężkiej pracy na oddziałach izolacyjnych. Możemy liczyć również na wsparcie wolontariuszy i studentów. Udało nam się zabezpieczyć pracę personelu na oddziałach covidowych, ale odbywa się to kosztem wielu nadgodzin oraz przesunięć pracowników z innych klinik, co niestety skutkuje częściowym zawieszeniem ich działalności.*

Odczuwamy brak pielęgniarek, internistów, anestezjologów. Musimy sobie jednak jakoś radzić. Z powodu braku anestezjologów (mamy 11 dodatkowych stanowisk respiratorowych!) jesteśmy zmuszeni przekładać niektóre zabiegi planowe – mówi Kamila Wiecińska z Biziele. W KPCP sytuacja też jest trudna – brakuje przede wszystkim pielęgniarek i lekarzy.

W Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Władysława Biegańskiego sytuacja uległa chwilowej poprawie – w opiece nad 323 pacjentami, w tym 50 podłączonymi do respiratora, pomoże personelowi 17 studentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK. Zostaną w Grudziądzu przez miesiąc.

Nie tylko covid. Z powodu pandemii cierpią nie tylko zakażeni Sars-CoV-2 – pozostałym chorym pandemia utrudnia dostęp do opieki medycznej – szpitale np. zmuszone są przekładać zabiegi planowe (z wyjątkiem onkologicznych). Ale pacjenci onkologiczni regionu są w dobrej sytuacji. *Centrum Onkologii pracuje normalnie. My nie wyłączyliśmy się z pracy, tak jak inne ośrodki, inne centra onkologii – mówi Agnieszka Bielińska, rzecznik prasowy placówki.*

Informuje, że liczba pacjentów się nie zmniejszyła, jest taka jak w roku 2019, a w niektórych zakresach nawet większa, ponieważ przekształcenie innych szpitali i oddziałów w covidowe zwiększa liczbę pacjentów nowotworowych kierowanych do Centrum. I zapewnia: *CO zawsze jest otwarte na tych pacjentów, jeśli jest taka potrzeba, planowe przyjęcia nie są wstrzymywane. Wcześniej pacjenci sami z obawy przed koronawirusem przekładali, ale w tej chwili już tego prawie nie obserwujemy.*

Na pytanie, jaki to miało na nich wpływ, rzeczniczka cytuje dyrektora placówki dr hab. n. med. Janusza Kowalewskiego – *Potrzeba czasu, wszystko pokażą 5-letnie przeżycia.*

FALA

opada...

Wszystko na to wskazuje, że szczyt 3 fali pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 w Polsce mamy już za sobą. Fala zaczyna opadać... Stwierdza się mniejszą liczbę wykrywanych nowych zakażeń SARS-CoV-2 na dobę – na dzień składania artykułu (18.04.2021 r.) zanotowano 12 153 nowe przypadki, przypomnę, że w szczycie 3 fali było ich 35 145 (26.03.2021 r.). Jednak wciąż dużo pacjentów przebywa w szpitalach – 31 612, z czego 3346 wymaga respiratoroterapii – w naszym województwie jest to odpowiednio: 1592 osoby przebywające w szpitalach z powodu COVID-19, z czego 180 osób jest pod respiratorem.

**PAWEŁ
RAJEWSKI**

TRZECIA FALA NIE BYŁA ŁAGODNIEJSZA

Niestety, pomimo przewidywań, że trzecia fala będzie łagodniejsza niż druga – bo rozpoczęliśmy szczepienia ochronne przeciw COVID-19, bo dużo osób przeszło już zakażenie w sposób objawowy bądź bezobjawowy – okazuje się, że 3 fala była i jest wyższa pod względem wspomnianej już liczby nowych zachorowań na dobę, zajętości łóżek i respiratorów oraz najprawdopodobniej będzie również wyższa pod względem liczby zgonów z powodu COVID-19. Jedną z przyczyn jest oczywiście brytyjski wariant koronawirusa SARS-CoV-2, który okazał się z jednej strony bardziej zakaźny, z drugiej bardziej agresywny, co powoduje, że więcej osób choruje, ciężiej przechodzi zakażenie, co przekłada się bezpośrednio na liczbę hospitalizacji oraz zgonów. Nie bez znaczenia jest także to, kiedy pacjent znajdzie się w szpitalu, a – pomimo edukacji lekarzy i samych pacjentów – już podczas 2 fali, jak i obecnie chorzy wciąż trafiają do szpitali bardzo późno – w drugim czy trzecim tygodniu od początku choroby, od początku objawów, wysoko gorączkujący od kilku – kilkunastu dni, odwodnieni, z dusznością,



niską saturacją, z cechami rozwiniętego zapalenia płuc, wymagający nierzadko już podłączenia do wysokoprzepływowej tlenoterapii czy respiratora. Wtedy najczęściej jest już za późno na podanie remdeswiru – lek ten podaje się do 7 dnia od początku objawów klinicznych (nie od daty otrzymania pozytywnego wyniku testu) czy osocza ozdrowieńców z COVID-19 – najlepiej do 7-10 doby od początku objawów. Później wirus już się nie namnaża, najczęściej już go nie ma, a my leczymy powikłania, co znacznie pogarsza rokowanie i przedłuża czas hospitalizacji. Niestety, dotyczy to również ludzi młodych, bo średnia wieku osób hospitalizowanych w 3 fali wyraźnie się obniżyła. Mając to na uwadze, 2 kwietnia 2021 r. Rada Medyczna wydała komunikat w sprawie kwalifikacji do leczenia szpitalnego pacjentów z COVID-19 pozostających pod opieką ambulatoryjną (domową) – dostępny na stronie gov.pl

Objawy zakażenia SARS-CoV-2 również wraz z trwaniem epidemii ewoluowały. Obok standardowych, takich jak: gorączka, suchy kaszel, duszność, znaczne osłabienie, bóle mięśniowe, pojawiające się podczas 2 fali: utrata węchu i smaku, biegunka, obecnie pojawia się również nieżyt nosa, ból gardła o różnym nasileniu – od lekkiego do silnego przypominającego typową anginę, stan podgorączkowy oraz ból głowy. W obecnej sytuacji epidemiologicznej każdy objaw z układu oddechowego należy różnicować i podejrzewać zakażenie SARS-CoV-2.

STANDARDY LECZENIA

Standardy prowadzenia pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 pozostających w opiece ambulatoryjnej lekarzy rodzinnych czy hospitalizowanych z powodu COVID-19 są takie same jak podczas 2 fali koronawirusa – rekomendacje nie uległy zmianie i są dostępne na stronie Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.

W trakcie 3 fali uruchomiono w województwie kujawsko-pomorskim Szpital Tymczasowy w Ciechocinku, gdzie w zależności od potrzeby baza łóżek dla COVID-19 może być elastycznie zwiększana.

Dokończenie na s. 12

Szybkie diagnozowanie i wczesna terapia COVID-19

DOROTA KOZIELEWICZ

Zaleca się skierowanie pacjenta z COVID-19 do szpitala
w razie wystąpienia następujących objawów¹:

The infographic lists several symptoms and vital signs that indicate a patient with COVID-19 should be hospitalized. It includes icons for a person breathing, a pulse oximeter, a blood pressure cuff, a person coughing, a person holding their chest, a person with a fever, and a person with a speech bubble. There are also icons of COVID-19 virus particles.

- Duszność** występująca w spoczynku i utrudniająca mówienie
- Saturacja** krwi tętniczej tlenem zmierzona pulsoksymetrem **< 94%**
- Spadek ciśnienia** tętniczego krwi **poniżej 90/60 mmHg** (jeśli chory zazwyczaj ma wyższe)
- Kaszel** utrudniający oddychanie i mówienie
- Ból** w klatce piersiowej
- Gorączka** powyżej **39 stopni Celsjusza** - szczególnie utrzymująca się przez ponad dobę i powodująca znaczne osłabienie
- Trudność** w obudzeniu chorego, zmiana zachowania i sposobu mówienia, utrudniony lub niemożliwy kontakt z chorym, utrata przytomności

Prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak, Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych
1. Na podstawie stanowiska konsultantów krajowych: medycyny rodzinnej, chorób zakaźnych oraz anestezjologii i intensywnej terapii we współpracy z Radą Medyczną przy Premierze RP z dnia 01.02.2021

Grafika przygotowana we współpracy z Gilead Sciences Poland sp. z o.o. PL-COVID-19-2021-03-0004

Pandemia SARS-CoV-2 jest najpoważniejszym wyzwaniem medycznym, społecznym, ekonomicznym i politycznym, z jakim ludzkość mierzy się w XXI w. Od początku jej trwania spośród 121 mln osób na świecie, u których potwierdzono zakażenie koronawirusem, zmarło ponad 2,6 mln. Ponad 1/3 przypadków przypada na Europę. W Polsce od początku pandemii do 17 marca 2021 r., czyli do dnia, kiedy powstał niniejszy artykuł, zakażenie SARS-CoV-2 wykryto u 1,9 mln osób. W tym okresie liczba zarejestrowanych zgonów wyniosła ponad 48 tys.

Pierwsza fala pandemii była dla naszego regionu łaskawa, druga – uderzyła z większą siłą. Od początku trzeciej plasujemy się na jednym z wyższych miejsc w Polsce. Zakażenie zdiagnozowano dotychczas u 133 tys. mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego, a zmarły z jego powodu ponad 3 tys. osób. Szpitalne oddziały ratunkowe i covidowe, a także intensywnej terapii – ponownie zapelniają się chorymi.

Jednym z obserwowanych w ostatnich miesiącach niepokojących zjawisk, nie tylko w naszym województwie, lecz także w całym kraju, jest późne testowanie i zgłaszanie się/kierowanie chorych do szpitala. Konsekwencje są oczywiste: mniejsze możliwości zastosowania skutecznego leczenia przeciwwirusowego, dłuższy okres hospitalizacji i wyższe ryzyko zgonu. Czas odgrywa decydującą rolę.

TESTOWANIE

We wrześniu ub. r. nastąpiła reorganizacja opieki nad pacjentami z COVID-19. Główny ciężar wykrywania zakażeń SARS-CoV-2 spoczął na lekarzach rodzinnych. Żeby ich odciążyc i zwiększyć wykrywalność zakażeń, Ministerstwo Zdrowia wprowadziło 16 marca 2021 r. możliwość wykonania testu po wypełnieniu on-line formularza kwalifika-

cyjnego zamieszczonego na stronie gov.pl/dom. Objawy wskazujące na konieczność przeprowadzenia testu to: gorączka, ogólne osłabienie, zmęczenie, bóle mięśni, głowy, uczucie zatkania nosa, kaszel, duszność, utrata apetytu, nudności, wymioty, bóle brzucha, biegunka. W przypadku zakażenia wariantem brytyjskim SARS-CoV-2 (B.1.1.7) częstość występowania takich objawów jak zaburzenia węchu i smaku jest niższa, natomiast wyższa – grypopodobnych i bólu gardła.

Podstawą rozpoznania aktywnego zakażenia SARS-CoV-2 są testy molekularne oraz antygenowe. Testy serologiczne służą m.in. do retrospektywnej oceny przebytego zakażenia. Testy molekularne stwarzają szansę wykrycia zakażenia zarówno bezobjawowego, jak i skąpo- lub pełnoobjawowego – również przed wystąpieniem pierwszych symptomów choroby. Zastosowanie testów antygenowych jest ograniczone do początkowego okresu zakażenia objawowego (typowo do 5–7 dni od początku objawów klinicznych) i testów wyłącznie II generacji.

LECZENIE DOMOWE

W **stadium I** (bezobjawowym, skąpoobjawowym, $SpO_2 \geq 95\%$) pacjenci nie wymagają hospitalizacji, a leczenie powinno być ograniczone do leków przeciwgorączkowych i nawodnienia doustnego – nie mniej niż 2000 ml na dobę. U chorych z nasilonym kaszlem utrudniającym mówienie lub sen zaleca się użycie leków przeciwkaszlowych. Złagodzenie kaszlu ma na celu poprawę wydolności oddechowej. W tym okresie nie zaleca się stosowania deksametazonu, glikokortykosteroidów wziewnych czy leków przeciwzakrzepowych, przeciwplatektykowych, o ile nie pojawiają się wskazania inne niż zakażenie SARS-CoV-2. Antybiotykoterapia jest uzasadniona wyłącznie u osób z przewlekłymi chorobami zapalnymi z zakażeniem (np. POChP), pacjentów poddawanych immunosupresji lub chorych z innymi niedoborami odporności, a także z przewlekającą się infekcją dolnych dróg oddechowych (> 14 dni) z cechami zakażenia bakteryjnego. W tym ostatnim przypadku pacjenci powinni być kierowani do szpitala.

Dokończenie na s. 12

W warunkach domowych nie należy podejmować prób stosowania tlenoterapii. W celu stałego monitorowania SpO₂ w domu należy choro- go włączyć do programu Domowej Opieki Medycznej (system Pulso-Care), w którym – oprócz saturacji – analizie podlega tętno, tempera- tura ciała i liczba oddechów chorego. Do programu kwalifikowani są automatycznie pacjenci, którzy ukończyli 55 lat, natomiast młodsi zgła- szają się samodzielnie, wypełniając formularz, lub zostają zakwalifiko- wani przez lekarza POZ (www.gov.pl/web/domowaopiekamedyczna).

Szansa pacjenta na skuteczną terapię po 2–3 tygodniach trwania choroby i jej leczenia w warunkach domowych – nierzadko antybio- tykiem, sterydami, a nawet heparyną drobnocząsteczkową – drama- tycznie spada. W tym okresie pacjent najczęściej jest już w **stadium III** choroby („burza cytokinowa”, SpO₂ < 90%) lub nawet **IV** (ostra nie- wydolność oddechowa, konieczność wentylacji mechanicznej).

HOSPITALIZACJA

Pacjent powinien otrzymać skierowanie do szpitala w razie wystąpie- nia następujących objawów:

- ▶ duszność w spoczynku i utrudniająca mówienie, częstość odde- chów powyżej 30/min,
- ▶ sinica lub hipoksemia (saturacja krwi tętniczej tlenem zmierzona pulsoksymetrem – SpO₂ < 94%, natomiast u chorych z prze- wlekłą niewydolnością oddechową, np. POChP, zwłóknienie płuc – < 88%). Hipoksemia jest wskazaniem do hospitalizacji nieza- leżnie od subiektywnego uczucia duszności,
- ▶ gorączka > 39°C, szczególnie utrzymująca się ponad dobę i po- wodująca bardzo znaczne osłabienie pacjenta w wieku średnim lub podeszłym,
- ▶ kaszel utrudniający swobodne oddychanie i mówienie,
- ▶ ból w klatce piersiowej,

- ▶ spadek ciśnienia tętniczego krwi < 90/60 mmHg (jeśli chory zazwyczaj ma wyższe),
- ▶ zmiany świadomości i zachowania (trudność w obudzeniu chore- go, niepokojąca zmiana zachowania i sposobu mówienia, utrud- niony lub niemożliwy kontakt z chorym, utrata przytomności).

Największe korzyści z hospitalizacji i leczenia odnoszą pacjenci, którzy trafiają do szpitala w **stadium II** COVID-19 (objawowym, SpO₂ < 95%). Istnieje wówczas możliwość zastosowania leków o działaniu przeciwwirusowym. Leczenie remdesiwirem (RDV) lub osoczem ozdrowieńców należy jednak rozpocząć nie później niż od- powiednio 5–7 lub 8 dni od wystąpienia pierwszych objawów. RDV został zatwierdzony przez FDA, a następnie EMA – mimo wątpliwości zgłaszanych przez WHO – do leczenia otrzymujących tlenoterapię pa- cjentów w wieku powyżej 12 lat z udokumentowanym zapaleniem płuc i saturacją krwi obwodowej tlenem < 95%. Na razie nie dyspo- nujemy informacjami o zmniejszeniu skuteczności leku wobec no- wych wariantów wirusa. Osocze ozdrowieńców zawiera natomiast przeciwciała neutralizujące, hamujące replikację wirusa SARS-CoV-2. Może być stosowane jako leczenie wspomagające u chorych na CO- VID-19 ze względu na małą częstość działań niepożądanych i dostęp- ność, ale musi być podawane tak szybko, jak to możliwe.

Piśmiennictwo u autorki.

Artykuł przygotowany we współpracy z Gilead Sciences Poland Sp. z o.o.

PL-RDV-0018 – data przygotowania: 03.2021

O autorze: dr hab. n. med. Dorota Kozielowicz, prof. UMK, jest kierownikiem Oddziału Chorób Wątroby w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy, pracownikiem Katedry Chorób Zakaźnych i Hepatologii Collegium Medicum UMK, członkiem Zarządu Głównego PTEILChZ, skarbnikiem Zarządu Głównego Polskiego To- warzystwa Hepatologicznego.

ARTYKUŁ SPONSOROWANY

FALA opada...

Dokończenie ze s. 10

W dalszym ciągu problem stanowią pacjenci, którzy nie są już zakaźni, a wymaga- ją tlenoterapii, respiratoterapii czy rehabilitacji oddechowej lub/i ogólnoustrojowej. Często zajmują oni łóżka dla pacjentów z COVID-19, bo nie ma ich gdzie przekazać na dalsze leczenie.

Rosnącym problem zaczynają być zakażenia *Clostridium difficile* u pacjentów po hospitalizacjach z powodu COVID-19, którzy otrzymywali również z powodu nadka- żeń bakteryjnych antybiotyki.

Ruszył także pierwszy (z planowanych 28) w regionie punkt szczepień powszechnych na terenie Uniwersytetu Technologiczno-Przemysłowego w Bydgoszczy przy ul. Kaliskiego 7, gdzie dziennie będzie mogło być zaszczepionych przeciw COVID-19 700 osób. Do tej pory w naszym województwie działały 323 punkty szczepień. Za- szczepiliśmy 440 tysięcy osób, z czego dwiema dawkami 110 tysięcy.

CO NAS CZEKA?

Dalszy rozwój epidemii SARS-CoV-2 będzie zależał w dużej mierze od nas – od tempa szczepień przeciw COVID-19, a więc ich szerokiej dostępności niezależnie od wieku, jak i od utrzymywania zasad DDM.

Jest duża szansa, że w połowie maja epidemia znacznie wyhamuje. Czy wirus będzie mutował? Jeśli tak, to czy w stronę bardziej zakaźną, bardziej agresywną, czy złagodnieje? Tego nie wiadomo. Im szybciej będziemy szczepić, im więcej osób się zaszczepi w krótkim okresie czasu, tym szybciej zmniejszy się transmisja wirusa i ry- zyko mutacji. Czy nadal będzie obowiązek noszenia maseczek w przestrzeni publicz- nej otwartej, na powietrzu, w parkach, w lesie? I kiedy będzie ten obowiązek zniesio- ny? Myślę, że w najbliższym okresie, jednakże w przestrzeniach publicznych zam-kniętych, w komunikacji publicznej najpewniej będzie nam jeszcze towarzyszył przez wiele miesięcy.

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.



STATYSTYKI

Dane na dzień 18.04.202 r.

- ▶ Liczba łóżek dostępnych dla pacjentów z COVID-19 – 45 909 vs. województwo kujawsko-pomorskie – 2297
- ▶ Liczba łóżek zajętych przez pacjentów z COVID-19 – 31612 vs. województwo kujawsko-pomorskie – 1592
- ▶ Liczba respiratorów dla pacjentów z COVID-19 – 4557 vs. województwo kujawsko-pomorskie – 260
- ▶ Liczba respiratorów zajętych przez pacjentów z COVID-19 – 3346 vs. województwo kujawsko-pomorskie 180
- ▶ W województwie kujawsko-pomorskim obecnie zajętych jest 69% łóżek z przygotowanej i dostępnej bazy łóżkowej dla COVID-19 i 69% respiratorów.
- ▶ Do tej pory w Polsce wykonano 8845 735 szczepień przeciw COVID-19. Dzienna liczba szczepień to 135 154.
- ▶ Liczba stwierdzonych zakażeń w Polsce od począt- ku pandemii – 2,69 mln.
- ▶ Liczba stwierdzonych zakażeń w województwie ku- jawsko-pomorskim od początku pandemii – 171 554.
- ▶ Liczba zgonów z powodu COVID-19 (w tym także z chorobami współistniejącymi z wykrytym zakaże- niem SARS-CoV-2) – 62 032.
- ▶ Liczba zgonów w województwie kujawsko-pomor- skim – 4099.

ECMO – szansa dla chorych ze skrajną niewydolnością oddechową



Pierwsze w regionie wszczęcie tego typu urządzenia wykonał zespół kierowany przez dr. n. med. Przemysława Jasiewicza, w skład którego wchodził anesteziolog: dr n. med. Joanna Wieczorek, lek. Piotr Krupa, lek. Tomasz Jopkiewicz oraz pielęgniarki anesteziologiczne: mgr Grażyna Węcłewska, mgr Marta Jasiewicz, mgr Kamila Ostaniewicz, lic. Adam Stawiarski. Zespół wspierał swoim doświadczeniem kardiochirurg lek. Marek Bokszański oraz perfuzjonista mgr Robert Gryl z Kliniki Kardiochirurgii – za co bardzo dziękujemy.

Sukcesem zakończyło się pierwsze w województwie kujawsko-pomorskim wszczęcie najnowocześniejszego transportowego aparatu do pozaustrojowej terapii ECMO typu CardioHelp (Maquet, Getinge Group). Pacjentem jest 52-letni mężczyzna leczony na I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 od grudnia 2020 r. z powodu niewydolności oddechowej w przebiegu COVID-19. Od chwili przyjęcia stosowano ECMO żylny-żylne i wszczęto procedurę kwalifikacji pacjenta do przeszczepu płuc. Dzięki przeprowadzonemu 11 marca br. zabiegowi wszczęcia urządzenia typu CardioHelp możliwy będzie bezpieczny transport pacjenta do ośrodka przeszczepowego, jeśli pojawi się dawca i odpowiedni narząd.

Pierwowzorem systemu do pozaustrojowej oksygenacji membranowej (ECMO – *extracorporeal membrane oxygenation*) było płucoserce (CPB – *cardio-pulmonary bypass*), czyli układ służący do wspomaganie krążenia oraz oddychania w trakcie zabiegów kardiochirurgicznych. Na ECMO składają się: pompa napędzająca przepływ krwi, oksygenator, w którym zachodzi wymiana gazowa, oraz drenaży łączące wszystkie elementy układu ze sobą. W zależności od sposobu implantacji kaniuli oddającej –

ECMO umożliwia leczenie skrajnej niewydolności oddechowej (ECMO żylny-żylne) bądź/i niewydolności krążenia (ECMO żylny-tętnicze). W opcji żylny-żylnej obie kaniule (odbierająca krew od chorego oraz oddająca) podłączone są do układu żylnego pacjenta, wspomagając jedynie funkcje płuc (utlenowanie krwi i eliminacja dwutlenku węgla poza organizm chorego). Wprowadzenie kaniuli oddającej utlenowaną przez oksygenator krew do układu tętniczego zastępuje funkcję zarówno płuc, jak i serca.

Terapia ECMO jest wysokospecjalistyczną i inwazyjną terapią, która – mimo iż sama w sobie nie leczy – prawidłowo prowadzona skutecznie zastępuje pracę płuc i/lub serca do czasu poprawy ich funkcji bądź przeszczepu dysfunkcyjnego narządu. Aparatura ECMO dostępna jest w większości oddziałów kardiochirurgicznych oraz niektórych oddziałach intensywnej terapii. Problem stanowi znalezienie zespołów dysponujących odpowiednim doświadczeniem i wiedzą w zakresie zarówno długotrwałego stosowania technik krążenia pozaustrojowego i leczenia możliwych powikłań, jak i wysokospecjalistycznego leczenia tych najcięższych chorych pacjentów. I Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii posiada wieloletnie doświadczenie w opiece nad chorymi ze wszczepionym ECMO, a powodzenie tej terapii wymaga codziennego olbrzymiego zaangażowania i niezłomnej współpracy wielodyscyplinarnego zespołu, a przede wszystkim indywidualnego podejścia.

Nasz szpital zakupił urządzenie w ramach projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 oraz środków budżetu państwa. Dzięki zakupowi pacjenci szpitala mogą liczyć na łatwiejszy dostęp do terapii ECMO, a w przypadku konieczności transportu – na jego bezpieczne przeprowadzenie.

Źródło: Szpital Jurasza

OKIEM fizjoterapeuty

DOROTA
KOWALEWSKA

Czy ozdowieńcy mogą się czuć już szczęściami? Niestety, nie jest to wcale pewne. Początkowo wysiłki lekarzy skupiały się głównie na pacjentach chorych na SARS-Cov-2. 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 nie ma prawdopodobnie wpływu na późniejsze pojawienie się powikłań. Również u pacjentów bezobjawowych pojawiają się niepokojące objawy, których nie wolno lekceważyć. W cyklu artykułów „Pacjent po Covid-19” napiszemy, jakie mogą pojawić się problemy po przejściu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Przedstawimy je z punktu widzenia lekarzy reprezentujących różne dziedziny medycyny, fizjoterapeutów i innych specjalistów zajmujących się różnymi obszarami medycyny i nauk pokrewnych.

Dr n. med. JUSTYNA STĘPOWSKA, specjalistka w dziedzinie fizjoterapii, rehabilitantka i fizjoterapeutka

– Covid-19 jest dla nas nadal wielką zagadką – mówi dr n. med., specjalistka w dziedzinie fizjoterapii Justyna Stępowaska. – Obserwuję różne powikłania u pacjentów, którzy mieli potwierdzone zakażenie Sars-Cov-2. Niektóre z nich są już dobrze udokumentowane w badaniach medycznych. Na przykład zmęczenie, duszności, kaszel, bóle stawów, opasujące bóle klatki piersiowej. Często również spotykam się z tzw. mgłą mózgową. Pacjenci nie pamiętają o wielu rzeczach, nie kojarzą prostych faktów, brakuje im słów. Ten objaw na szczęście nie utrzymuje się długo po chorobie – dodaje.

Według Justyny Stępowaskiej to, jak ciężko ktoś przechodził chorobę, nie ma wpływu na pojawienie się późniejszych powikłań. Niektórzy z jej pacjentów, wcześniej aktywni, uprawiający sport, którzy chorobę przeszli w miarę łagodnie, mają duże trudności z powrotem do pełnej sprawności. Obserwuje też pacjentów z poważnymi obciążeniami innymi chorobami, ciężko przechodzących zakażenie, których stan po chorobie nie uległ pogorszeniu.

– Nie widzę żadnej reguły – przyznaje Stępowaska. – I zanim ją znajdziemy, jeśli w ogóle, powinniśmy się skupić na usuwaniu skutków choroby. Taka jest teraz rola fizjoterapeuty – podkreśla.

ZANIM ROZPOCZNĘ TERAPIĘ

Wstępem do rehabilitacji ozdowieńców jest badanie kliniczne. Potwierdzeniem przechorowania jest pozytywny wynik testu, a jeśli pacjent był chory w przeszłości, potwierdzenie istnienia we krwi przeciwciał charakterystycznych dla wirusa. Dobierane są odpowiednie metody i terapia. Ustalany optymalny czas, w którym powinno dojść do pozytywnych zmian. Następnie należy wykonać badanie końcowe pacjenta porównujące ze stanem początkowym.

REHABILITACJA ODDECHOWA

Ćwiczenia oddechowe są podstawą powrotu do zdrowia u pacjentów, którzy walczyli o każdy oddech w czasie trwania choroby lub mają nadal problemy po przebyciu choroby.

– Uczymy oddychania torem przeponowym i brzuszny – wyjaśnia specjalistka – technik oddychania tak, by odtworzyć naturalne odruchy oddechowe. Normalizacji wzorców oddechowych. Zwiększamy ćwiczeniami wydolność mięśni oddechowych. Głównie oczywiście przepony i mięśni międzybrownych. Pracujemy nad poprawą ruchomości sta-

wów. Do poprawy wydolności ogólnej organizmu pomocne są bieżnia i rower rehabilitacyjny. W przypadku zalegania wydzieliny w płucach pomóc mogą pozycje drenażowe, dzięki którym jest ona łatwiej ewakuowana. Wszystko po to, aby oddech stał się tym, czym był przed pojawieniem się choroby – naturalną czynnością, o której się nie myśli. Ona po prostu jest. Życie nie może być walką o każdy oddech – dodaje.

POWIKŁANIA NEUROLOGICZNE

Uszkodzenie centralnego układu nerwowego – taką diagnozę usłyszało wielu ozdowieńców. U pacjentów Justyny Stępowaskiej objawem było porażenie kończyn dolnych. U jednego z pacjentów porażenie dość szybko ustąpiło. U drugiego pojawiła się plegia, czyli stan charakteryzujący się całkowitą niemożnością wykonywania ruchu na skutek braku dopływu bodźców nerwowych do mięśni. Pierwszą oznaką poprawy stanu zdrowia było pojawienie się ruchu czynnego. Na szczęście w obu przypadkach skuteczne okazały się metody neurorehabilitacji odpowiednio dobrane do stanu zdrowia pacjenta.

OBJAWY I DOLEGLIWOŚCI

– Obserwujemy u pacjentów wiele innych dolegliwości, które możemy uznać za powikłania po przejściu Covid-19 – opisuje Justyna Stępowaska. – To bóle mięśni szkieletowych, bóle stawów, bóle kostne, brzucha, nudności. Równie często pojawia się obniżony nastrój, depresja, stany lękowe, bóle głowy, zmęczenie, duszności, kaszel. Specjaliści, z którymi współpracujemy, często wymieniają problemy z układem krążenia, układem moczowym, zaburzenia pracy nerek. Można odnieść wrażenie, że wirus u każdego atakuje inną część ciała, z różną intensywnością. Są też tacy, którzy nie tylko przechodzą zakażenie bezobjawowo, ale również nie mają żadnych widocznych powikłań. Minął zaledwie rok od zdiagnozowania pierwszego przypadku w Polsce. Aby wiedzieć więcej, potrzebujemy czasu, badań na dużej populacji. Trzeba wszystkie zebrane dane usystematyzować. Napisać wytyczne postępowania. Jedno jest tylko pewne. Pacjent po Covid-19 wymaga współpracy wielu specjalistów, którzy będą w stanie wspólnym wysiłkiem poprawić stan jego zdrowia – podsumowuje fizjoterapeutka.

O autorze: Justyna Stępowaska jest dr n. med., specjalizuje się w fizjoterapii. Pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy im. dr. A. Jurasza i Katedrze Rehabilitacji Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu oraz w Centrum Medycznym przy Chopina w Bydgoszczy.



Kompleksowa

rehabilitacja dla ozdowieńców

Narodowy Fundusz Zdrowia zapłaci za zabiegi, które mają pomóc w dojściu do pełni zdrowia ozdowieńcom z COVID-19 – poprawić ich sprawność oddechową, wydolność wysiłkową i krążeniową, siłę mięśniową i ogólną sprawność fizyczną, a także wesprzeć zdrowie psychiczne. Pacjenci mają mieć zapewnioną opiekę lekarską, pielęgniarską i wsparcie psychologiczne. Ich rehabilitacja potrwa od 2 do 6 tygodni.

AGNIESZKA
BANACH

KTO MOŻE SKIEROWAĆ NA REHABILITACJĘ?

Decyzję o skierowaniu na pocovidową rehabilitację może podjąć lekarz ubezpieczenia zdrowotnego po zakończeniu przez chorego leczenia związanego z COVID-19 – lekarz POZ, lekarz specjalista lub lekarz ze szpitala, jeśli pacjent w czasie leczenia COVID-19 był hospitalizowany – na podstawie wyników badań: RTG klatki piersiowej z opisem po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby, aktualnej morfologii, OB, CRP oraz EKG po zakończeniu leczenia ostrej fazy choroby COVID-19.

Do programu obejmującego 2–6-tygodniową kompleksową rehabilitację będzie można dołączyć do 12 miesięcy od zakończenia leczenia związanego z COVID-19.

NA CO MOŻE LICZYĆ PACJENT?

Pacjent może liczyć na minimum 96 zabiegów fizjoterapeutycznych, w tym kinezyterapię ze szczególnym uwzględnieniem: treningu wytrzymałościowego, ćwiczeń oddechowych, ćwiczeń efektywnego kaszlu, ćwiczeń ogólnousprawniających, ćwiczeń na wolnym powietrzu; opukiwanie i oklepywanie klatki piersiowej, drenaże ułożeniowe. Będzie też mógł skorzystać z inhalacji indywidualnych (solankowe – haloterapia, mineralne, lekowe), okotężniowych lub nadmorskich albo subterraneoterapii; terenoterapii, treningów marszowych; balneoterapii, w tym: wodnych kąpeli balneologicznych (o stopniowanej temperaturze), w szczególności kwasowęglowych, ewentualnie gazowych CO₂ oraz okładów z pasty borowinowej. Rehabilitacja będzie też obejmować: masaże, hydroterapię, fizykoterapię, treningi relaksacyjne; edukację zdrowotną i promocję zdrowia, w tym np. naukę prawid-



łowej techniki używania inhalatorów, eliminację natężeń i innych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, prozdrowotną zmianę stylu życia; leczenie dietetyczne – według indywidualnych wskazań; wspomaganie rehabilitacyjne schorzeń współistniejących.

Podczas kompleksowej rehabilitacji ozdowieńców będzie mógł skorzystać z konsultacji z personelem medycznym oraz profesjonalnej terapii psychologicznej. Placówki uczestniczące w programie – jak deklaruje NFZ – mają zapewnić rehabilitowanym ozdowieńcom badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne, które będą niezbędne do uzyskania najlepszych rezultatów leczenia.

Przez cały okres rehabilitacji pacjent pozostanie pod opieką lekarską i pielęgniarską, a wyniki jego terapii będą monitorowane – na początku leczenia i na zakończenie zostanie przeprowadzony test wysiłkowy (na ergometrze rowerowym, bieżni ruchomej lub test 6-minutowego marszu) z oceną tolerancji wysiłkowej, ocena nasilenia duszności na początku i na końcu leczenia (w skali nMRC), spirometryczna ocena czynnościowa układu oddechowego na początku i na końcu leczenia, ocena stanu odżywienia (BMI oraz w skali NRS 2002 lub SGA) na początku i na końcu leczenia oraz ocena funkcjonalna (w skali Barthel) na początku i na końcu leczenia.

188 ZŁ ZA KAŻDY DZIEŃ LECZENIA DLA PLACÓWKI

Do programu mogą się zgłaszać placówki, które mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym lub w leczeniu uzdrowskim i są wpisane w wykaz podmiotów udzielających świadczeń covidowych. Każdy z realizatorów programu musi posiadać odpowiednią kadre i wyposażenie, zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia oraz opisem programu rehabilitacji, aby zapewnić pacjentom najlepszą opiekę podczas leczenia.

„Za każdy dzień leczenia NFZ zapłaci 188 zł (zgodnie z wyceną Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji). Koszty pokryje Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister zdrowia” – informuje Barbara Nawrocka, rzeczniczka Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ i dodaje – „świadczenia będą finansowane na podstawie sprawozdań i rachunków składanych przez realizatorów programu do oddziału NFZ”.

Lista placówek, do których będzie można kierować ozdowieńców wymagających rehabilitacji, ma być dostępna na stronie NFZ.

Aktualne trendy w farmakoterapii COVID-19

– analiza badań klinicznych



Optymalizacja farmakoterapii COVID-19 w czasie pandemii to ogromne wyzwanie dla środowiska naukowego. Problem jest istotny i złożony. Z jednej strony zależy nam na rzetelności i jasności publikowanych wyników zgodnie z procedurami weryfikacji danych w poszczególnych fazach badań klinicznych, z drugiej zaś ciążą na nas ogromne oczekiwania społeczne, aby tempo przyspieszyć. Uważam, że nie powinniśmy ulegać tej presji i konsekwentnie realizować kolejne programy badawcze. Jest to warunek konieczny, jeżeli oczekujemy rzetelnych i powtarzalnych wyników, które znajdą swoje odzwierciedlenie w praktyce klinicznej.

**MICHAŁ
WICIŃSKI**

Odnoszę wrażenie, że wyniki kolejnych badań z przypadkowymi lekami dopuszczonymi wcześniej do obrotu przez FDA/EMA w innych jednostkach chorobowych nie dają jednoznacznych odpowiedzi, a ich użyteczność z punktu widzenia praktyki jest niewielka. W gąszczu publikacji naukowych i tzw. „newsów” coraz trudniej wyselekcjonować te istotne. Istnieje pewna tendencja do wyciągania przedwczesnych konkluzji tylko na podstawie obiecujących wyników przedklinicznych. To podstawowy błąd metodologiczny. Niestety coraz więcej badań podejmujących tematykę COVID-19 ma charakter doniesień wstępnych i nie weryfikuje jednoznacznie hipotez badawczych. W licznych publikacjach znajdujemy informacje o ograniczeniach wynikających z konieczności dalszych badań, określenia długoterminowych skutków ubocznych czy małej liczebności grup. Dane takie mogą stanowić dla nas jedynie przesłankę do dalszej weryfikacji w kolejnych fazach badań klinicznych, nie mogą natomiast mieć istotnego wpływu na zmianę schematów terapeutycznych w momencie ich publikacji. Doskonale rozumiem pokładane nadzieje w kolejnych badaniach, jednak musimy opierać się na faktach a nie na oczekiwaniach czy emocjach. Przypomnę, że od początku pandemii przetestowano wiele dostępnych leków przeciw SARS-CoV-2 i – pomimo wstępnych obiecujących wyników – większość z nich nie przeszła pozytywnie przez kolejne fazy badań klinicznych. Poruszyłem tę

problematykę w poprzednich artykułach „Primum” i może stąd wynika mój zdroworozsądkowy pesymizm naukowy.

Czy obecnie mamy inne rozwiązanie niż weryfikowanie skuteczności starych, dostępnych od lat leków? Mając na uwadze czas i obostrzenia prawne związane z syntezą i rejestracją nowych leków – wydaje się, że jest to właściwa droga.

W ostatnich miesiącach zainteresowanie badaczy zwróciło kilka leków, które mogłyby znaleźć zastosowanie w farmakoterapii COVID-19. Aktualny stan wiedzy w tej kwestii jest obiecujący, dlatego też postanowiłem przeanalizować wyniki dostępnych badań nt. REGN-COV2/REGN10933 + REGN10987 (przeciwciała cesirivimab/imdevimab) oraz iwermektyny i molnupirawiru (MK-4482/EIDD-2801).

CESIRIVIMAB/IMDEVIMAB (REGN-COV2)

Pod koniec listopada 2020 r. FDA dopuściła do stosowania w nagłych przypadkach dwa przeciwciała cesirivimab i imdevimab u pacjentów COVID-19. REGN-COV2 to koktajl, w skład którego wchodzi dwa przeciwciała uzyskane od myszy transgenicznym oraz limfocytów B ozdrowieńców. Kaplon i Reichert przedstawili aktualny stan wiedzy w tej kwestii na początku 2021 r. Cesirivimab i imdevimab są w trakcie badań klinicznych u pacjentów ambulatoryjnych (NCT04425629) oraz hospitalizowanych (NCT04426695), a także w ramach profilaktyki zakażeń SARS-CoV-2 (NCT04452318). Wyniki badań u pacjentów ambulatoryjnych zostały ogłoszone pod koniec października ubiegłego roku. Co ciekawe, w grupie chorych wysokiego ryzyka zaobserwowano znaczącą redukcję częstości hospitalizacji i ryzyka zgonu (70%) w porównaniu z placebo, niezależnie od dawki podanego dożylnie wlewu – 1200 mg i 2400 mg. Podobne wnioski prezentują w swoich badaniach Weinreich i wsp. W grupie n = 275 pacjentów z COVID-19 zakwalifikowanych prospektywnie dawki wlewu były większe i wynosiły odpowiednio: 2400 mg i 8000 mg. We wszystkich grupach przeciwciała zmniejszyły miano wirusa, z większym efektem u pacjentów, u których odpowiedź immunologiczna nie została jeszcze zainicjowana lub z wysokim poziomem wirēmii na początku badania. Można zatem przypuszczać, że skuteczność REGN-COV2 istotnie ogranicza pojawienie się w kolejnych fazach zakażenia tzw. burzy cytokinowej. Odsetek pacjentów z reakcjami nadwrażliwości, reakcjami związanymi z wlewem i innymi zdarzeniami niepożądanymi był podobny w obu grupach badanych w porównaniu z placebo (NCT04425629).

W mojej ocenie przedstawione wyniki badań uzasadniają zastosowanie przeciwciał REGN10933 + REGN10987 u pacjentów z COVID-19. Dysponując jednak ograniczoną liczbą badań, co należy zaznaczyć, potwierdzono korzystny stosunek bezpieczeństwa do ryzyka terapii lekami biologicznymi. Na tym etapie pozostaje nam zatem cierpliwie oczekiwać na kolejne wyniki badań. [<https://investor.regeneron.com>], [Kaplon i Richter], [Weinreich DM i wsp.].

MOLNUPIRAVIR (MK-4482/EIDD-2801)

W bazach danych znajdujemy niewiele informacji dotyczących badań klinicznych tego leku u pacjentów z COVID-19. Molnupiravir to prolek przeciwwirusowego aktywnego analogu rybonukleozydu β -d-N4 – hydroksycydydyny, eksperymentalnie stosowany w terapii grypy. Mechanizm działania wynika głównie z wpływu na fazę replikacji na poziomie wirusowej polimerazy RNA. Włącznie 5'-trifosforanu NHC do materiału genetycznego wirusa prowadzi do kumulacji uszkodzeń w obrębie jego genomu. Molnupiravir może być stosowany w formie doustnej, co stanowi duże udogodnienie dla pacjentów, w porównaniu z lekami, które wymagają infuzji dożylną [Toots i wsp.].

Dysponujemy aktualnie pewnymi danymi na poziomie molekularnym, które stanowią podstawę do dalszej weryfikacji klinicznej. W modelu doświadczalnym opracowanym przez zespół Wahl i wsp. (wyniki opublikowane w *Nature* w lutym bieżącego roku) przeszczepiono myszom ludzką tkankę płucną, tzw. LoM. W materiale tym oceniono zdolność MK-4482 do hamowania replikacji SARS-CoV-2 w warunkach *in vivo*, stosując dawkę podobną jak w badaniach klinicznych. Molnupiravir podawano do płuc po 24 h i 48 h, a następnie co 12 h po ekspozycji na SARS-CoV-2. Badacze wykazali, że lek miał znaczący wpływ na replikację wirusa już po dwóch dniach leczenia. Należy podkreślić, że MK-4482 zmniejszał również miano wirusa w profilaktyce przedekspozycyjnej [Wahl i wsp.].

W kwietniu 2020 r. pojawiły się wątpliwości odnośnie do potencjalnego wpływu molnupiraviru na uszkodzenia DNA i związane z tym działanie mutagenne. Na podstawie dostępnych wyników, podejrzenia te nie potwierdziły się. Organy regulacyjne w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii zezwoliły na rozpoczęcie badań klinicznych wiosną 2020 r. Obecnie kontynuowane są badania mające na celu określenie skuteczności i bezpieczeństwa leku u pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 [Toots i wsp.].

Pewnych informacji odnośnie do profilu bezpieczeństwa molnupiraviru dostarczają badania opublikowane dwa miesiące temu przez Painter i wsp. Badacze podkreślają dobrą tolerancję leku. Mniej niż połowa badanych zgłosiła działania niepożądane, jednak częstość ich występowania była wyższa w grupie otrzymującej placebo. Większość z nich miała łagodny charakter, tylko u jednego pacjenta pojawiła się wysypka, co stanowiło przeszkodę do zakończenia terapii. Farmakoterapia nie miała wpływu na wyniki badań laboratoryjnych, elektroradiograficznych czy parametry życiowe. Zaobserwowano jednak, iż stężenie leku w osoczu przekroczyło oczekiwane wartości w oparciu o skalowanie przeprowadzone na modelach zwierzęcych. Nie wiązało się to z żadnymi następstwami klinicznymi. Fakt ten na pewno wymaga wyjaśnienia w kolejnych badaniach, zwłaszcza w aspekcie polifarmakoterapii u starszych pacjentów [Painter i wsp.].

Molnupiravir może okazać się pewną alternatywą w terapii COVID-19, jednak nie na tym etapie

zaawansowania badań. Potrzebujemy, poza wartościowymi badaniami na poziomie przedklinicznym, rzeczowej weryfikacji hipotez klinicznych. Takich danych w bazach medycznych jeszcze nie mamy i myślę, że najwcześniej pojawią się one pod koniec roku. Należałoby też ponownie odnieść się do potencjalnego działania mutagennego leku i jego możliwych interakcji, które z pewnością wystąpią z racji odmiennej farmakokinetyki i farmakodynamiki molnupiraviru prezentowanej w modelach zwierzęcych. Mam nadzieję, że kolejne badania jednoznacznie wyjaśnią te kwestie.

IWERMEKTyna

Jest to znany od wielu lat lek należący do grupy antybiotyków makrolidowych. Wykazuje złożone działanie przeciwzapalne, poprzez zahamowanie biosyntezy cytokin prozapalnych, jak również przeciwpasożytnicze, wynikające z działania na kanały chlorkowe w komórkach mięśniowych i nerwowych. W Polsce iwermektyna dostępna jest tylko w formie preparatów przeznaczonych do stosowania miejscowego. Według charakterystyki produktu leczniczego wskazana jest w leczeniu miejscowych zmian zapalnych w trądziku różowatym. Dysponujemy nielicznymi danymi na temat interakcji iwermektyny z lekami metabolizowanymi przez izoenzym CYP3A4. Potencjalnych interakcji należy się spodziewać w przypadku inhibitorów cytochromu – flukonazolu, klarytromycyny, jak również z lekami metabolizowanymi z udziałem CYP3A4 – glikokortykosteroidów, amiodaronu czy NOACs [mp.pl].

W ostatnim czasie spore zainteresowanie budzi iwermektyna jako potencjalny lek w terapii COVID-19. Czy w świetle dostępnych dowodów naukowych nasze oczekiwania są uzasadnione?

Oczywiście znajdujemy liczne publikacje, które na modelach *in vitro* potwierdzają działanie przeciwwirusowe leku. Nie sposób podważyć wyników z przeprowadzonych badań, jednak byłbym ostrożny przed potwierdzeniem ich znaczenia w aspekcie klinicznym. W pracy opublikowanej przez Caly i wsp. na hodowlach komórkowych z iwermektyną po 24 h nastąpiło zmniejszenie RNA wirusa w supernatancie o 93%, po 48 h efekt ten wyraźnie wzrósł. Wyniki te pokazują, że iwermektyna wykazuje działanie przeciwwirusowe przeciwko izolatowi SARS-CoV-2 w warunkach *in vitro*. Działanie to jest prawdopodobnie związane z hamowaniem białek wirusa za pośrednictwem IMP α / β 1 [Caly i wsp.].

W badaniu eksperymentalnym zespół Pandey i wsp. przeanalizował dane z badania randomizowanego obejmującego 116 pacjentów leczonych na COVID-19. Pierwsza grupa otrzymywała iwermektynę i doksycyklinę, druga hydroksychlorochinę z azytromycyną. W grupie chorych leczonych iwermektyną stwierdzono lepsze efekty w łagodzeniu objawów oraz krótszy czas powrotu do zdrowia. W retrospektywnym badaniu (n=280) pacjentów z zakażeniem SARS-CoV-2 leczonych iwermektyną (n = 173) lub standardową opieką (n = 107) autorzy stwierdzili niższą śmiertelność w grupie iwermekty-

ny (25,2% w porównaniu z 15,0%). Autorzy odnotowali również niższą śmiertelność wśród pacjentów z ciężką chorobą płuc (n=75) leczonych iwermektyną (38,8% vs 80,7%) [Pandey i wsp.].

Odniosę się jednak dość krytycznie do przytoczonego przeze mnie badania. Żaden ze stosowanych leków nie ma obecnie rekomendacji FDA do dostosowania u pacjentów zakażonych SARS-CoV-2. Większość wyników wielośrodkowych badań neguje stawianą przez autorów hipotezę.

Bardzo rzeczowe podsumowanie znajdujemy w liście do redakcji opublikowanym w *British Journal of Clinical Pharmacology* przez Pena-Silva i wsp. Autorzy jednoznacznie podważają zasadność stosowania iwermektyny w terapii systemowej, tłumacząc to następującymi faktami. Nawet przy najwyższej opisywanej dawce około 1700 μ g/kg (tj. 8,5-krotności zatwierdzonej przez FDA) maksymalne stężenie w osoczu wynosi tylko 0,28 μ M. 93% iwermektyny wiąże się z białkami osocza, co ogranicza jej wychwyty przez komórki śródbłonna. Biorąc pod uwagę zarówno całkowite stężenie w osoczu, jak i wiązanie z białkami, stężenie wolnej iwermektyny w osoczu byłoby 250 razy niższe niż stężenie wymagane do zmniejszenia replikacji wirusa SARS-CoV-2 *in vitro*. W ostatecznej konkluzji przestrzegają przed stosowaniem leku w profilaktyce lub terapii uzupełniającej w leczeniu COVID-19, zwłaszcza stężonymi preparatami dostępnymi w branży weterynaryjnej [Peña-Silva i wsp.; Formiga i wsp.].

Dokończenie na s. 18



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

Zdecydowana większość placówek podstawowej opieki zdrowotnej zaangażowała się w realizację Narodowego Programu Szczepień (NPS). Te, które tego nie zrobiły, zostały skutecznie zniechęcone przez NFZ (Ministra Zdrowia) zaporowymi warunkami przystąpienia do NPS.

Finansowanie Narodowego Programu Szczepień

Dlaczego Fundusz nie płaci nam za wszystkie wykonane szczepienia?!

JERZY RAJEWSKI

Szczepienia przeciwko COVID-19 to trudny problem organizacyjny. Wymagają zwiększonego zaangażowania całego personelu medycznego, a nawet wydłużenia czasu pracy placówek POZ.

Na co dzień zajmujemy się ostrymi zachorowaniami, chorymi na COVID-19 leczonymi w domu, monitorowaniem chorób przewlekłych, diagnostyką, profilaktyką, bilansami zdrowia, szczepieniami z zakresu PSO (Program Szczepień Ochronnych) i wieloma innymi problemami naszych pacjentów.

Realizacja NPS jest zadaniem dodatkowym. Za organizację szczepień, kwalifikowanie do nich pacjentów i ich przeprowadzenie otrzymujemy dodatkowe wynagrodzenie na podstawie umowy z NFZ.

Ale czy otrzymujemy?

Po tym, jak nie zaliczono mi kilku zrealizowanych szczepień, zapytałem jaka jest sytuacja w innych placówkach POZ. Zdecydowana większość punktów szczepień ma podobne problemy. CeZ (Centrum e-Zdrowia) nie zalicza w miesiącu od kilku do kilkudziesięciu wykonanych szczepień. Nikt oczywiście nie wyjaśnia, z jakiego powodu i jakich osób zaszczepionych CeZ nam nie zalicza.

Pozostaje jedynie czekać, czy CeZ skoryguje raport przesyłany do NFZ. Na końcu i tak silniejszy, monopolista ma rację. Nam pozostaje jedynie skorygowanie wystawionej faktury, bo w innym razie nie otrzymamy zapłaty za wszystkie wykonane przez cały miesiąc szczepienia. W skali kraju to co miesiąc milionowe „oszczędności” dla budżetu NFZ.

To jak przyznanie się do błędu, którego się nie popełniło! To jak kopanie się z koniem!

Widocznie naszej pracy w realizacji Narodowego Programu Szczepień rząd aż tak bardzo nie ceni!

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



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

Dokończenie ze s.17

REASUMUJĄC. W odniesieniu do braku wiarygodnych danych naukowych potwierdzających skuteczność i bezpieczeństwo leku, nie znajdujemy racjonalnych przesłanek do stosowania leku w farmakoterapii COVID-19. Nie dysponujemy odpowiednimi preparatami zapewniającymi lepszą farmakokinetykę i osiągnięcie wysokiego stężenia leku w miejscu działania. Niezależnie od tego żadne dostępne w handlu preparaty do wstrzyknięć iwermektyny nie są przeznaczone do stosowania u ludzi.

W dobie pandemii niezwykle ważna jest współpraca środowisk naukowych i konstruktywna wymiana opinii. Tylko takie krytyczne spojrzenie może przyczynić się do optymalizacji leczenia pacjentów z COVID-19. Liczne dane naukowe, często niejednoznaczne, a nawet sprzeczne, przystają nam właściwą selekcję danych naukowych. Oczywiście wiemy już znacznie więcej niż rok temu. Niemniej jednak, jak to w nauce bywa, często zależące odpowiedzi na dane pytanie stawia przed nami kolejne nierozwiązane problemy kliniczne wymagające odpowiedzi. Chciałbym, abyśmy zawsze pamiętali o ograniczeniach w większości badań. Pozwoli to nam na trafniejszą ich interpretację i wyciągnięcie przydatnych w realnej praktyce wniosków. Czego sobie i Państwu życzę.

Piśmiennictwo

- Hélène Kaplon i Janice M. Reichert Antibodies to watch in 2021. *MAbs.* 2021; 13(1): 1860476.
- Weinreich DM i wsp. REGN-COV2, a Neutralizing Antibody Cocktail, in Outpatients with Covid-19. *N Engl J Med.* 2021;384(3):238-251.
- Toots M. i wsp. (October 2019). "Characterization of orally efficacious influenza drug with high resistance barrier in ferrets and human airway epithelia". *Science Translational Medicine.* 11 (515): eaax5866.
- Toots M. i wsp. (April 2020). "Quantitative efficacy paradigms of the influenza clinical drug candidate EIDD-2801 in the ferret model". *Translational Research.* 218: 16–28.
- Wahl A. i wsp. Nature 2021, 591. SARS-CoV-2 infection is effectively treated and prevented by EIDD-2801.
- Wahl A. i wsp. Nature 2021, 591. SARS-CoV-2 infection is effectively treated and prevented by EIDD-2801.
- Cohen J. i wsp. Emails offer look into whistleblower charges of cronyism behind potential COVID-19 drug. *Science.* Retrieved 1 August 2020.
- Court E. i wsp. Merck pushes ahead on COVID-19 treatment, vaccines. Retrieved 31 July 2020.
- Painter WP. i wsp. Human safety, tolerability, and pharmacokinetics of molnupiravir, a novel broad-spectrum oral antiviral agent with activity against SARS-CoV-2. *Antimicrob Agents Chemother.* 2021. AAC.02428-20. doi: 10.1128/AAC.02428-20. Online ahead of print.
- Caly L i wsp. The FDA-approved drug ivermectin inhibits the replication of SARS-CoV-2 in vitro *Antiviral Res.* 2020;178:104787. doi: 10.1016/j.antiviral.2020.104787.
- Pandey S. i wsp. Ivermectin in COVID-19: What do we know? *Diabetes Metab Syndr.* 2020; 14(6): 1921–1922.
- Peña-Silva R. i wsp. Pharmacokinetic considerations on the repurposing of ivermectin for treatment of COVID-19. *Br J Clin Pharmacol.* 2020; 10.1111/bcp.14476. doi: 10.1111/bcp.14476 [Epub ahead of print]
- Ivermectin: an award-winning drug with expected antiviral activity against COVID-19
- Fabio Rocha Formiga i wsp. *J Control Release.* 2021 Jan 10; 329: 758–761.

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



Zapraszamy

do BIURA RACHUNKOWO-PODATKOWEGO



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

BIURO RACHUNKOWE



Kancelaria Podatkowa

Grygier i Wspólnicy sp. jawna

e-mail: pocztbig@wp.pl • ☎ 508 303 873 • 52 3070576
www.bigbiuro.pl • Bydgoszcz, ul. Towarowa 36 bud. C lok. 14

Rzeczy nienazwane nie istnieją w ludzkiej świadomości, są poza ludzkim horyzontem poznawczym. Nazwy nie tylko opisują rzeczywistość czy ludzi, ale wprost kreują. Niestety, czasem krępują. Zjawisko nadawania nazw i wręcz obsesyjno-kompulsywnego definiowania nabiera szczególnego znaczenia w kontekście szeroko dyskutowanych ostatnio tematów dotyczących tożsamości płciowej.

Kobieta ⇌ Mężczyzna

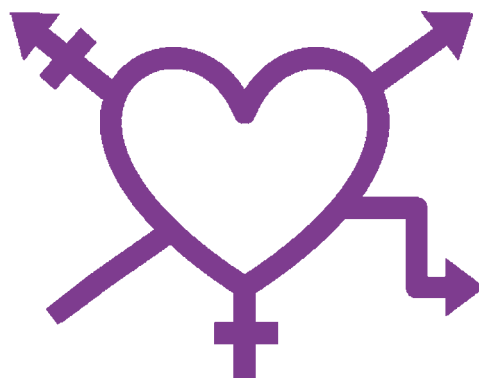
MACIEJ
SOCHA

OBJAWY NIEWIEDZY I NIEZROZUMIENIA

Popisem głupoty i nienawiści do drugiego człowieka było ostatnie wydarzenie, gdzie pani sędzia Trybunału Konstytucyjnego zaalarmowała społeczeństwo, że rzekomo dyrektorka szkoły, w której uczy się pewna dziewczynka, zmusza nauczycieli do używania jej żeńskiego imienia. Problemem była transpłciowość tego dziecka. Pani Krystyna Pawłowicz ujawniła przy tym informacje o szkole, do której chodzi dziewczynka, a pravicowe media gremialnie wystąpiły ze wsparciem dla jej wyczynów werbalnych. Przewodnicząca klubu radnych PiS w Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego napisała, że rodzice powinni stracić prawa rodzicielskie, a wiceprzewodniczący Solidarnej Polski bronił „istoty sprawy”, pytając dziennikarkę Monikę Olejnik: „Czy pani rozmawia z Michałem, czy Michaliną lub Zosią Wójcik?”. Najsmutniejsze, że głos zabrały także osoby bezpośrednio odpowiedzialne za edukację. Minister Przemysław Czarnek „tłumaczył”, że dopóki nie ma oficjalnej zmiany płci „Krzysztof Kowalski jest Krzysztofem Kowalskim”, a szkoła ma „przestrzegać prawa. To, że ktoś chce dzisiaj nazywać się Agnieszką, a jutro Krzysztofem, to nie jest kwestia zmiany płci, to nie jest kwestia procesu wychowawczego, to jest kwestia pewnej rewolucji kulturowej, seksualnej, którą widzimy na polskich ulicach”.

PŁCI SIĘ NIE ZMIENIA

Spróbujmy uciec od ulicy i zagranicy oraz dehumanizacji poszczególnych osób nazywanych ideologią, a skupić się na szacunku do jednostki i jej zdrowiu. Spróbujmy w duchu aktualnej wiedzy medycznej uporządkować, czym jest tożsamość płciowa, i nie używać określenia „zmiana płci” (bo płci się nie zmienia). Spróbujmy oderwać się od nazw i realizmu magicznego – religijnego, gdzie mają one nadawać pewne cechy i pętać postrzeganie pojedynczych osób.



Z biologicznego punktu widzenia podział na płć męską i żeńską oraz jego znaczenie w świecie większości zwierząt, w tym ludzi, jest faktem. Takim samym jak to, że istota człowieczeństwa to nie tylko biologia, a podział na samce i samice – płć męską i żeńską, choć realny, wcale nie jest taki prosty i jednoznaczny, jak wielu się wydaje. Namacalnym dowodem na to były problemy, kiedy Margot Szutowicz – aktywistka kolektywu „Stop Bzdurom”, poinformowała, że chce, aby używać w stosunku do niej żeńskich zaimków. Gównoburza (słowo obecne w Słowniku Języka Polskiego – sjp.pl) wynikająca z tego, że ekspresja płciowa, głos czy cokolwiek innego nie zgadzało się niektórym ze stereotypowym pojmowaniem kobiety, urosła do rangi dyskusji narodowej. Oczywiście tożsamość płciową sklejono z heteronormatywną seksualnością, a to było już koktajlem nie do przełknięcia. Wracając jednak do ulicy i rozważań na temat płciowości, w ramach tzw. strassendiagnose w przeważającej liczbie przypadków łatwo i szybko możemy stwierdzić, że dana osoba jest płci męskiej albo żeńskiej, choć określamy to na podstawie niepełnego obrazu. I idąc dalej, definiujemy czyjąś tożsamość płciową na podstawie powierzchownych cech. Nasze diagnozy często są trafne. U większości osób ich płć określona przy porodzie będzie zgodna z poczuciem przynależności do niej, ale zawsze pozostaną osoby, które nie pasują do cisplciowego matrix (*swoją drogą, jako ginekologa i androloga, zawsze zastanawia mnie, że tak łatwo zakładamy, że wiemy, co ktoś ma w spodniach czy pod spódnicą*). Realizowane role społeczne, ekspresja płciowa i wygląd nie zawsze są spójne z dość ciasnymi pojęciowo określeniami mężczyzna lub kobieta. To być może na dłuższy wywód, ale chciałbym skupić się na samej definicji płci, bo niektóre cechy płciowe rozpięte są w szerokim spektrum nazw mężczyzna i kobieta.

Dokończenie na s. 20

MĘCZYZNA I KOBIETA A GENETYKA

W toku dyskusji na temat płci biologicznej (która ostatnio wysuwa się w argumentacji jako ta najważniejsza), warto zastanowić się nad swoistym uporządkowaniem tego, o czym mówimy i do którego porządku chcemy sprowadzać człowieka. Do jego płci genowej, chromosomowej, anatomicznej czy może fizjologicznej, jak płeć mózgu czy płeć hormonalna? Czy może jednak ważniejsza dla człowieka/osoby/jednostki społecznej jest płeć społeczno-kulturowa [czyli potwór gender (sic!)] i tożsamość płciowa poszczególnych nas?

Patrząc na człowieka przez pryzmat genów i chromosomów, płeć genowa definiowana jest przez obecność genu *SRY*, występującego najczęściej na chromosomie Y. Ale... jeśli podczas mejozy w trakcie spermatogenezy dojdzie na przykład do translokacji genu na inny chromosom bądź jego delecji, może wówczas powstać osoba z kariotypem XX lub X (płeć chromosomowa żeńska), ale posiadająca gen *SRY* (płeć genowa męska) lub z kariotypem XY (płeć chromosomowa męska), ale bez genu *SRY* (płeć genowa żeńska). Zupełnie realny jest też scenariusz obecności chromosomów XY i genu *SRY*, ale po zajściu funkcjonalnej mutacji owego genu – występowanie fenotypu kobiecego z dysgenetycznymi gonadami. Konia z rzędem temu, kto stanie po stronie ministra Czarnka i namówi mnie, abym którejkolwiek z siedzących naprzeciwko mnie pacjentek, które są pod moją opieką, powiedział, że od teraz nie jest już Anną, a jej mężowi doradzam, aby do swojej żony zaczął zwracać się np. Krzysztof.

Mutacje w trakcie mejozy mogą doprowadzić również do sytuacji, w których kobiety posiadają kilka chromosomów X, co nie czyni ich wcale supersamicami, jak to kiedyś określano i nie są „prawdziwymi kobietami”. Podobnie jak nie umniejsza kobietom z zespołem Turnera, w sensie ich identyfikacji i ekspresji, obecność tylko jednego chromosomu X. Tak samo mężczyźni z zespołem Klinefeltera, a więc dodatkowym chromosomem X, nie są mniej wartościowymi mężczyznami w tym binarnym podziale świata na obie płcie. Stosując jednak logikę przedstawianej narracji niektórych polityków, dziennikarzy i niestety lekarzy, patrząc np. przez pryzmat ich płodności, może powinni? Zawsze przypominam sobie w takiej sytuacji pana Michała, którego określiłbym, chwytając za narzędzia werbalne piewców binarnego podziału na płcie, jako co najmniej 4 razy bardziej męskiego niż... (nazwisko w głowie autora), pomimo zespołu Klinefeltera.

PŁEĆ ANATOMICZNA I FIZJOLOGICZNA

Poza tzw. płcią genetyczną, a więc genową i chromosomową, które z biologicznego punktu widzenia powinny(?) być według niektórych polityków najważniejszymi, kolejnymi etapami uporządkowania płci są płeć anatomiczna i fizjologiczna. Wydaje się, że to właśnie te płcie są tymi, które powinny wg ministra Czarnka determinować, kto jest Krzysiem, a kto Zosią. W istocie obecność penisa i moszny lub warg sromowych u noworodka to te cechy, które powodują nadanie jednej z dwóch płci tuż po porodzie. Gwoli porządku, zostaje to zdefiniowane na podstawie anatomii zewnętrznych narządów płciowych, a nie nawet na podstawie ustalenia płci gonadalnej. Wielce mnie ciekawi, jak prymat biologicznej płci, która akurat mogłaby być niezgodną z tym, jak przeżywa siebie dany pacjent i pacjentka, miałby być zastosowany i wyrażony przez lekarza przed osobą z dysgenetycznymi gonadami lub panią Martą z zespołem niewrażliwości na androgeny, którą znam od kilku lat? Krzysztof czy jednak Zofia?

PŁEĆ HORMONALNA, ANATOMICZNA, PŁEĆ MÓZGU

...definiowana jest przez stężenie hormonów warunkowanych funkcjonowaniem osi podwzgórze – przysadka – gonada. W przeciwieństwie do płci genetycznej, ale także anatomicznej i gonadalnej, płeć hormonalna mogłaby być zdefiniowana przez wachlarz zmian poziomu i wrażliwości na hormony. Być może wydaje się P.T. Koleżankom i Kolegom Lekarzom, że to już filozofowanie, ale... to dalej rozważania na temat płci. Teraz płci hormonalnej, ale przechodząc do jeszcze trudniejszych rozważań, dalej biologicznych, arcyciekawym jest dużo

nawet mniej ostry i czarno-biały podział na płeć w ujęciu zewnętrznych cech płciowych. Owłosienia ciała, procentowy udział masy tkanki tłuszczowej czy mięśniowej względem reszty tkanek, masywność żuchwy, ostrość rysów twarzy to także cechy definiujące męskość i kobiecość, a więc płciowość.

Odwołując się znowu na chwilę do polityki, to obrzydliwie seksistowskie uwagi Janusza Korwina-Mikkego, że m.in. kobiety są mniej inteligentne od mężczyzn, co próbował tłumaczyć różnicami w masach mózgowia, to także (nieudolne i naiwne) próby określenia, czym jest płeć. Płeć (a właściwie dymorfizm) mózgu związany jest m.in. z funkcją neurohormonów i neurotransmiterów, a także objętością, gęstością i funkcjonalnością np. hipokampu, wyspy i prawdopodobnie ciała migdałowatego. Płeć mózgu to następny poziom uporządkowania płci biologicznej, dobitnie pokazujący, że linia podziału nie jest ani ostra, ani podział ten nie jest binarny, ale bimodalny, rozpięty w szerokim i wielopoziomym spektrum, co tworzy raczej trójwymiarową strukturę aniżeli dwuelementowe puzzle 2D.

TOŻSAMOŚĆ PŁCIOWA

Uporządkowanie płci względem pierwo-, drugo – i trzeciorzędowych cech płciowych pozwala nam również podjąć rozważania na temat czwartorzędowych cech płciowych. Tożsamość płciowa, płeć psychologiczna, społeczna i kulturowa, a także prawna pozwalają nam ponownie rozpiąć ludzi w szerokim spektrum różnorodności płciowej, ale dalej, jak kula u nogi, pozostaje stygma binarnego przypisania do którejś z płci tuż po porodzie na podstawie zewnętrznych narządów płciowych. I oczekiwanie realizacji pewnej wizji tego, jakich słów użyto, by nas „nazwać”... Jak powiadał Franciszek Bacon: „słowa są pieniędzmi głupców”. Słowo kobieta lub mężczyzna w tym ujęciu staje się metaforą, symboliczną reprezentacją osób, zjawisk, pojęć, zachowań, istot i postaci w świecie. Pozostaje wtedy upchnięcie w nazwę i stereotypowe postrzeganie danej płci ze swoistym przy-musem pozostania w danej szufladzie.

Stosując meblarskie metafory, dla wielu osób z niezgodnością płci (ang. *gender incongruence*) kwestia zamknięcia w ciasnej szafie, doprowadza do schorzenia jakim jest dysforia płciowa.

TRANSSEKSUALNOŚĆ JEST NIEZMIENNA

Osoby transpłciowe (osoby z niezgodnością płciową) nie są już klasyfikowane jako chore, a transseksualizm przestał być definiowany jako zaburzenie psychiczne, odkąd w czerwcu 2018 r., ukazało się jedenaście wydanie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD). Zgodnie z WHO transpłciowość, sama w sobie, nie wiąże się z chorobami psychicznymi, dysfunkcjami mentalnymi ani psychopatologiami. Aktualnie niezgodność płci jest klasyfikowana jako stan związany ze zdrowiem seksualnym (płciowe/seksualne problemy zdrowotne), a definiuje się ją jako wyraźną i trwałą niezgodność pomiędzy doświadczaną tożsamością płciową osoby, a przypisaną jej płcią. Osoby transpłciowe, ze względu na to, że ich jednostkowe doświadczenia wewnętrzne są niezgodne z płcią nadaną przy urodzeniu, mogą chorować na dysfориę płciową.

Dysforia płciowa to dyskomfort i psychiczne cierpienie związane z indywidualnie definiowaną rozbieżnością między tożsamością płciową a przypisaną płcią, najczęściej faktem posiadania ciała niezgodnego z identyfikacją płciową. Historycznie używane było stygmatyzujące określenie diagnostyczne – *zaburzenie tożsamości płciowej*, które uległo zmianie wraz z pojawieniem się DSM-5. Zdiagnozowana dysforia płciowa wymaga oczywiście pomocy medycznej, ale leczeniem jest wprowadzenie wybranych elementów korekty płci (jak np. terapia hormonalna lub korekcja operacyjna) oraz wsparcie w procesie zmiany ekspresji płciowej. Terapia może również obejmować konsultacje psychologiczne lub psychoterapię, której celem oczywiście nie jest terapia konwersyjna na cisplciowość. Transseksualność jest niezmienna – jest związana z płcią kulturowo-społeczną, z płcią psychologiczną, tożsamością płciową i prawdopodobnie również płcią (dymorfizmem płciowym) mózgu.

PŁEĆ, PODOBNIENIE JAK ORIENTACJA SEKSUALNA, NIE JEST KWESTIĄ WYBORU...

...ale na pewnych poziomach uporządkowania definicji płci można ją skorygować, tak aby osiągnąć dobrostan, zadowolenie pacjenta i ustąpienie objawów dysforii płciowej, czyli doprowadzić do zdrowia. Warto zaznaczyć, że nie wszystkie osoby transpłciowe życzą sobie korekty operacyjnej zewnętrznych narządów płciowych albo operacji feminizujących/ maskulinizujących twarzy lub ciała. To, jak się definiują, jest immanentną cechą tych osób jako jednostek, a ich tożsamość płciowa jest tym elementem ich płciowości, który jako ludzie powinniśmy uszanować, a jako lekarze – jeśli to konieczne – zaferować profesjonalną pomoc medyczną. Najlepszym przykładem niech będzie używanie zaimków, których dana osoba sobie życzy. Jako lekarze mamy dostępne odpowiednie narzędzia, aby podjąć leczenie dysforii płciowej. Mamy też, Szanowni Państwo, odpowiednie narzędzia medyczne, by leczyć transfobię oraz narzędzia społeczne, aby przeciwstawiać się sianiu nienawiści, do czego bardzo głęboko zachęcam.

Dużo zdrowia!

O autorze: dr Maciej W.

Socha, lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, ginekologii onkologicznej, perinatologii, androlog, w trakcie specjalizacji z seksuologii. Adiunkt p.o.



kierownika Katedry Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej z Zakładem Medycyny Rozrodu i Andrologii Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK. Współwłaściciel wielospecjalistycznej kliniki LEKARZE Mostowa4 w Bydgoszczy i prezes POLSKIE LECZNICE Sp. z o.o. Kierownik Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala św. Wojciecha w Gdańsku COPERNICUS Podmiotu Leczniczego Sp. z o.o.

Bardzo dziękuję konsultantowi wojewódzkiemu w dziedzinie seksuologii panu dr. Bartłomiejowi Wolskiemu za zaproszenie do podzielenia się na łamach „Primum”, aktualną wiedzę medyczną w zakresie definicji płci i niezgodności płciowej.

Od redakcji: w następnym „Primum” zamieścimy zapowiadany artykuł dr. Bartłomieja Wolskiego: „Jak czas pandemii zmienił nasze relacje społeczne, zawodowe, a szczególnie te intymne?”.

primum

Wspomnienie o...

doktorze Januszu Nagórskim

(14.08.1950–12.02.2021)

Wszystkim, którzy Janusza kochali i którym był bliski, chcę przekazać kilka słów w imieniu swoim i mojej żony, Doroty, bo to nasza wspólna opowieść.

Nikogo wśród znajomych i przyjaciół nie znaleźliśmy tak długo jak Janusza. Dla nas był Januszkiem, Jasiem, Jasieczkiem. Był naszym Przyjacielem i był z nami w każdej ważnej w naszym życiu chwili.

Poznałem Janusza w 1958 r. Mieliśmy wtedy po 8 lat. I od tego czasu nigdy nie zerwaliśmy więzi. Uczyliśmy się w jednej klasie podstawówki. A w 1964 r. zdaliśmy do tego samego ogólniaka. Ja wybrałem klasę z językiem niemieckim, a Janusz – z angielskim. Oboje z Dorotką trafili do jednej klasy. Z kilkoma innymi osobami staliśmy się grupą przyjaciół. Przez kolejne 4 lata spotykaliśmy się w szkole dzień po dniu, a potem coraz częściej prywatnie. Często bywaliśmy u Janusza w domu. Pamiętamy ten gościnny dom, ciepłą atmosferę, rozmowy z rodzicami Janusza – bez pouczeń, bez mentorskiego tonu, bez dobrych rad. Zawsze czuliśmy się mile widzianymi gośćmi.

Pamiętamy też, że kiedy mieliśmy chyba po 16 lat, Janusz umówił nas na pierwszą randkę. Oddał nam swój bilet na jakiś koncert estradowy i do dziś nie wiemy, czy rzeczywiście nie mógł pójść czy chciał żebyśmy poszli razem. W każdym razie od tej randki zostaliśmy parą. A Janusz zawsze był obok nas. Razem obchodziliśmy 18. urodziny. Był na naszym ślubie i wpadł na pomysł – żartując – że jako małżeństwo możemy Go adoptować. Ta humorystyczna propozycja przeszła do anegdoty.

A potem to On pierwszy zauważył, że spodziewamy się dziecka.

Kilka lat później ja byłem świadkiem na ślubie Janusza. Cieszyliśmy się, że to Hania będzie Jego żoną. Wiedzieliśmy, że stworzą dobrą rodzinę. I tak się stało. Ich dom był zawsze gościnny, ciepły i serdeczny.

Syna Hani i Janusza – Michała widzieliśmy kilka dni po urodzeniu. Widzieliśmy jak rośnie, jak dojrzewa, jak staje się mądrym, do-

rośnym człowiekiem. Byliśmy na jego ślubie. I znów byliśmy świadkami ważnego wydarzenia w życiu naszego Przyjaciela. A potem cieszyliśmy się Jego radością z wnuków, czyli z tych, którzy są kontynuacją nas samych.

* * *

Janusz był wspaniałym synem. Gdy w 1972 r. zmarł nagle Jego tata, gotów był przerwać studia, aby nie zostawiać mamy samej w tak trudnym czasie żałoby. Na szczęście pogodził studia z rolą troskliwego syna. Na szczęście, bo skończył je i mógł zrobić dla ludzi to, co tylko lekarz może zrobić – przywracać zdrowie i ratować życie. Z trudnego i pracowitego czasu studiów pozostała i trwa do dzisiaj grupa życzliwych sobie osób. Jesteśmy tu dziś. Przyszliśmy pożegnać Przyjaciela.

Ostatnio chorował, nie czuł się dobrze, nie mogliśmy już spotykać się tak jak dawniej. Ale nigdy nie zapomniał o naszych urodzinach, rocznicach, świętach. Zawsze dzwonił i przekazywał nam dobre życzenia. Kiedy słyszeliśmy ciepłe „Wojteczku”, „Duruś”, „życzą wam (ci)”... czuliśmy się tak, jakby obdarował nas prezentem.

Zapamiętamy Janusza jako życzliwego, miłego człowieka. Miał cenną cechę – nigdy nie mówił źle o innych. Bardzo nam żał, że to koniec prawdziwej przyjaźni. Kiedy odchodził przyjaciele, świat staje się mniej przyjazny i obcy.

W Księdze Koheleta jest werset: „Spostrzegłem, że nie ma nic lepszego dla człowieka, niż cieszyć się tym, co czyni...” (3, 22). A sądzę, że masz dużo powodów, Januszu, do zadowolenia z tego, jak żyłeś. Powiedzieliśmy Ci to, Jasieczku, gdybyś mógł to usłyszeć. Żegnaj, PRZYJACIELU.

Tekst odczytany przez Wojciecha Wachowicza na pogrzebie doktora Janusza Nagórskiego.

Dorota i Wojciech Wachowiczowie



Z wielkim smutkiem żegnamy Naszą Koleżankę
Lekarz stomatolog **Zofię Berent-Derde**

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

Książki nie top ten



TONIEBAJKA

Smutku się nie zapomina

PIOTR KIKTA

Ci, którzy zetknęli się już z książkami z serii literackiej krakowskiego wydawnictwa „Karakter”, wiedzą, że nie należy się spodziewać, że będą one „łatwe, lekkie i przyjemne”. Również najnowszy tytuł to literacka przeprawa przez gąszcz znaczeń i wyrafinowaną, niebanalną formę.



„Dzieci getta. Mam na imię Adam” Iljasa Churiego, bo o tej książce mowa, to opowieść tocząca się wokół historii masakry ludności z obywateli utworzonego przez Izrael dla Palestyńczyków w mieście Lidda, dokonanej przez oddział armii izraelskiej podczas pierwszej wojny izraelsko-arabskiej w 1948 r.

Jest to niezwykle złożona, pełna alegorii, odwołań do Koranu i tradycji arabskiej oraz żydowskiej powieść, w której narrator-główny bohater Adam Dannun, prowadzący w Nowym Jorku bar z falafelami oraz

dziennikarz piszący o muzyce, próbuje napisać książkę o średniowiecznym arabskim poecie Waddahu al-Jamanie. Jednak spotkawszy dawnego przyjaciela i opiekuna, niewidomego Mamuna, porzuca iście bajkową biografię poety, by odtworzyć i opisać wydarzenia z getta w Liddzie. Klucząc między przeszłością i teraźniejszością, między historią dawną i najnowszą, Adam próbuje opowiedzieć to, co nie było opowiedziane; przywrócić to, co zatarto się w pamięci.

Sama zresztą pamięć jest ważnym motywem tej książki: pamięć, która z jednej strony odrzuca to, co jest niemożliwe do zniesienia, a z drugiej buduje się przez wyobrażenia, zasłyszane opowieści, doświadczenia współczesne. Bo co rzeczywiście pamiętamy? Jest to też rzecz o prawie do pamięci. „Powinniśmy zapomnieć, ale smutku się nie zapomina” – mówi matka Dannuna.

Sam narrator też przygląda się swojej tożsamości: urodzony jako pierwsze dziecko w getcie (stąd jego imię – Adam, pierwszy człowiek, zrodzony z ziemi), wykształcony w Izraelu, podaje się za Żyda, syna cudem ocalałego z warszawskiego getta. Pisząc o masakrze w Liddzie wie, że dzisiejsi oprawcy to dawne ofiary Szoa. Istotną rolę odgrywa funkcjonująca w języku arabskim liczba podwójna: jest to opowieść o dwóch narodach splecionych wspólnymi doświadczeniami, niejako na siebie skazanych.

„Dzieci getta...” to książka nietawna, wymagająca skupienia, czasem nawet powrotu do poprzednich stron, a może i ponownej lektury całości... Z pewnością jednak jest książką wyjątkową i warto zadać sobie ten trud.

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



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

OBYWIAZKOWA WYMIANA KAS NA ONLINE DLA BRANŻY MEDYCZNEJ DO 30.06.2021

Mój jest ten kawałek podłogi!...

W życiu za wszystko się płaci,
za dobro i za zło,
za wszystko.

Ojciec Pio



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W ostatnim numerze naszego biuletynu, kończąc swoje wypociny, zachęcałem do zastanowienia się nad myślą księdza Twardowskiego. Efekt tego apelu był taki, że i sam zacząłem nad tą myślą się zastanawiać.

Do tego zastanowienia przyczynił się też cytowany wyżej Ojciec Pio!

Płacić w życiu za wszystko? I tu stawiam sobie dwa pytania: Dlaczego? i Jak? Odpowiedzi na te pytania nie są jednak łatwe.

I przyznam szczerze, że nie bardzo wiem, jak ja mam sobie na nie odpowiedzieć. Płacić za zło – to jeszcze rozumiem. Ale za dobro? Aczkolwiek pojęcia dobra i zła według Świętego Augustyna to pojęcia współistniejące. Zło jest tym, czego nie ma w dobru i jest tylko brakiem dobra.

Dreńczy mnie jednak to moje szukanie odpowiedzi na postawione tu pytanie. Dlatego też dla samego siebie przytaczam taką myśl Seneki –

O, jak dobrze byłoby dla niektórych ludzi, gdyby mogli uciec od siebie samych! Teraz sami się dreńczą, drażnią...

W ten to sposób rozprawiłem się sam z sobą, a na pierwsze pytanie – „dlaczego?” nie odpowiedziałem!

Z pytaniem drugim – „jak?” jest nieco prościej! Za naszą codzienność w obecnych czasach płacimy samotnością, czasami wykluczeniem, wystuchiowaniem słownych tyrad pseudoekspertów i tzw. polityków. Brakiem kontaktów z innymi, przychylnymi nam ludźmi, koniecznością izolowania się na kilku metrach swego mieszkania!

Dlatego też kończąc, cytuję tekst znaleziony w sieci.

*Mam już dość wszystkiego!
Czy to coś złego?
Zamykam oczy, by nie patrzeć,
Jak kolejny raz padnę.
Upadnę!
Życie jest bezwzględne,
A wszyscy mówią, że takie piękne.*

Zapewniam Czytających te słowa, że na pewno nie upadnę, bo gdyby tak się stało, to nie mógłbym kontynuować mojej „twórczości” w naszym biuletynie. Ale to nie zmienia stwierdzenia, że naprawdę już mam dość tego wszystkiego!

Mimo to – dobrego samopoczucia na co dzień Wszystkim życzę.
Jak zwykle Wasz

A. Martynowski

Biuro Rachunkowe PLUS

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

Zadzwoń: **663 126 762**

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

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!**

ZAPRASZAM

*osoby dorosłe (także w pojedynkę)
na wypoczynek do atrakcyjnego, niekrepującego
lokom 300 m od Bałtyku w Gąskach.*

Telefon: **660 223 011**



CZAS NA TEST!

„You can never be overdressed or overeducated.” – mawiał Oscar Wilde. Nie sposób się z nim nie zgodzić. Zwłaszcza z drugą częścią przytoczonego cytatu, w myśl której z uśmiechem i przymruczeniem oka staram się uczyć kolejne pokolenia od niemalże 25 lat! A że utrwalanie poznanej materiału jest podstawą nauk wszelkich, stąd też i dziś na łamach „Primum” przyszedł czas na test. Zatem do dzieła! Fingers crossed!

1. **Fill in the gaps:** (uzupełnij luki właściwym słowem lub wyrażeniem)

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| a) to have a ... belly | e) with a naked ... |
| b) to feel under the ... | f) as smooth as a baby's ... |
| c) to feel run ... | g) love at first ... |
| d) in for a penny, in for ... | h) over my dead ... |

2. **Find a synonym to:**

- | | |
|------------------------|----------------------|
| a) To be off-colour | f) without a blink |
| b) to have diarrhoea | g) to give sb a hand |
| c) to feel dizzy | h) a rip-off |
| d) to feel fatigued | i) to be broke |
| e) too little too late | |

I. To help / II. To have runs / III. Sth unreasonably expensive / IV. To feel somewhat sick / V. To have no money at all / VI. To be tired / VII. To have a funny sensation of the world spinning around / VIII. Immediately, without hesitation / IX. Not doing enough in due time to prevent a situation

Pamiętajmy: podstawą każdej wiedzy jest regularne jej odświeżanie, tak aby zapisana została w naszym systemie LTM (pamięci długotrwałej)!

O szkole

Szkoła Anity Żytowicz to nie tylko nauka języka – online i stacjonarnie (w grupach, jak i indywidualnie), ale również szeroki wachlarz tłumaczeń przysięgłych, symultanicznych – podczas zawodów sportowych, spotkań biznesowych, czy konferencji (w kabinie) i tłumaczeń artykułów naukowych.

Anita Żytowicz

Kontakt ze Szkołą: 607 955 441, 601 942 720

Answers:
1. a) beer; b) weather; c) down; d) a pound; e) eye; f) bottom; g) sign; h) body; i) III; II; IV; b) I; c) II; d) VI; e) XI; f) VIII; g) I; h) III.

Serdecznie zapraszamy...



...zainteresowanych lekarzy członków BIL na organizowane przez grupę G-ECHO Pologne warsztaty USG Klatki Piersiowej, które odbędą się 12 czerwca 2021 w Bydgoszczy.

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

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

Dla członków SPFP udział bezpłatny (dotąd koszt samego szkolenia we Francji – 200 euro). Język wykładowy francuski, z tłumaczeniem konsekwentnym na polski. Zajęcia praktyczne w j. polskim i francuskim.

Zainteresowanych prosimy o przesłanie ankiety zgłoszeniowej do dr Iwony Patyk na adres: iwonapatyk@yahoo.fr

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

Ogłoszenia – PRACA

■ NZOZ „Okole”, Bydgoszcz, Plac Chełmiński 5, zatrudni **lekarza rodzinnego**. Kontakt: przychodniakokole@scs.com.pl lub 52 3214935.

■ Centrum Zdrowia „Błonie” zatrudni **lekarza w POZ**, mile widziany lekarz rodzinny. Telefon kontaktowy: 52 3258381, 52 3258382.

■ Prywatna przychodnia w Chodzieży – Medica Centrum nawiąże współpracę z **lekarzami** (także w trakcie specjalizacji): **kardiologiem, psychiatrą, ginekologiem**. Warunki współpracy do uzgodnienia. Gwarantujemy pełen komfort i przyjemną atmosferę pracy. Kontakt: e-mail: l.kowzan@wp.pl, tel. 05 566 371, www.medicacentrumchodziez.pl

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

■ Pilnie poszukujemy **lekarzy i pielęgniarek** do pracy w Szpitalu Południowym w Warszawie. Otwarta w lutym br. placówka oferuje bardzo dobre warunki pracy i płacy w dynamicznym zespole pracowników tworzących kadrę nowego podmiotu leczniczego, w którym udzielane są świadczenia zdrowotne pacjentom z COVID-19. Osoby zainteresowane zawodowym rozwojem, lubiące podejmować nowe wyzwania prosimy o kontakt z panem Maciejem Jaworskim, e-mail: rekrutacja@szpitalpoludniowy.com; m.jaworski@cmsolec.pl

■ Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu zatrudni **koordynatora Oddziału Neurologicznego i Udarowego, lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii** lub lekarzy zdecydowanych specjalizować się w wyżej wymienionej dziedzinie do pracy w ordynacji dziennej oraz na dyżury; **koordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii** lub lekarzy zdecydowanych specjalizować się w wyżej wymienionej dziedzinie do pracy w ordynacji dziennej oraz na dyżury. Zainteresowanych lekarzy prosimy o kontakt telefoniczny pod nr 52 3545320 w dni powszednie w godz. 08.30–14.30 lub za pośrednictwem e-mail: sekr.nacz@szpitalino.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





Klinika Terapii Innowacyjnych

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

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

Zapraszamy zainteresowanych współpracą lekarzy

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



Toruń



Bydgoszcz

Oferujemy leczenie biologiczne w chorobach takich jak:

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

Terapie lekami biologicznymi:

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

Terapie lekami innowacyjnymi:

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

Klinika Terapii Innowacyjnych

ul. Batorego 18-22
87-100 Toruń

☎ 56 300 42 44

✉ terapieinnovacyjne@naszlekarz.pl

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

Oddział w Bydgoszczy

ul. Chodkiewicza 19c
85-065 Bydgoszcz

☎ 52 340 14 14

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

Zapraszam do współpracy





WYBIERZ BMW X2 GOTOWE DO ODBIORU. JUŻ ZA 1600 PLN NETTO/MIES.

Dealer BMW Dynamic Motors
ul. Olimpijska 8
Toruń
tel.: +48 56 645 21 70
www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW Dynamic Motors
ul. Toruńska 272A
Bydgoszcz
tel.: +48 52 339 51 10
www.bmw-dynamicmotors.pl

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

Rata miesięczna netto dla BMW X2 sDrive18d za 164 500 zł brutto w ofercie BMW Comfort Lease. Opłata wstępna 10%, okres leasingu 36 miesięcy, średnioroczny deklarowany przebieg 20 000 km, gwarantowana wartość końcowa. Zawarcie umowy uzależnione jest od pozytywnego wyniku weryfikacji prawnofinansowej Klienta oraz zawarcia ubezpieczenia OC/AC. Niniejsza symulacja nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. BMW Comfort Lease jest oferowany przez BMW Financial Services Polska Sp. z o.o. Szczegóły oferty u Dealera BMW Dynamic Motors. Zużycie paliwa w l/100 km (cykl mieszany): 5,0-4,6. Emisja CO₂ w g/km (cykl mieszany): 131-122.