

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

# Primum

## CZAS DECYZJI

26 marca wybierzemy władze  
samorządu lekarskiego



# ZAREKLAMUJ SIĘ

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

# w **primum**

CENY REKLAM  
W NASZYM PIŚMIE  
KSZTAŁTUJĄ SIĘ NASTĘPUJĄCO ▾

DRUGA STRONA  
OKŁADKI,  
pełen kolor, kreda,  
format A4

▶ **1 700 zł**

TRZECIA STRONA  
OKŁADKI,  
pełen kolor, kreda,  
format A4

▶ **1 700 zł**

CZWARTA STRONA  
OKŁADKI,  
pełen kolor, kreda,  
format A4

▶ **1 800 zł**

STRONA WEWNĄTRZ  
NUMERU,  
pełen kolor, kreda,  
format A4

▶ **1 600 zł**

Do cen doliczamy VAT

Powierzchnię strony wewnętrznej można  
podzielić (do 1/18, cena proporcjonalna)

Istnieje też możliwość zamieszczenia **artykułu sponsorowanego** (ceny takie same jak przy reklamie) lub umieszczenia **wkładki** w gazecie.

Przy dłuższej współpracy  
oferujemy **ZNIŻKI**.

„Primum” wysyłane jest  
na adresy domowe lekarzy  
należących do Bydgoskiej Izby Lekarskiej.  
Gazeta jest też dostępna na stronie BIL.

**UWAGA!**

Przed nam XLI Okręgowy Zjazd Lekarzy BIL, tym razem sprawozdawczo-wyborczy. Bardzo ważny, ponieważ wybierzemy na nim władze Izby na kolejną, IX kadencję! Zjazd odbędzie się 26 marca o godz. 9.00 na terenie Bydgoskiego Centrum Sportu. Zapraszamy!

**W NUMERZE:****WYBIERAMY WŁADZE BIL**

Czy doszliśmy do ściany? 2  
Ostatnia prosta przed nieuniknionymi zmianami 2

**INFORMUJEMY**

3, 4

**ROZMOWA Z...**

Prof. Olga Haus: Czy jesteśmy skazani na ciężki przebieg COVID-19? 5

**POZ BEZ TAJEMNIC**

Z pierwszej linii frontu 8

**NAUKA**

Maski ochronne działają 9

**OD KONSULTANTA DS. CHOROÓB ZAKAŻNYCH**

Czy to początek końca pandemii? 10

**PACJENT PO COVID-19**

Endokrynologiczne i diabetologiczne komplikacje COVID-19 12

**AD VOCEM**

Najpierw pacjent, potem lekarz 13

**FARMAKOLOGIA**

Marihuana – niebezpieczny narkotyk czy dobry lek? 14  
Medyczna marihuana – już nie taka straszna 17

**NA STARE PROBLEMY NOWA KONSTITUCJA DLA ZDROWIA**

18

**KSIĄŻKI NIE TOP TEN**

20

**DLA LEKARZY SENIORÓW**

Turnusy rehabilitacyjne 21

**WSPOMNIENIE O...**

Profesorze Stanisławie Betlejewskim 22  
Doktorze Stanisławie Nowaku 23

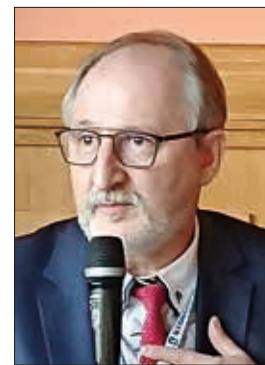
**FELIETON**

Mój jest ten kawałek podłogi 23

**W PIGUŁCE**

24

## Szanowne Koleżanki i Koledzy!



Zwykle odczuwamy zaskoczenie, kiedy przychodzi, chociaż od początku wiadomo, że przyjdzie... I właśnie nadeszło – zakończenie. Zwracam się do Państwa ostatni raz, pisząc „wstępniaka”. Korzystając z tej możliwości chcę bardzo podziękować wszystkim, którzy poświęcili wiele czasu i pracy dla naszego wspólnego dobra, jakim jest samorząd. Nie sposób wymienić każdego, dlatego swoją wdzięczność kieruję do wszystkich członków Okręgowej Rady Lekarskiej BIL, komisji programowych, rzeczników odpowiedzialności zawodowej, pracowników biura, z panią dyrektora na czele, oraz osób zaangażowanych w tworzenie naszego biuletynu – szczerze wyrazy podziękowania i szacunku za Wasz trud!

Skoro kadencja dobiega końca, to oczywiście czas na krótkie podsumowanie – to właśnie odbędzie się już wkrótce – na zjeździe sprawozdawczo-wyborczym. Nasza działalność przebiegała w cieniu pandemii, która pochłonęła wiele naszej energii i nie raz zmusiła do procedowania w niespotykany dotychczas sposób. Przypomnę, że u samego początku epidemii samorząd, dzięki współpracy z Kulczyk Foundation, obdarował lekarzy niezbędnymi i wówczas trudno dostępnymi środkami ochrony osobistej. Później była akcja bezpłatnych szczepień przeciw grypie. Pomimo trudności wynikających z obostrzeń sanitarnych staraliśmy się, żeby cyklicznie organizowane imprezy, np. Dzień Dziecka, Mikotajki, Jubileusz, chociaż w zmodyfikowany sposób, mogły się odbyć.

Nieustające zmiany legislacyjne w opiece zdrowotnej i dyskusje światopoglądowe skłoniły mnie do powołania Komisji Etycznej, mam nadzieję, że owoce jej pracy wkrótce będą służyć lekarzom w gąszczu nowej rzeczywistości. Istotne zmiany personalne zostały dokonane w Komisji Bioetycznej BIL, której zadaniem niezmiennie pozostaje opiniowanie projektów badań klinicznych. Na uwagę zasługuje aktywna postawa Komisji Młodych Lekarzy. Jedną z ostatnich inicjatyw podjętych przez naszych młodych medyków był problem walki z hejtem, nienawiścią i wypaleniem zawodowym. Poza tym pisali, apelowali i protestowali w wielu sprawach istotnych dla całego środowiska medycznego (nie tylko lekarzy) i pacjentów. Byliśmy obecni w białym miasteczku i ogólnopolskich marszach protestacyjnych pracowników opieki zdrowotnej. Jeden z ostatnio nagłościanych przez samorząd tematów to – zapaść publicznego lecznictwa stomatologicznego.

Jak Państwo wiecie, podczas upływającej kadencji zakupiono również obiekt, który będzie naszą nową siedzibą. Prace remontowe są w toku, a ich realizacja przebiega terminowo. Mam nadzieję, że już na początku kolejnej kadencji będzie można rozgościć się w nowym miejscu.

Na koniec pozytywna, jak sądzę, refleksja. Dokonałiście Państwo wyboru delegatów na Zjazd niezwykle sprawnie (w przeszłości bywało różnie), dodatkowo w gronie 147 reprezentantów naszego środowiska mamy 95 nowych. Odczytuję to jako dobry prognostyk dla rozwoju samorządu i sygnał zainteresowania ideą samorządności zawodowej, chociaż wiem, że nie wszyscy są jej entuzjastami. Życzę wszystkim, aby wybory, których już wkrótce dokonamy, były satysfakcją dla wybranych i zadowoleniem dla wybierających.

Pozdrawiam serdecznie

Dr n. med. Marek Bronisz

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej



BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

# primum

**RADA PROGRAMOWA:**

prof. Aleksander Araszkiwicz,  
red. Agnieszka Banach-Dalke,  
lek. Mieczysław Boguszyński,  
red. Magdalena Godlewska,  
dr n. med. Wojciech Kosmowski  
dr n. med. Stanisław Prywiński,  
lek. dent. Marek Rogowski  
(przewodniczący),  
dr n. med. Zofia Ruprecht,  
lek. Szymon Suwała,  
lek. Mateusz Wartęga

**REDAKTORKA NACZELNA:**

Agnieszka Banach-Dalke  
agnieszkapress@gmail.com

**REDAKTORKA:**

Magdalena Godlewska (korekta)  
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](mailto: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](mailto:bil@bil.org.pl), [www.bil.org.pl](http://www.bil.org.pl)

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

**DRUK:**  
Abedik, Bydgoszcz, tel. 52 3700710

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

Nakład: 4340 egzemplarzy



# Czy doszliśmy do ściany?

JERZY  
RAJEWSKI

Obyś żył w ciekawych czasach! To nie życzenie szczęścia, radości i pomyślności. To przekleństwo!

Wszystko, co dzieje się od kilku lat w Polsce, świadczy o tym, że właśnie w takich czasach przyszło nam żyć i pracować. Ostatnie wydarzenia w polityce zdrowotnej powodują, że zastanawiam się, czy doszliśmy już do ściany, za którą już tylko jest zwątpienie i bezradność.

### ZWYCIĘSTWO NAD PANDEMIA

Rząd ustami ministra zdrowia ogłasza kolejne zwycięstwo nad pandemią. Przy kilkudziesięciu tysiącach zakażeń SARS-CoV-2 dziennie – skracana jest izolacja, znoszona kwarantanna dla osób z kontaktu oraz ogłaszany powszechny powrót dzieci i młodzieży do szkół.

W tle umierający pacjenci nie tylko z powodu COVID-19, ale także z powodu innych chorób układowych, onkologicznych oraz niezdiagnozowani!

### ODEJŚCIE AUTORYTETÓW

Rezygnację ze współpracy z KPRM złożyło trzynastoro członków rady medycznej. Pozostali tylko ci, których stowiska uzależnione są od decyzji władzy politycznej.

To akt desperacji, ale widocznie nie dało się już dłużej firmować absurdalnych decyzji niemających nic wspólnego z wiedzą naukową ani zdrowym rozsądkiem.

### ZERWANIE WSPÓŁPRACY PRZEZ FPZ

Ze składu Zespołu ds. Zmian w POZ odeszła Federacja Porozumienie Zielonogórskie, ponieważ minister zdrowia Adam Niedzielski nie liczy się ze zdaniem ekspertów i podejmuje decyzje uderzające w lekarzy i pacjentów.

Musiąto być już bardzo źle, skoro ludzie od lat walczący o naprawę systemu ochrony zdrowia w Polsce i odporni na porażki i trudności poddali się! Utracili poczucie, że ich działanie ma sens.

Samorząd lekarski ciągle walczy, doradza, konsultuje i ma nadzieję, że jest możliwa współpraca z tym ministrem zdrowia i z tym rządem.

Cieszy zaangażowanie i nieustępliwość prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej prof. Andrzeja Matyji. Potrzebuje on jednak wsparcia w radach okręgowych naszego samorządu.

**Rok 2022 to ważny rok dla samorządu lekarskiego. Wybieramy nowe władze! Wybierzmy ludzi zaangażowanych, niezależnych od układów i polityki, którzy zawsze stoją na gruncie nauki.**

**To członkowie nowej rady okręgowej będą nas reprezentować lokalnie, w Bydgoszczy i na terenie naszego województwa, oraz w strukturach ogólnopolskich samorządu lekarskiego.**

**Nie lekceważmy ani jednego głosu! Wybierzmy mądrze a po wyborach angażujemy się w działania naszej Izby!**

*O autorze: Jerzy Rajewski jest specjalistą w dziedzinie medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej i chorób wewnętrznych. Kierownik Przychodni Lekarskiej RODZINA w Koronowie, wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej.*



# Ostatnia prosta

## przed nieuniknionymi zmianami

26 marca br. na terenie Bydgoskiego Centrum Sportu dojdzie do ważnego wydarzenia, odbędzie się sprawozdawczo-wyborczy XLI Okręgowy Zjazd Delegatów Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Wybierzemy na nim – prezesa, okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej (i jego zastępców) oraz członków: okręgowej rady lekarskiej, komisji rewizyjnej, sądu lekarskiego, jak i też delegatów na krajowy zjazd lekarzy.

SZYMON  
SUWAŁA

**Władze izby będą musiały w końcu poradzić sobie z wieloma problemami**, co już pisałem wcześniej – usprawnić bądź wręcz urealnić współpracę z jednostkami administracji publicznej, instytucjami naukowymi, zadbać o transparentność działania izby, ale też zadbać o jej sprawne działanie w interesujących członków kierunkach oraz o wizerunek izby (tak wewnętrzny, jak i zewnętrzny – które, jak coraz częściej słyszę i z bólem przyznaję, nie są najlepsze). Próba rozwikłania tych problemów wymaga dużych pokładów energii i silnej woli, stąd konieczne jest wybranie na właściwe stanowiska ludzi, którzy te cechy reprezentują.

**Ostatnie lata z pewnością nie należały dla nas – lekarzy – do najprostszych.** Pandemia COVID-19 w dobitny sposób pokazała rządzącym i społeczeństwu braki polskiego systemu ochrony zdrowia – braki, o których medycy informowali bez ustanku, przez wiele lat, jeszcze w znacznie spokojniejszych czasach. Kiedy sufit runął nam na głowy, odpowiedzialnością za ten stan rzeczy próbowano niejednokrotnie obarczać właśnie nas! Tak było najprościej, gdyż politycy zdążyli się już przyzwyczaić do tego, że na lekarzy można pluć, lekarzom można dorzucać obowiązki. Może i przez chwilę ponarzekają, pomarudzą, pogrozą palcem, ale de facto po krótszej lub dłuższej chwili wrócą grzecznie do swoich miejsc pracy i pacjentów, a wszystko rozejdzie się po kościach.

Trudno się zresztą temu podejściu dziwić – w polityce proste rozwiązania są najlepsze, a nie trzeba nikogo przekonywać, że część samorządów lekarskich może i protestuje, wyraża zaniepokojenie, ale rzadko czyni coś więcej (a przede wszystkim niemal nigdy nie dochodzi do ich powszechnej, masowej organizacji celem pokazania naszej rzeczywistej siły na poziomie centralnym – którą to siłę przecież mamy!). Na skutek tych nieefektywnych (tudzież po prostu niezauważanych z racji na brak koordynacji) działań dochodzi do naszego uprzedmiotawiania – tak jak w ostatnich tygodniach, kiedy to zmuszono lekarzy POZ do uprawiania PBM (politics-based medicine) zamiast EBM (evidence-based medicine), wprowadzając obowiązek osobistego zbadania pa-

cjenta z COVID-19 w ciągu 48 godzin od rozpoczęcia izolacji domowej (nawet w przypadkach, kiedy nie jest to z przestąnek medycznych konieczne!), kosztem innych pacjentów, z chorobami przecież często nie mniej groźnymi jak COVID-19. Czy muszę w tym miejscu zaznaczyć, że generowane w ten sposób dalsze problemy nakręcają spiralę rosnącej niechęci do medyków?

**Młodzi lekarze w ostatnich czasach próbowali tę sytuację zmienić**, pokazując siłę i wolę walki – kiedy w naszym województwie wojewoda skierował bezprawnie do pracy na oddziały izolacyjne osoby z takiego obowiązku wyłączone (kobiety w ciąży, matki karmiące czy obciążone zdrowotnie). Komisja ds. Młodych Lekarzy BIL, pomimo trwającego, wówczas weekendu, zareagowała jako pierwsza i przy pomocy mediów oraz samych zainteresowanych spowodowała, że już dwa dni później nakazy zaczęto wycofywać. To młodzi lekarze wspólnie z innymi przedstawicielami zawodów medycznych rozpoczęli jesienią wielki protest, którego kulminacją było Białe Miasteczko 2.0 stojące przez kilka miesięcy w warszawskich Alejach Ujazdowskich, tuż pod oknami Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. I znowu, spośród izbowych działaczy – to przedstawiciele naszej KML BIL byli w tym przedsięwzięciu jednymi z tych bardziej aktywnych, organizując akcje medialne, eventy profilaktyczne czy również znosząc egzaltację i fochy resortu zdrowia podczas prób negocjacji warunków porozumienia (o czym można było przeczytać w różnych artykułach w poprzednich numerach *Primum*). Nie akceptowaliśmy i dalej nie akceptujemy podejścia, jakie wykazuje wobec nas wierchuszka, czy to na poziomie lokalnym czy ogólnopolskim – i wyrażamy to zarówno słowami, jak i czynami. Z różnym skutkiem, w zależności od kalibru – przyznaję – ale nie od razu Rzym zbudowano. A potrzeba nas, prawdziwie aktywnych działaczy, więcej i więcej.

**Wracając do tematu wyborów.** To ostatnia prosta przed nieuniknionymi zmianami. Nieuniknionymi, ale koniecznymi. I nade wszystko – powszechnie oczekiwanymi, na co wskazują choćby wyniki wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Powtarzam się, ale czynię to z ogromną satysfakcją: bez konieczności powtarzania wyborów w którymkolwiek z okręgów udało się obsadzić 95% wszystkich dostępnych mandatów, podczas gdy w okresie analogicznym poprzednich wyborów obsadzono zaledwie nieco ponad 61% miejsc (a w trzech rejonach nie powołano żadnego reprezentanta z uwagi na brak kworum). Większość wybranych kandydatów to osoby, które wcześniej nie działały w obrębie izby na taką skalę, co świadczy o rosnącej chęci zmiany i wpływania na funkcjonowanie samorządu.

Czy to właśnie załóżek tej jakże niezbędnej energii i siły woli? Jeśli nie tego, to czegoż by innego?

**Czas, by zmienić oblicze samorządu lekarskiego. Zarówno naszego, bydgoskiego, jak i ogólnie, w całej Polsce. 26 marca zobaczymy do jakich zmian dojdzie na naszym podwórku – życzę nam wszystkim, by to był początek czegoś naprawdę wielkiego. Dla naszego wspólnego lepszego jutra!**

*O autorze: asystent w Klinice Endokrynologii i Diabetologii SU nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy BIL, przewodniczący Sekcji Chorób Metabolicznych i Cywilizacyjnych Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, popularyzator wiedzy medycznej.*





Koncepcja architektoniczna budynku Centrum Diagnostyki Postcovidowej przy Szpitalu Dziecięcym im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy przy ul. Chodkiewicza 44

## Bydgoszcz: Centrum Diagnostyki Postcovidowej w Dziecięcym

Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy się rozbudowuje. W jego ramach powstanie trzykondygnacyjny budynek – Centrum Diagnostyki Postcovidowej. Inwestorem jest marszałkowska spółka – Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne.

W centrum znajdują się m.in. pracownie: rezonansu magnetycznego i endoskopowa oraz miejsce, gdzie pacjenci i ich rodzice otrzymają wsparcie. Wszystko na 3,5 tysiącach metrów kwadratowych. Będzie też dwupoziomowy zadaszony parking na 92 miejsca. Nowy budynek na poziomie drugiego piętra zostanie połączony z gmachem szpitalnym. *a.b.*



### Szpital Lipno: izba przyjęć po remoncie

Izba przyjęć szpitala powiatowego w Lipnie jest po generalnym remoncie. Oficjalnie otwarto ją 31 stycznia. Placówka jest beneficjentem marszałkowskiego antycovidowego pakietu antykrzysowego. Wcześniej samorządowy Szpital Lipno trzykrotnie korzystał z grantów ze środków europejskich pozostających w dyspozycji samorządu województwa. Gruntownie przebudował blok operacyjny i porodowy, zakupił tam aparaturę medyczną i wyposażenie. Wyremontował też zakład opiekuńczo-leczniczy, dostosowując go do potrzeb osób niepełnosprawnych, zakupił wyposażenie i sprzęt medyczny (m.in. fotele do ćwiczeń i masażu, aparat do fizykoterapii, lampę biotron). Dzięki inwestycji na powierzchni użytkowej 1168,20 m<sup>2</sup> zlokalizowano 25 sal chorych z łącznie 72 łózkami. Zakupiona też została nowoczesna aparatura do poradni gastroenterologicznej: gastroskop wideo HDTV 1080p, kolonoskop wideo HDTV 1080p, stanowisko do automatycznego mycia i dezynfekcji dwóch endoskopów, myjka ultradźwiękowa, aparat elektrochirurgiczny z koagulacją argonową. Wartość tych inwestycji ogółem wyniosła 12 623 121, 35 zł, z czego 7 309 910, 21 zł wyniosło dofinansowanie z Urzędu Marszałkowskiego. *a.b.*

## Miejski z najlepszą porodówką w Kujawsko-Pomorskiem



Fundacja Rodzić po Ludzku opublikowała miesiąc temu ranking „Głos matek”, który powstał na podstawie wypełnionych przez kobiety ankiet. Respondentki oceniały następujące aspekty opieki okołoporodowej: realizację planu porodu, swobodę rodzenia, kontakt z dzieckiem po narodzinach, opiekę podczas cesarskiego cięcia, pomoc w opiece nad dzieckiem, wsparcie w karmieniu piersią, realizację praw pacjenta, warunki w szpitalu, postawę personelu, zadowolenia z opieki.

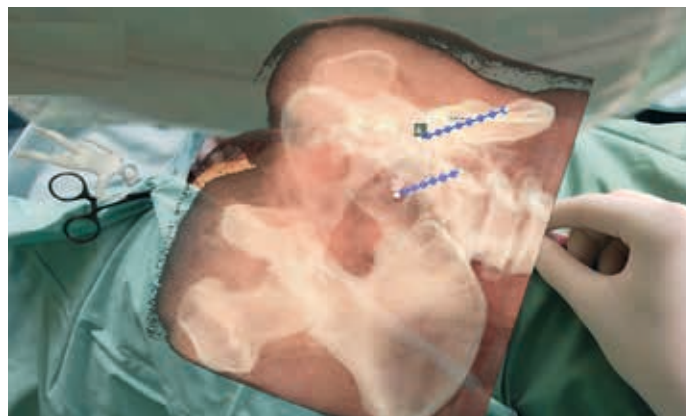
Ocenie poddano 370 placówek. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. E. Warmińskiego w Bydgoszczy zajął 18 miejsce w kraju, 1 w regionie, zdobywając – na podstawie 221 ankiet – 75 na 100 punktów. Zwycięzca – warszawski Szpital Medicover – zdobył o 6 punktów więcej (229 ankiet). *mg*

# Pierwsza w kraju neuromodulacja krzyżowa z użyciem systemu CarnaLife Holo

Zabieg przeprowadzono w Klinice Urologii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. A. Jurasza, wykorzystując system medyczny firmy MedApp S.A do holograficznego obrazowania danych pacjenta CarnaLife Holo (28 grudnia ub.r).

Procedura polega na wszczępieniu elektrody do przestrzeni S3 w kości krzyżowej i identyfikacji odpowiednich nerwów krzyżowych na podstawie wywołania odruchów nerwowych. Lokalizacja elektrody kontrolowana jest przy pomocy zdjęć rentgenowskich. Wykorzystanie holograficznych rekonstrukcji obrazowych danych medycznych umożliwia precyzyjne umieszczenie elektrody na przebiegu nerwów krzyżowych.

Systemu CarnaLife Holo użyto w procesie planowania zabiegu, określając na trójwymiarowym modelu miejsca oraz kąty wktucia.



Następnie – podczas samego zabiegu – wykorzystano mieszaną rzeczywistość, aby model holograficzny nanieść na pacjenta. Dzięki CarnaLife Holo istnieje możliwość zwiększenia precyzji wktucia oraz zmniejszenia liczby wykonywanych zdjęć rentgenowskich, co redukuje niekorzystny wpływ promieniowania jonizującego na zdrowie pacjenta, skutkując również krótszym czasem zabiegu.

Operatorami zabiegu byli: dr hab. Jan Adamowicz, dr Michał Późniak, prof. Tomasz Drewa, prof. Jerzy Gajewski.

Informacje: lekarze Kliniki i pracownicy firmy Medapp

## Mogilno: nowe inwestycje

Szpital w Mogilnie rozbuduje swoją infrastrukturę w związku z walką z COVID-19 – m.in. rozszerzy instalację tlenową oraz powiększy izbę przyjęć i zmodernizuje laboratorium.

Otrzyma na to ponad 1,8 mln zł ze środków rządowych.

W sumie na inwestycje związane z walką z COVID-19 w 20 szpitalach w Kujawsko-Pomorskiem zostanie przeznaczonych z rządowych środków – 12,5 mln zł.

a.b.



## Zaszczep się zdrowym rozsądkiem



Informujemy, że w 2022 r. w budżecie Bydgoskiej Izby Lekarskiej zostały zabezpieczone środki finansowe na dofinansowanie szczepień przeciw meningokokom dla dzieci lekarzy – członków BIL

Chcąc uzyskać dofinansowanie, należy złożyć wniosek do biura BIL do 30 czerwca 2022 r. (osobiście, listownie, e-mail). Wnioski można pobrać ze strony internetowej BIL, jak również w biurze naszej Izby.

Wnioski będą rozpatrywane w kolejności wpływów, aż do wyczerpania środków zabezpieczonych na ten cel. Wypłata dofinansowania nastąpi po przedłożeniu faktury za szczepionkę. Na fakturze prosimy umieścić nr PESEL dziecka.

Maksymalna kwota dofinansowania wynosi 350,00 zł dla jednego dziecka.

Skarbnik Bydgoskiej Izby Lekarskiej  
dr n. med. Maciej Borowiecki

## Sępólno Krajeńskie dołączyło do programu Publicznego Dostępu do Defibrylacji

W styczniu w mieście pojawił się ogólnodostępny defibrylator. Znajduje się na pierwszym piętrze budynku przy ul. Kościuszki 11. Pracownicy urzędu miejskiego, starostwa powiatowego i powiatowego urzędu pracy – firm, które mieszczą się pod tym adresem, przeszli już szkolenie z obsługi urządzenia.

Defibrylatory publiczne to większa szansa na szybkie podjęcie defibrylacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia (w Polsce NZK jest przyczyną 40 tys. zgonów rocznie) i w konsekwencji – na przeżycie. Zespoły ratownictwa medycznego nie zawsze są w stanie dotrzeć na miejsce w wystarczająco krótkim czasie.





zespół zidentyfikował wariant genu odpowiedzialny za ciężki przebieg COVID-19 i że – jak podają naukowcy białostoccy – w Polsce ludzi z tym wariantem może być o 5-6 stopni procentowych więcej niż w Europie. Jednak sposób podania odkryć do wiadomości powoduje, że traci się zaufanie do ludzi, którzy tak postępują.

► **Proszę opowiedzieć o tym genie – gdzie leży, za co odpowiada...**

To gen o nazwie LZTFL1 – koduje składniki dopełniacza, leży na krótkim ramieniu chromosomu trzeciego i – tak jak geny sąsiadujące – u dużej części populacji świata pochodzi od Neandertalczyka, co dowodzi, że Neandertalczycy i nasi bezpośredni przodkowie krzyżowali się między sobą.

Wariant genu LZTFL1, który dwukrotnie zwiększa ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19, odpowiada za reakcję mobilizacji składników dopełniacza, czyli za wzmoczenie reakcji immunologicznej, ale nadmierne, co nie jest korzystne – szalejąca burza cytokin może uszkadzać różne partie organizmu. Wariant ten, aktywując składniki dopełniacza, jednocześnie może powodować zwiększenie krzepnięcia krwi – a rozsiana zakrzepica płucna może być przystawowym gwoździem do trumny pacjenta z COVID-19. Obecność tego wariantu genu LZTFL1 plasuje posiadacza pod względem ryzyka ciężkiego przebiegu choroby na 4 miejscu – za zaawansowanym wiekiem, nadwagą i płcią męską.

# Czy jesteśmy skazani na ciężki przebieg COVID-19?

► **W styczniu naukowcy z UM w Białymstoku poinformowali media o zidentyfikowaniu przez międzynarodowy zespół, którego byli członkami, wariantu genowego odpowiedzialnego za ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19, dodając, że jest on szczególnie częsty w populacji polskiej – do czego doszli już sami. A obecny na konferencji minister Niedzielski zapowiedział stworzenie do końca pierwszego półrocza testu, który pozwoli szybko wykryć, czy pacjent jest nosicielem niekorzystnego wariantu. To chyba w sumie dobre wiadomości?!**

Tylko że odkrycie zwiększonej częstości występowania tego wariantu w polskiej populacji nie zostało opublikowane w żadnym czasopiśmie naukowym! Standardowo, jeżeli się dokonuje jakiegoś odkrycia, to w pierwszej kolejności trzeba je zweryfikować, publikując w uznanym periodyku, gdzie dany artykuł zostaje recenzowany przez co najmniej dwóch niezależnych recenzentów, a dopiero potem ogłasza się sukces. Tu natomiast wszystko było odwrotnie – czyli najpierw zrobiono sensację. Takie postępowanie nie zgadza się z rzetelnością i etyką naukową – dawanie ludziom fałszywej nadziei to najgorsze, co można zrobić. I to nie tylko moja opinia – to również stanowisko Komitetu Genetyki Człowieka, do którego należę, Komisji ds. Etyki w Nauce PAN oraz innych towarzystw i instytucji naukowych.

Odkrycia międzynarodowego zespołu badaczy dotyczące gorszego przebiegu COVID-19 u osób ze zidentyfikowanym wariantem – do których przyczyniło się wiele różnych konsorcjów, w tym POLCOVID Genomika – są publikowane już od 2020 r. i nie ma w nich jeszcze wzmianki o większej częstości niekorzystnego wariantu genowego w populacji polskiej.

Prawdę mówiąc, to nie wiem, co mam myśleć, ale muszę wierzyć w rzetelność tych odkryć naukowych. Wierzę, że międzynarodowy

► **Utrzymywanie się nowego wariantu genu przez dłuższy czas może oznaczać, że stoi za tym jakiś cel biologiczny – czy nowo odkryta mutacja LZTFL1 mogła przetrwać z tego powodu?**

Chodzi o tak zwaną selekcję środowiskową heterozygot albo inaczej nosicieli – ludzi, którzy nie są chorzy, ale mają jedną kopię genu prawidłową, drugą nie. Na naszych terenach takim przykładem jest bardzo częste nosicielstwo mukowiscydozy (mniej więcej 1 na 20–25 osób). Uważa się, że może być spowodowane tym, że dawniej bardzo rozpowszechnione były infekcje bakteriami jelitowymi, m.in. *Escherichia coli*, co powodowało zaburzenia żołądkowo-jelitowe, biegunkę i w wielu przypadkach odwodnienie, zwłaszcza u ludzi starszych i dzieci, często kończące się śmiercią. Natomiast w mukowiscydozie mutacja polega m.in. na tym, że komórki jak gdyby oszczędzają jony chloru i wodę. Więc dzieci, które miały w obu kopiach genu mutację – chorowały i umierały na mukowiscydozę, dzieci, które miały obie kopie genu prawidłowe – umierały z powodu odwodnienia organizmu, a dzieci, które były nosicielami, czyli posiadały jedną nieprawidłową kopię, nie chorowały na tę chorobę, a jednocześnie były wystarczająco chronione przed utratą wody z powodu zakażenia jelitowego – ilość wody, która uciekała z organizmu, była dużo mniejsza niż u zdrowych nienosicieli.

Z mutacją genu LZTFL1 oczywiście mogło być podobnie, ale jeszcze nie wiemy, jakie mogłyby być korzyści z posiadania tego wariantu.

► **Czy ten wariant genowy podnosi ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 niezależnie od wariantu wirusa? Objawy różnią się przecież w zależności, czy zakażenie wywołała np. delta czy omikron...**

Omikron u części osób ma słabsze działanie, ale u niektórych powoduje również komplikacje płucne. Nie oznacza to, że osoby, które



nie miały tego typu objawów, nie przechodzą zakażenia omikronem ciężko. A powrót do pełnego zdrowia to czasem kwestia miesięcy. Śmiertelność jest mniejsza, ale jest.

Trudno mi powiedzieć, czy fakt, że omikron, który jest słabszym wirusem, w mniejszym stopniu atakuje płuca – wynika wyłącznie z jego charakteru. Natomiast czy wobec tego ciężkość przebiegu infekcji omikronem nie ma żadnego związku z genem LZTFL1? – nie jestem przekonana. Być może obecność niekorzystnego wariantu powoduje cięższy przebieg choroby, ale skala jest inna przy omikronie, a inna przy delcie.

► **Czy zgadza się Pani z tym, że – jak mówi wielu naukowców – na omikronie skończy się pandemia, a COVID-19 zamieni się w chorobę sezonową?**

Osoby, które się na ten temat wypowiadają, znają się na genetyce, ale znają się też na epidemiologii – ja nie jestem epidemiologiem. Historia epidemii czy pandemii pokazuje, że nic tak naprawdę ich nie zwalczało – epidemie samoistnie się wyciszały. Czasami trwały kilka miesięcy, czasami kilka lat, ale same się ograniczały, kiedy wszyscy przeszli chorobę – jeśli to dawało odporność.

W pewnym stopniu całkowita odporność jest niemożliwa. Przechorowanie grypy może dawać odporność na niecały rok, bo pojawiają się nowe warianty. Prawdopodobnie więc z omikronem lub jakimś następnym wa-

Z prof. dr hab. n. med. Olgą Haus  
– kierownikiem Katedry Genetyki Klinicznej  
Wydziału Lekarskiego CM UMK  
– rozmawia Magdalena Godlewska

riantem SarsCoV-2 będziemy sobie żyć. On będzie mutował corocznie, infekcje będą corocznie zbierały żniwo, ale mniej obfite niż obecnie, i będzie trzeba się corocznie szczepić, dostosowując szczepionkę do wariantu, który akurat powstał. Czy tak będzie, czy nie – trudno powiedzieć.

Gdyby się ludzie szczepili nie trzeba by było liczyć, że epidemia wygaśnie, kiedy wszyscy ją przechorują. A to, że wszyscy przechorują, znaczy, że iluś z nas umrze. Przy delcie to był wysoki procent, teraz jest niższy, ale jeszcze niedawno było nawet do 400 zgonów dziennie. Od początku epidemii umarło w Polsce ponad 100 tys. osób! Może jesteśmy bardziej wrażliwi na koronawirusa, ale też na teorie spiskowe i na ograniczanie nam tego, co nazywamy swoją wolnością. Ale nie pamiętamy, że „wolność człowieka kończy się tam, gdzie zaczyna się wolność drugiego człowieka” (Alexis deTocqueville). A ten drugi może być jeszcze bardziej wrażliwy na COVID-19 niż my.

► **Czy większy w Polsce niż w Europie procent osób z wadliwym wariantem genu LZTFL1 oznacza, że mimo wyższej śmiertelności nasz rząd niczego nie zaniedbał, że po prostu mamy pecha?**

Może rozpowszechnienie tego wariantu przyczyniło się do wzrostu liczby zgonów, ale to nie znaczy, że rząd jest niewinny. Hipotetycznie wyższa – niezaweryfikowana recenzowanymi badaniami naukowymi innych grup badawczych – częstość niekorzystnego wariantu w naszej populacji nie może służyć jako usprawiedliwienie olbrzymiej w Polsce częstości zgonów osób chorych na COVID-19. Jeżeli chodzi o leczenie zostało zrobione tyle błędów, że to po prostu jest skandal. W czasie wakacji był czas oddechu – wtedy trzeba było opracować system, zatroszczyć się o sprzęt, łóżka, personel medyczny, zatroszczyć się o to, żeby choroba nie przebiegała ciężko, żeby ludzie się szczepili. Ale teraz już nic nie trzeba, rząd ma usprawiedliwienie – to wina genu, nic nie zrobimy, trzeba się z tym pogodzić.



*Prof. dr hab. n. med. Olga Haus – od 1997 r. kierownik Katedry Genetyki Klinicznej Wydziału Lekarskiego CM UMK, którą zorganizowała od podstaw, członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka (w kadencji 2018–2022 – przewodnicząca), współzałożycielka i przewodnicząca Sekcji Cytogenetyki Hematoonkologicznej PTGC od 2006 r., członek Komitetu Genetyki Medycznej i Patologii Molekularnej Wydziału Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk, członek m.in. Polskiego Towarzystwa Genetycznego, Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, przedstawicielka Polski w European Cytogeneticists Association (ECA) w kadencji 2006–2010. Współpracuje z organizacjami pozarządowymi zajmującymi się dziećmi z wrodzonymi zaburzeniami rozwoju psychoruchowego oraz chorymi z wrodzonymi zespołami wiotkości tkanki łącznej (zespół Marfana, zespół Ehlersa-Danlosa). Specjalizuje się w genetyce hematoonkologicznej (wrodzone i nabyte zmiany genetyczne w nowotworach układu krwiotwórczego) oraz w genetyce klinicznej, głównie w zakresie ww. zespołów wiotkości tkanki łącznej.*



ALEKSANDRA  
ŚREMSKA

## POZ A PANDEMIA

Prawidłowe funkcjonowanie systemu podstawowej opieki zdrowotnej jest niezbędne, by zagwarantować pacjentom dostęp do opieki medycznej.

Wróćmy do początków pandemii w Polsce – podstawowa opieka zdrowotna nie była wówczas jednym z ogniw walki z pandemią. Pacjenci podejrzani o zakażenie SARS-CoV-2 udawali się bezpośrednio do szpitali zakaźnych, a podstawowa opieka zdrowotna – jako zupełnie nieprzygotowana do pandemicznej rzeczywistości – miała być przeznaczona dla pozostałych chorych. Następnie, zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia, to podstawowa opieka zdrowotna zajęła się diagnostyką pacjentów w kierunku SARS-CoV-2 oraz leczeniem chorych na COVID-19 nie kwalifikujących się do leczenia szpitalnego, jednocześnie nadal sprawując opiekę nad pacjentami nie-covidowymi i realizując szczepienia przeciwko COVID-19. To wszystko wymagało szybkiej reorganizacji zarówno placówek medycznych, jak i systemu pracy – tak aby zapewnić ciągłość opieki medycznej w warunkach bezpiecznych dla pacjentów. Teleporada okazała się dla nas bardzo pomocnym narzędziem służącym zarówno do wstępnej oceny stanu klinicznego pacjenta – wyodrębnienia grupy pacjentów ze wskazaniami do pilnego badania fizykalnego, jak i do kontynuacji leczenia przewlekłego. Niestety, nie wszystkie placówki medyczne działały i działają prawidłowo – nadużywając teleporad. Mimo wszystko mam wrażenie, że powszechna negatywna narracja medialna wokół telemedycyny świadczonej w ramach POZ, jest krzywdząca dla większości sumiennie pracujących lekarzy POZ. Lekarze POZ wykonują kilkanaście milionów porad miesięcznie.

## KOLEJNE INGERENCJE W PODSTAWOWĄ OPIEKĘ ZDROWOTNĄ – ZMIANY STANDARDU ORGANIZACYJNEGO OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD PACJENTEM ZAKAŻONYM WIRUSEM SARS-COV-2

W mojej opinii rządzący dość mocno ingerują w ostatnim czasie w system funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej. Może o tym świadczyć ostatnia, styczniowa zmiana, wprowadzona na mocy rozporządzenia ministra zdrowia. Zgodnie z nim lekarz POZ ma obowiązek przeprowadzenia fizykalnego badania u każdego pacjenta w wieku powyżej 60 roku życia, który został skierowany do odbycia izola-

LP	Ozna...	Godzina
89		Poza kolejn.
90		Poza kolejn.
91		Poza kolejn.
92		Poza kolejn.
93		Poza kolejn.
94		Poza kolejn.
95		Poza kolejn.
96		Poza kolejn.
97		Poza kolejn.
98		Poza kolejn.
99		Poza kolejn.
100		Poza kolejn.
101		Poza kolejn.
102		Poza kolejn.
103		Poza kolejn.
104		Poza kolejn.
105		Poza kolejn.
106		Poza kolejn.
107		Poza kolejn.
108		Poza kolejn.

**Ważne informacje i zadania**

EDM – elektroniczna dokumentacja medyczna, zdj. z forum lekarskiego

cji w warunkach domowych, nie później niż przed upływem 48 godzin odbywania izolacji. Pojawiły się uzasadnione obawy, że może to dezorganizować system pracy POZ, a w konsekwencji może to znacznie ograniczyć dostęp do opieki medycznej dla pacjentów nie-covidowych.

Warto przytoczyć również oficjalne stanowiska Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Naczelnej Izby Lekarskiej odnoszące się do wspomnianego wyżej rozporządzenia:

*Należy podkreślić, że aktualna wiedza medyczna nie daje wystarczających podstaw do nakładania takiego obowiązku. Wskazania do przeprowadzenia fizykalnego badania lekarskiego powinny, również w czasie epidemii, wynikać z aktualnej wiedzy medycznej oraz stanu pacjenta, a nie regulacji prawnych – czytamy w stanowisku Prezydium NRL.*

Apelujemy o zaniechanie wszelkich działań niepopartych dowodami medycznymi i wprowadzania nowych obowiązków dla lekarzy rodzinnych bez wcześniejszych konsultacji z nami. Lekarze rodzinni reprezentowani przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce udzielają i będą udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach POZ swoim pacjentom zgodnie z harmonogramem pracy, pacjentom zarejestrowanym na wizyty zgodnie z przyjętymi zasadami, w tym w domu pacjenta w sytuacjach uzasadnionych stanem zdrowia. – stanowisko Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce wyrażone w liście otwartym skierowanym do prezesa rady ministrów i ministra zdrowia

## JAK WYGLĄDAJĄ AKTUALNE REALIA PRACY LEKARZY POZ?

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej pracują bardzo ciężko, ale jest to w moim odczuciu praca niedoceniana. Największym problemem są deficyty kadrowe, pogłębione przez pandemię. Były i są nadal gminy pozbawione placówek POZ. W Polsce pracuje około 40 tysięcy lekarzy POZ, ale tylko kilkanaście tysięcy z nich posiada specjalizację z medycyny rodzinnej. Pozostali to głównie internści i pediatrzy, spełniający ustawowe wymogi lekarza POZ. Dodatkowym wsparciem są lekarze pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej „dorywcz” – co w wielu przypadkach pomaga „dopiąć grafiki”. Przeciętny wiek lekarza POZ to 55+. Bardzo brakuje nam młodych specjalistów medycyny rodzinnej.

Stale rosnąca liczba świadczeń medycznych, ale także nowe pandemiczne obowiązki – związane z opieką nad pacjentami chorującymi na COVID-19 oraz realizacją Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19, powodują coraz większą frustrację wśród lekarzy rodzinnych. Potęguje ją także agresja ze strony pacjentów – niezadowolonych z kierowania na wymazy w kierunku SARS-CoV-2, często negujących istnienie pandemii i potrzebę szczepienia. Konflikty z pacjentami na tym tle wpisały się już w naszą codzienność. Lawinowo rosnąca ilość wizyt w POZ z wynika także z braku powszechnej edukacji zdrowotnej, braku znajomości pacjentów zasad poruszania się po systemie ochrony zdrowia. W konsekwencji często dochodzi do absurdów – pacjent z błałym problemem zgłasza się do POZ natychmiast, a pacjent z ciężkim schorzeniem zgłasza się o wiele za późno. Robimy co możemy, by zapewnić ciągłość leczenia, ale najzwyczajniej nie jesteśmy w stanie sprostać obecnym wymaganiom i oczekiwaniom pacjentów.

Wielu z nas myśli o odejściu z publicznego systemu ochrony zdrowia, zmianie specjalizacji, ale także bardzo wielu zgłasza objawy wypalenia zawodowego – często zaledwie po kilku latach pracy. Na pewno jest to związane ze specyfiką, jak i pogarszającymi się warunkami pracy. Lekarze POZ są pierwszą linią frontu, ale u podstaw ich pracy leżą także prawidłowe i długotrwałe relacje z pacjentami. A one są coraz częściej zaburzone z uwagi na brak zaufania pacjentów do lekarzy.

Medycyna rodzinna jest trudną specjalizacją, wymagającą podstawowej wiedzy z wielu dziedzin, holistycznego spojrzenia na pacjenta, tworzenia prawidłowych relacji z pacjentami.

Jeżeli chcemy dobrze funkcjonującej podstawy systemu ochrony zdrowia – powinniśmy zrobić wszystko, by poszerzyć siatkę placówek medycznych podstawowej opieki zdrowotnej w kraju oraz poprawić warunki pracy lekarzy POZ.

**O autorce:** Aleksandra Śremska – wiceprzewodnicząca Komisji ds. Młodych Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej; wiceprezeska Wojewódzkiego Zarządu Kolegium Lekarzy Rodzinnych; sekretarz Porozumienia Rezydentów; działaczka @polkiwmedycynie; edukatorka medyczna; specjalistka medycyny rodzinnej i certyfikowana lekarka Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością; absolwentka studiów podyplomowych w zakresie prawa medycznego i zarządzania w ochronie zdrowia.



# Maski ochronne działają



BARTOSZ FIAŁEK

## Skuteczność różnych masek ochronnych noszonych w zamkniętych pomieszczeniach i ich wpływ na zapobieganie infekcji SARS-CoV-2.

Na stronach amerykańskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (CDC; link pod tekstem) ukazało się podsumowanie raportu dotyczącego wpływu różnych masek ochronnych na zapobieganie infekcji SARS-CoV-2 (n = 534 osoby).

### Wnioski:

- Osoby, które zawsze nosiły maseczki ochronne w przestrzeniach zamkniętych, notowały mniejsze prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnego wyniku testu na obecność zakażenia SARS-CoV-2 od osób, które maseczek ochronnych nie nosiły.

W zależności od typu maseczki ochronnej ryzyko uzyskania pozytywnego wyniku testu na obecność zakażenia SARS-CoV-2 w porównaniu do braku maseczki ochronnej wyniosło:

- maseczka płócienna – ryzyko niższe o 56 proc.
- maseczka chirurgiczna – ryzyko niższe o 66 proc.
- maseczka N95/KN95 – ryzyko niższe o 83 proc.

Bartosz Fiałek

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7106e1.htm...>

### Post scriptum:

#### NAUKA PO POLSKU

- 4 lutego 2022 r. na stronach amerykańskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób ukazuje się artykuł pokazujący, w jak istotnym stopniu ciągle noszenie maseczek ochronnych w zamkniętych pomieszczeniach redukuje ryzyko wystąpienia COVID-19
- 9 lutego 2022 r. polski minister zdrowia ogłasza, że zamierza znieść obowiązek noszenia maseczek ochronnych i zamienić go na rekomendację...

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





Od konsultanta ds. chorób zakaźnych

V fala koronawirusa SARS-CoV-2 w Polsce

# Czy to początek końca pandemii?

PAWEŁ  
RAJEWSKI

## OBCENA SYTUACJA

Połowa lutego 2022 r.: wszystko na to wskazuje, że jesteśmy już po szczycie V fali i – pomimo tak dużej liczby pozytywnych wyników testów w kierunku SARS-CoV-2 na dobę (powyżej 60 tysięcy, a w rzeczywistości najpewniej kilkuset tysięcy na dobę) – nie spełnił się przewidywany czarny scenariusz i nie przełożyło się to na lawinowy wzrost zarówno liczby chorych w szpitalach z powodu COVID-19, jak i liczby zgonów. Co zatem się wydarzyło?

Potwierdza to rzeczywistość – jak pisaliśmy w poprzednim numerze „Primum” – że wariant omicron, z którym związana jest trwająca V fala, jest wariantem o wiele bardziej zakaźnym niż poprzednie (co było widoczne po tym, w jak szybkim tempie wyparł on wariant delta związany z IV falą), ale dużo mniej agresywnym. I to właśnie zmniejszona agresywność wirusa w stosunku do poprzednich wariantów, jego mniejsze powinowactwo do tkanki płucnej w połączeniu ze szczepieniami ochronnymi przeciw COVID-19 i przechorowaniem go podczas poprzednich fal przez znaczną część populacji spowodowały, że w zetknięciu z tym wariantem dla większości osób przebieg zakażenia przypomina „zwykłe przeziębienie” – niespecyficzny ból gardła, bardziej uczucie drapania w gardle niż ból anginy, katar, kaszel, bóle głowy, bóle mięśniowo-stawowe, nieznacznie podwyższona tempera-

tura ciała, rzadko gorączka, raczej jej uczucie niż rzeczywista, zmierzona termometrem.

Co oczywiście nie oznacza, że możemy wirusa ignorować, bowiem nadal w grupie osób obarczonych największym ryzykiem ciężkiego przebiegu COVID-19 – osoby starsze, z chorobami przewlekłymi, osoby dializowane czy z chorobami hematologicznymi – zakażenie może być potencjalnie groźne i wymagać hospitalizacji, podaży tlenu, a nawet zakończyć się zgonem. I właśnie takie osoby są głównie hospitalizowane podczas trwającej V fali.

Stąd tak ważne jest zwrócenie uwagi na szczepienia przeciw COVID-19 – przyjęcie III dawki, przypominającej, a dla tych, którzy już to zrobili, rozważenie przyjęcia IV (po upływie 5 miesięcy od przyjęcia III). Należy pamiętać o możliwości podania leków przeciwwirusowych: molnupirawiru przez lekarza POZ lub dożylnie przeciwciał monoklonalnych – regdanvimabu w warunkach szpitalnych dla osób z grup ryzyka do 5 dni od początku objawów choroby (przypominam – nie od wykonania testu i uzyskania pozytywnego wyniku, ale od początku objawów klinicznych, czyli w okresie namnażania się wirusa w organizmie).

## KOMU REKOMENDOWANE JEST PRZYJĘCIE IV DAWKI SZCZEPIENIA PRZECIW COVID-19:

- ▶ osobom z zaburzeniami odporności w wyniku leczenia przeciwnowotworowego,
- ▶ po przeszczepie,
- ▶ z umiarkowanymi lub ciężkimi pierwotnymi niedoborami odporności,
- ▶ z zakażeniem HIV,
- ▶ przyjmującym leki immunosupresyjne,
- ▶ przewlekle dializowanym.

## ZMIANY W IZOLACJI I KWARANTANNIE:

- ▶ 7-dniowa izolacja dla wszystkich
- ▶ kwarantanna dla współdomowników osoby zakażonej wyłączenie w okresie izolacji członka rodziny
- ▶ likwidacja kwarantanny z kontaktu
- ▶ kwarantanna przyjazdowa trwa 7 dni – wyłącznie dla osób nieposiadających UCC

Przypominam, że w przypadku lekarzy i służb mundurowych izolacja może być skrócona do 5 dni od uzyskaniu negatywnego testu w kierunku SARS-CoV-2.

## CZY LIKWIDACJA KWARANTANNY I SKRÓCENIE IZOLACJI JEST BEZPIECZNE?

Kwarantanna osób z kontaktu z czynnikiem zakaźnym i izolacja osób zakażonych od lat stanowią podstawę walki z chorobami zakaźnymi. Szczególnie z chorobami o wysokiej zakaźności, z ciężkimi powikłaniami, potencjalnie śmiertelnymi, przenoszonymi drogą kropelkową. I to miało miejsce do tej pory, podczas poprzednich fal koronawirusa w Polsce. A co stało się teraz, że zmienia się strategia? A może to brak strategii? A może pewna bezsilność?

Przy tak zakaźnym wariantcie koronawirusa kwarantanna z kontaktu niestety była w dużej mierze fikcją i absolutnie nie odzwierciedlała aktualnej sytuacji epidemiologicznej. Nie da się przy obecnej infrastrukturze służb sanitarno-epidemiologicznych przeprowadzić jej w sposób prawidłowy – jest to niewykonalne i praktycznie niemożliwe w żadnych krajach. Dodajmy do tego, że służby sanitarne nie tylko zajmują się koronawirusem, ale cały czas prowadzą swoją działalność statutową. Poza tym osoby zakażone będące na izolacji ukrywały często z kim mieszkały, z kim się widziały, z kim miały kontakt. Dochodzi do tego grupa osób, które wykonały test zakupiony w aptece, drogerii czy markecie i pomimo pozytywnego wyniku nie zgłaszały go oficjalnie tylko, mam nadzieję, samoizolowały się w domach – a w tych przypadkach o kwarantannie osób z ich kontaktu nie może być mowy.

Za to skrócenie kwarantanny dla współdomowników osoby zakażonej, oczywiście jeśli ich wykazała (patrz akapit wyżej), uważam za dobre rozwiązanie – do tej pory kwarantanna takich osób trwała przez okres izolacji osoby zakażonej, czyli 10 dni plus dodatkowe 7. Wiemy, że dla wariantu omicron okres inkubacji, czyli wylegania – czas od wnikięcia wirusa do organizmu do wystąpienia objawów – jest znacznie krótszy niż dla poprzednich wariantów i wynosi średnio od 1 do 3 dni – dla pierwotnego wariantu SARS-CoV-2 z Wuhan było to średnio 7 dni, a dla wa-

riantu delta – 5. Biorąc pod uwagę to i znacznie większy potencjał zakaźny niż pozostałych wariantów, ten okres jest zupełnie wystarczający.

Skrócenie izolacji dla większości pacjentów do 7 dni wydaje się również bezpieczne, bowiem okres namnażania się wariantu omicron w organizmie wynosi średnio do 5 dni. Jednakże osoby z upośledzoną odpornością mogą ten okres mieć dłuższy, stąd należałoby indywidualnie podchodzić do okresu izolacji u takich pacjentów, zwłaszcza objawowych.

## CZY JUŻ CZAS NA ODMRAŻANIE ŁÓŻEK COVIDOWYCH?

Wydaje się, że tak, chociaż w ostatnich dwóch tygodniach zauważalny jest systematyczny, aczkolwiek bardzo powolny, wzrost liczby pacjentów wymagających hospitalizacji. Zmienił się także ich profil. W IV fali, związanej z wariantem delta, zauważalne było, że byli to głównie pacjenci niezaszczepieni, w różnym wieku, z przewagą osób starszych, z chorobami przewlekłymi. Trafiali z typowym, rozwiniętym już śródmiąższowym zapaleniem płuc, zazwyczaj w drugim tygodniu choroby, wymagali dużych ilości tlenu, wysokoprężynowej tlenoterapii czy respiratoterapii. Dużo z nich umierało. Obecnie do szpitali trafiają głównie osoby w podeszłym wieku, z wieloma chorobami współistniejącymi, gdzie często przyczyną hospitalizacji nie jest COVID-19, a zakażenie SARS-CoV-2 wykrywane jest przypadkowo. Pacjenci wymagają znacznie mniejszej ilości tlenu, znacznie rzadziej wysokoprężynowej tlenoterapii czy respiratoterapii. Częściej za to hospitalizowane są małe dzieci, u których zakażenie SARS-CoV-2 może szybko prowadzić do odwodnienia poprzez gorączkę, biegunkę i niechęć do spożywania posiłków i płynów – i to jest głównym powodem ich hospitalizacji. Na szczęście przy zastosowanym leczeniu objawowym równie szybko te objawy mijają i dziecko wraca do zdrowia.

Stąd przy obecnej rezerwie łóżek dla pacjentów dorosłych z COVID-19, po przebytych już szczytach V fali, wydaje się, że część z nich (10-20%) można już bezpiecznie zredukować, następną część po obserwacji 14-dniowej, itd. Wstrzymałbym się za to z odmrożeniem łóżek dla dzieci z COVID-19, bo przed nami ich powrót z ferii zimowych i rozpoczęcie nauki stacjonarnej.

## CZY TO JUŻ ZAPOWIADANY KONIEC EPIDEMII?

To chyba za śmiałe stwierdzenie. Na pewno jesteśmy po szczytach V fali i na pewno pod koniec marca będzie można wrócić do względnej normalności, rezygnując z pewnych obostrzeń. Ale czy ze wszystkich wzorem np. Wielkiej Brytanii lub Danii? Końców i podsumowań epidemii, jak wielokrotnie podkreślałem, było już wiele. A rzeczywistość i, bądź co bądź, krótka historia pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 nauczyła nas, że bywa on nieprzewidywalny... tak jak zresztą epidemia.

Życzymy sobie tego, żeby rzeczywiście wariant omicron był zwiastunem końca epidemii, ale nie mogę tego Państwu obiecać. Czas pokaże. Jedno jest pewne, że biorąc pod uwagę liczbę osób zaszczepionych przeciw COVID-19, liczbę osób, które przechorowały już COVID-19 lub przechorują podczas V fali, nabędziemy (lub już nabyliśmy) odporność stadną, populacyjną, co powinno zakończyć trwającą epidemię. Ale to się okaże jesienią...

**O autorze:** dr med. Paweł Rajewski, prof. WSN oZ, MBA, specjalista chorób wewnętrznych; specjalista chorób zakaźnych, hepatolog; specjalista transplantologii klinicznej, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa kujawsko-pomorskiego, kierownik Oddziału Internistyczno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy, rektor Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu.



## TROCHĘ STATYSTYKI

- ▶ **Liczba łóżek dla pacjentów z COVID-19**  
Polska: 29 513                      woj. kujawsko-pomorskie: 1548
- ▶ **Zajęte łóżka dla pacjentów z COVID-19**  
Polska: 17 617                      woj. kujawsko-pomorskie: 1036
- ▶ **Liczba respiratorów dla pacjentów z COVID-19**  
Polska: 2554                      woj. kujawsko-pomorskie: 124
- ▶ **Zajęte respiratory dla pacjentów z COVID-19**  
Polska: 1024                      woj. kujawsko-pomorskie: 61
- ▶ **Liczba zgonów od początku pandemii w Polsce: 109 509**

(dane na 18.02.2022 r.)

W cyklu artykułów „Pacjent po COVID-19” piszemy o problemach zdrowotnych jakie mogą się pojawić po przejściu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Przedstawimy je z punktu widzenia specjalistów zajmujących się różnymi obszarami medycyny i nauk pokrewnych.

# Endokrynologiczne i diabetologiczne komplikacje COVID-19



SZYMON  
SUWAŁA

Internet zalewa falą różnej jakości informacji dotyczących zakażeń SARS-CoV-2 – nic zresztą dziwnego, mając na względzie fakt, że pandemia trwa w najlepsze i poniekąd żyje nią cały Świat. Wiemy od dawna, że COVID-19, oprócz mniej lub bardziej typowych objawów ostrych, niesie za sobą ryzyko przewlekłych komplikacji ze strony różnych narządów i układów – nie inaczej jest w przypadku tarczycy, przysadki czy nadnerczy, a zatem szeroko pojętego układu endokrynnego. Przyjrzyjmy się dziś opisywanym naukowo i znanym już endokrynologom możliwym konsekwencjom zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u dotychczas zdrowych osób, w oparciu o przegląd Giuseppe Lisco i wsp., opublikowany w *Journal of Clinical Medicine*.

COVID-19 jest wysoce transmisyjną chorobą zakaźną (zwłaszcza biorąc pod uwagę jeden z ostatnich wariantów wirusa SARS-CoV-2, tj. wariant omicron), w której to wirus działa na komórki za pośrednictwem receptorów ACE2 oraz TMPRSS2, obecnych między innymi w układzie oddechowym, ale też i w endokrynnym.

## Przysadka i podwzgórze

Najczęściej opisywanymi dysfunkcjami hormonalnymi powstałymi w okresie do 3 miesięcy od zakażenia poprzednimi koronawirusami (np. SARS-CoV) były wtórne: niedoczynność kory nadnerczy i niedoczynność tarczycy, co potwierdzono w badaniach autopsyjnych. W przypadku SARS-CoV-2 brak nam jeszcze takich danych, ale wiemy, że sekwencje aminokwasowe wirusa wykazują homologię do pewnych fragmentów ACTH – cel takiej budowy wirusa jest prosty, chodzi bowiem o stłumienie odpowiedzi kortyzolowej gospodarza w reakcji na inwazję wirusa, ale może to być też mechanizm indukujący wtórną niedoczynność kory nadnerczy. To hipoteza trudna do potwierdzenia, mając na uwadze, że już na wczesnych etapach objawowego COVID-19 stosuje się leczenie z użyciem glikokortykosteroidów (np. budesonid wziewnie) – konieczne są zatem dalsze obserwacje. Autorzy przeglądu zaznaczają, że – jak niemal zawsze w przypadku leczenia z użyciem GKS (zwłaszcza w wyższych dawkach) – nie należy ich gwałtownie odstawić.

Opisywane są też przypadki wystąpienia moczówki prostej centralnej po przechorowaniu COVID-19 (jako następstwa encefalopatii na tle hipoksemicznego), tudzież moczówki prostej nerkowej (dotychczas opublikowane doniesienia dotyczyły sytuacji z nadmiernie długą ekspozycją na sedację sewofluranem u krytycznie chorych pacjentów po intubacji dotchawiczej).

## Tarczyca

Przypadki schorzeń będących powikłaniami tarczycowymi COVID-19 są najlepiej udokumentowane. Niemal od początku pandemii wiemy, że zakażenie SARS-CoV-2 jest czynnikiem

ryzyka choroby de Quervaina (podostre zapalenie tarczycy, typowo występujące w przebiegu kilku tygodni od infekcji wirusowej) oraz autoimmunologicznych zapaleń tarczycy (częściej choroby Hashimoto, nieco rzadziej choroby Graves’a-Basekowa). Ma to związek najpewniej z opisywaną przeze mnie w poprzednim numerze przy okazji cukrzycy teorią biernego obserwatora i mimikry molekularnej. Ponadto wirus SARS-CoV-2 może indukować tzw. „burzę cytokinową”, w trakcie której najczęściej dochodzi do pogorszenia stanu ogólnego pacjentów – przejawia się to zwiększeniem poziomu cytokin, m.in. IL-1β, IL-2, IL-6, IL-7, IL-8, IL-9, IL-10, IL-17, G-CSF, GM-CSF, IFNγ, TNFα, IP10, MCP1, MIP1A i MIP1B, z wtórnym wpływem na limfocyty T, B i NK – i choć nie wszystkie z tych cytokin stanowią problem wiążący się z możliwością rozwoju, progresji lub zahamowania remisji chorób autoimmunologicznych, część niestety tak.

## Przysadka i gospodarka wapniowo-fosforanowa

Wapń odgrywa rolę w zakażeniu COVID-19, gdyż jest zaangażowany w transport i fuzję wirusa z błoną komórkową. Nie opisywano dotychczas, by COVID-19 wpływał negatywnie na przysadkę, jednak infekcja u osoby z hipokalcemią na tle choroby endokrynologicznej najczęściej wiązała się z cięższym przebiegiem, większym ryzykiem niewydolności wielonarządowej i wyższą śmiertelnością.

## Nadnercza

W przypadku infekcji poprzednim wirusem SARS-CoV w badaniach autopsyjnych stwierdzano zwyrodnienie i martwicę komórek kory nadnerczy. Ponieważ receptory ACE2 wykazują silną ekspresję w obrębie nadnerczy, uważa się, że konsekwencje infekcji COVID-19 mogą być podobne – dotychczas w niewielkiej liczbie prac opisywano zmiany naczyniowe sugerujące możliwość wystąpienia ostrego uszkodzenia tych narządów na tle ŻChZZ lub krwotoku do nadnerczy.

## Gonady

Gonady męskie wykazują dużą podatność na uszkodzenie na skutek zakażenia wirusem SARS-CoV-2. W dotychczas opublikowanych badaniach azjatyckich dowiedziono, że przechorowanie COVID-19 może skutkować pogorszeniem jakości nasienia (w zależności od źródła: spadek liczby plemników nawet o 60%, kryptozoospermia i wysokie stężenie IL-8).

To oczywiście wybitnie skrócone podejście do zagadnienia endokrynologicznych powikłań COVID-19. Zainteresowanych odsyłam do artykułu źródłowego (ew. nowszych przeglądów systematycznych i metaanaliz): doi: 10.3390/jcm10132920



# Najpierw pacjent, potem lekarz

W numerze „Primum” z przełomu grudnia i stycznia profesor Władysław Sinkiewicz odniósł się do opinii grona koleżanek i kolegów podnoszących konieczność kierowania się w pracy lekarza przepisami prawa, etyki lekarskiej oraz obiektywnej wiedzy medycznej opartej na faktach. W swoim głosie w dyskusji profesor Sinkiewicz podkreśla miejsce i wagę sprzeciwu sumienia oraz światopoglądu lekarza w procesie leczenia. Pan profesor przytacza też zapisy prawa i kodeksu etyki lekarskiej umożliwiające stosowanie sprzeciwu sumienia lekarzom w Polsce.

**MAREK  
ROGOWSKI**

**Nie zgadzam się, podobnie jak autorzy pierwszego listu (Primum 6/7 2021), by sprzeciw sumienia i światopogląd lekarza miały odgrywać tak istotną rolę w naszym życiu zawodowym.**

Przy obecnym brzmieniu prawa i kodeksu etyki lekarskiej jasnym jest, że sprzeciw sumienia pozostaje wyjątkiem od reguły, incydentem w życiu lekarza, którego zastosowanie jest obwarowane szeregiem warunków. Pierwszym i najważniejszym z nich jest konieczność udzielenia pomocy lekarskiej w przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Sumienie i światopogląd lekarza przestają mieć wtedy jakiegokolwiek znaczenie – ważny pozostaje pacjent i jego zdrowie i życie. Warunkami porządkowymi pozostają: konieczność odnotowania faktu zastosowania klauzuli sumienia w dokumentacji medycznej pacjenta, a w przypadku lekarza zatrudnionego na podstawie stosunku pracy albo w ramach służby – obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

### **SALUS AEGROTI SUPREMA LEX**

Powyższa tacińska максима w większej części definiuje podstawy etycznego postępowania lekarza wobec pacjenta. W pozostałej części są

nimi ogólne zasady etyczne i wynikające z nich prawa człowieka – tak przynajmniej opisuje idealną postawę etyczną lekarza kodeks etyki lekarskiej. Czy możemy wyróżnić dominujący czy najbardziej pożądany światopogląd wśród lekarzy? Czy pośród tysięcy postaw etycznych religijnych i pozareligijnych jest ta idealna? – świat stworzył w końcu około 6000 rozmaitych wierzeń i religii. To właśnie mnogość światopoglądów sprawia, że naturalnym mianownikiem dla zasad, którymi powinien kierować się lekarz w swojej pracy, są ogólne zasady etyczne. Ba, nie mamy prawa wymagać od nikogo, żeby jego światopogląd był spójny i pokrywał się z jakąkolwiek konkretną, skodyfikowaną postawą etyczną. 187 zarejestrowanych w Polsce wspólnot i wyznań stwarza rozległe możliwości do skorzystania z opisanego systemu etycznego czy moralnego, jednak w przypadku lekarza prawem nadrzędnym pozostaje dobro pacjenta.

### **PRZYSIĘGA HIPOKRATESA TEKSTEM HISTORYCZNYM**

Pan profesor odwołuje się do przysięgi Hipokratesa, która według niego – cyt: „wciąż pozostaje aktualna”. Tymczasem obecnie przysięga Hipokratesa jest tekstem o znaczeniu historycznym, a przysięga składana przez adeptów medycyny nosi nazwę przyrzeczenia lekarskiego i opiera się na deklaracji genewskiej, dla której, owszem, inspirację stanowiła przysięga Hipokratesa. Próżno jednak szukać we współczesnym tekście adresowanego do lekarzy zakazu usuwania kamieni z dróg moczowych czy zakazu pobierania opłat w przypadku przekazywania wiedzy młodszym kolegom. Ten pierwszy stanowiłby spory problem dla specjalistów urologów, drugi byłby pewną niezręcznością dla nauczycieli akademickich czy wykładowców niezliczonych kursów medycznych.

*O autorze: lek. dent. Marek Rogowski – prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego Oddział Bydgoszcz, przewodniczący Rady Programowej Primum, członek ORL BIL*

REKLAMA

**Zapraszamy**

**do BIURA RACHUNKOWO-PODATKOWEGO**



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

**BIURO RACHUNKOWE**



*Kancelaria Podatkowa*

*Grygier i Wspólnicy sp. jawna*

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

# Marihuana

## – niebezpieczny narkotyk czy dobry lek?

W ostatnim miesiącu ponownie powrócił jak bumerang temat marihuany, i to w aspekcie medycznym, społecznym oraz prawnym. Trwający dyskurs społeczny w tej kwestii rzadko kiedy przybiera formę merytorycznej dyskusji, częściej odzwierciedla prywatne opinie, bazujące na emocjach, pozbawione racjonalnej argumentacji. W debatach publicznych obserwujemy dwa bieguny skrajnie sprzecznych poglądów. Z jednej strony wyraźną tendencję do penalizacji posiadania nawet niewielkiej ilości marihuany na użytek własny, z drugiej zaś do całkowitej liberalizacji prawa. Logicznym następstwem przemawiającym za zaostrzeniem kar byłoby adekwatne zmniejszenie liczby osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Kara bowiem powinna mieć przede wszystkim znaczenie prewencyjne. Czy tak jest? Otóż w tym przypadku – nie. Wystarczy porównać dwie całkowicie różne regulacje prawne obowiązujące w Singapurze i Szwajcarii. Drastyczne zaostrzenie kar wcale nie chroni przed uzależnieniem. A to powinno być naszym nadrzędnym celem. Problem jest o wiele bardziej złożony. Od wielu lat prowadzę w Katedrze Farmakologii seminaria z patomechanizmów uzależnień od substancji psychoaktywnych. Problem ten dotyczy często młodych osób w wieku 20–30 lat i jego analiza musi być wielopłaszczyznowa. Zawsze powtarzam, że nadużywanie substancji psychoaktywnych to tylko skutek, nigdy nie przyczyna. Istotne zatem wydaje się dotarcie do źródła problemu. Dlaczego młody człowiek sięga po te substancje? Co w jego życiu się wydarzyło czy też jakie problemy ma, aby zaburzać rzeczywisty odbiór świata i samego siebie?

**MICHAŁ  
WICIŃSKI**

Marihuana to susz pozyskiwany z roślin rodzaju *Cannabis*. Głównym surowcem są kwiatostany żeńskie. Rośliny te są prawdopodobnie jednymi z najwcześniej udomowionych. Już w epoce neolitu służyły do produkcji lin, tkanin, butów, a z ich nasion tłoczono olej. Bliskim krewnym konopi jest chmiel wykorzystywany do produkcji piwa. Jednak ze względu na zawartość substancji psychoaktywnych, to nie chmiel, a marihuana wzbudza tak wiele skrajnych emocji. Dwa najczęściej zadawane pytania dotyczące marihuany to: czy marihuana szkodzi? i czy marihuana jest skuteczna w terapii wybranych jednostek chorobowych? Odnoszę wrażenie, że często w przekazach medialnych fakty mylą się z opiniami, emocje starają się ukryć brak wiedzy, a wewnętrzna wiara we własne przekonania wydaje się być silniejsza niż twarde dane na-

ukowe. Przeciętny odbiorca, niezwiązany z tematem, w tym natłoku sprzecznych informacji może czuć się nieco zagubiony.

### UZALEŻNIENIE PSYCHICZNE VS FIZYCZNE

W literaturze przedmiotu znajdujemy różne podziały substancji psychoaktywnych ze względu na rodzaj wywołanego uzależnienia. Powinniśmy jednak spojrzeć na to w aspekcie praktycznym, bez zbędnego ingerowania w definiowanie. Jakie to ma znaczenie dla przeciętnego odbiorcy? Podziały te są tak naprawdę niejednoznaczne i często umowne. W jednej publikacji dana substancja zostanie zakwalifikowana jako uzależniająca psychicznie, bez klinicznych aspektów uzależnienia fizycznego, z kolei inni autorzy przedstawiają spójne dowody negujące taki obraz uzależnienia.

Uzależnienie fizyczne opiera się na zupełnie innych mechanizmach patofizjologicznych. Wiąże się *stricte* z chęcią zażywania przez osobę uzależnioną danej substancji tak samo jak w przypadku uzależnienia psychicznego. Natomiast niedostępność danej substancji wywołuje objawy związane z aktywacją układu współczulnego, czyli w pewnym uproszczeniu – zespół odstawienia. U tych pacjentów bardzo często obserwujemy: rozszerzenie źrenic, nadmierną potliwość, tachykardię, stany spastyczne jelit, bóle w klatce piersiowej oraz zaburzenia rytmu serca. Często też dochodzi do zaburzeń w obrębie osi RAA. Bardzo istotny w przypadku uzależnienia fizycznego jest fakt, że nagłe odstawienie substancji uzależniającej może być tak samo niebezpieczne jak jej dalsze zażywanie. Dlatego leczenie w ośrodkach zamkniętych wiąże się z wprowadzeniem terapii substytucyjnej poza równoległe prowadzoną psychoterapią. Osoby uzależnione przyjmują leki, które również posiadają pewien potencjał uzależniający, lecz w porównaniu z używką stanowiącą źródło problemu ryzyko to możemy uznać za znikome. Takie postępowanie terapeutyczne pozwala zmniejszyć ryzyko wystąpienia zespołu odstawienia.

### NARKOTYKI MIĘKKIE VS NARKOTYKI TWARDE

Często w programach publicystycznych oraz, co gorsza, w publikacjach naukowych przyjęto się stosowanie pojęć: narkotyki miękkie i twarde. Określenia te są bardzo nieprecyzyjne. Nie ma żadnych naukowych podstaw, by taką klasyfikację stosować. Co więcej – taka klasyfikacja może być zwyczajnie szkodliwa.

Większość odbiorców intuicyjnie zrozumie takie definiowanie, traktując narkotyki miękkie jako substancje stosunkowo bezpieczne – można je zażywać, bo ryzyko uzależnienia jest stosunkowo niskie. Oczywiście w porównaniu z tzw. twardymi narkotykami, jak kokaina, amfetamina czy heroina, te uzależniają wolniej. Ale czy ma to jakieś realne znaczenie w terapii osób zmagających się z problemem uzależnień? Uważam, że nie. Należy poruszyć tę kwestię, gdyż narkotyki miękkie są znacznie bardziej podstępne, bo istnieje większe przyzwolenie społeczne na ich zażywanie. Zawsze z punktu widzenia toksykologii klinicznej możemy porównać dwie szkodliwe substancje, z których jedna wykazuje mniejsze ryzyko uzależnienia czy zatrucia ostrego. Ale czy to upoważnia nas do stwierdzenia, że ta teoretycznie bezpieczniejsza substancja jest dobra? Myślę, że taka interpretacja jest błędna. Pojawiają się opinie, że alkohol bar-



dziej szkodzi niż marihuana. Ale czy to usprawiedliwia i tłumaczy zażywanie którejkolwiek używki? To tak jakby wybierać między złym a „mniej gorszym”. Dzisiaj medycyna nie ma zbyt wiele do zaoferowania w obszarze skutecznych metod leczenia uzależnienia psychicznego od substancji psychoaktywnych. Sama farmakoterapia powstrzyma kompulsywne zachowania towarzyszące uzależnieniu. Skuteczność leków zmniejszających chęć zażycia danej substancji bez jednocześnie prowadzonej psychoterapii wydaje się znacznie mniej efektywna. Dlatego zawsze należy pamiętać o symultanicznym podejściu do problemu w obu jego aspektach.

## MECHANIZM UZALEŻNIEŃ – UKŁAD NAGRODY

To, że uzależniamy się od związków chemicznych, wynika z działania układu nagrody, który stanowi część układu limbicznego mózgu. Trzy anatomiczne struktury szlaku mezolimbicznego to: kora czołowa (FC), jądro półleżące (NAC) i pole brzuszne nakrywki (VTA). Najważniejszym neuroprzekaznikiem tego układu, aktywowanym bodźcem wyzwalającym kompulsywne zachowania i postępujące uzależnienie, jest dopamina. Oczywiście patrząc na liczne publikacje ostatnich lat, skupienie się na samym sprzężeniu dopaminergicznym wydaje się mało precyzyjne i pomija istotność innych molekuł. Niemniej świadomie przyjąłem tak daleko idące uproszczenie dla zrozumienia istoty problemu. To właśnie ten neuroprzekaznik odpowiada za subiektywne poczucie szczęścia, satysfakcję i chęć zdobycia danej substancji. Takim bodźcem wyzwalającym wyrzut dopaminy może być też pokarm, seks, hazard a nawet gry komputerowe. Euforia „dopaminergiczna” nigdy nie da nam jednak szczęścia, z punktu widzenia neurobiologii należy spojrzeć na to w aspekcie motywacji i kompulsywnych zachowań. Liczne bodźce, w tym THC zawarte w marihuanie, poprzez aktywację receptorów CB1 w strukturach mezolimbicznych indukują wyrzut dopaminy. To właśnie to sprzężenie pomiędzy receptorami CB1/D2 wiąże się z ryzykiem uzależnienia. Patrząc na główne mechanizmy regulujące desensytyzację neuronalną, logicznym następstwem wydaje się zwiększenie częstości zażywania THC, bowiem wyrzut dopaminy w odpowiedzi na wcześniej stosowane dawki kannabinoidów będzie zmniejszony. Zatem zaspokojenie układu nagrody na poziomie molekularnym musi wyzwolić kompulsywne zachowania mające na celu zwiększenie stężenia THC w surowicy. Praktycznie w każdym przypadku uzależnienia patomechanizm wyzwalający ten proces jest identyczny, różni się tylko bodziec, który je indukuje.

Ryzyko uzależnienia zależy od wielu czynników i w praktyce nieźmiernie trudno je określić. Bo co oznacza stwierdzenie – osoby predysponowane? Możemy oczywiście wymieniać różne czynniki socjoekonomiczne i genetyczne, jednak nigdy nie wiemy, kto ostatecznie będzie się zmagał z problemem. Przykładowo, kobiety uzależniają się dwukrotnie szybciej niż mężczyźni. Nie znaczy to jednak, że w populacji będziemy mieli dwa razy więcej uzależnionych kobiet niż mężczyzn od substancji psychoaktywnych. Wprost przeciwnie. Wiemy też, że pewne mutacje w obrębie receptorów dopaminergicznych D2 i D4 wiążą się z większym ryzykiem uzależnienia psychicznego i fizycznego. Jednak wartość takich informacji w realnej praktyce klinicznej wydaje się mało istotna. Reasumując, każdy z nas jest potencjalnie narażony na uzależnienie, a określenie ryzyka wydaje się fikcyjną i iluzoryczną granicą, tłumaczącą często niekontrolowane zachowania.

## ZAGROŻENIA ZWIĄZANE Z ZAŻYWANIEM MARIHUANY

Szkodliwość społeczna trzech najczęściej stosowanych używek – alkoholu, tytoniu i marihuany w globalnym ujęciu wydaje się bardzo wysoka. Oczywiście zawsze oponenci znajdą w całej gamie szkodliwych substancji znacznie bardziej niebezpieczne, opierając się skądinąd na pozornie słusznym dowodzie, jakiego dostarcza analiza współczynników toksykologicznych dla każdej z nich. To społeczne zagrożenie wynika z ogólnodostępności alkoholu, tytoniu i marihu-

any. Niska cena tych substancji i łatwy dostęp skutkuje tym, że uzależnienie od marihuany jest znacznie bardziej powszechne niż uzależnienie od heroiny czy kokainy. Według raportu Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii z 2020 r. z powodu uzależnienia od marihuany leczyło się 135 000 pacjentów, co stanowiło ponad 30% wszystkich uzależnień.

Fakt, że marihuana wykazuje stosunkowo niską szkodliwość dla organizmu i praktycznie minimalne ryzyko zatrucia ostrego, nie upoważnia nas do używania określenia – relatywnie bezpieczna. W całym dyskursie zabrakło jednoznacznego określenia „czysta marihuana”, a założenie, że z taką mamy do czynienia w Polsce, jest po prostu błędne. Preparaty dostępne z nielegalnych źródeł są wzbogacane pochodnymi katecholamin, wzmagając w ten sposób uzależniające działanie THC na układ nagrody. Według ostatniego raportu ESPI tylko 12 do 15% sprzedawanych nielegalnie preparatów marihuany było wolnych od dodatkowych substancji psychoaktywnych. Według ostatnio opublikowanych danych od 2006 r. stężenie THC w marihuanie wzrosło dwukrotnie w tych preparatach. Stanowi to w mojej ocenie dość niebezpieczny kierunek i wyraźny trend związany z coraz większą liczbą, zwłaszcza młodych, osób sięgających po marihuanę.

Legalność marihuany stanowi od lat źródło wielu mitów. W żadnym z krajów Europy marihuana nie jest w pełni legalna jako używka, poza oczywistymi wskazaniem medycznymi. Nawet w liberalnej Holandii i Belgii prawo przemilcza pewne nieścisłości i raczej jednoznacznie nie odnosi się do nich. Praktycznie rządy obu państw przyjęły liberalne stanowiska w tej kwestii. Na świecie tylko w Kanadzie oraz niektórych stanach USA, RPA i kilku mniejszych państwach marihuana została zalegalizowana do celów pozamedycznych. Do tych krajów nie należy Korea Północna, choć takie informacje były wielokrotnie publikowane.

## MARIHUANA MEDYCZNA – THC I CBD

Mówiąc o marihuanie medycznej należy podkreślić, że jest ona wyrabiana z czystego surowca o określonym składzie i znanym stężeniu poszczególnych substancji psychoaktywnych. Konopie zawierają ponad 400 różnych związków, w tym około 60 należących do kannabinoidów. Dwa najważniejsze z nich to THC (tetrahydrokannabinol) i CBD (kannabidiol).

Działanie THC i CBD często wydaje się bardzo podobne, ale pomiędzy związkami dostrzegamy istotne różnice, zarówno w działaniu narządowym, jak i wpływie na CSN i układ nagrody. THC charakteryzuje wyraźne działanie przeciwbólowe, relaksacyjne, przeciwwymiotne oraz przeciwzapalne. CBD posiada podobne właściwości, dodatkowo z istotną komponentą przeciwzapalną. Oprócz tego wykazuje też właściwości antyoksydacyjne i silniejsze niż THC działanie przeciwdrgawkowe. Istotna w aspekcie klinicznym różnica między tymi związkami wynika z ich oddziaływania na układ nagrody i stymulację dopaminergiczną. Otóż CBD w przeciwieństwie do THC nie wpływa na te struktury, co czyni ten związek bezpiecznym i pozbawionym potencjału uzależniającego. Dlatego właśnie preparaty zawierające CBD są legalne w wielu krajach, w tym także w Polsce.

## MARIHUANA W MEDYCYNIE

Podstawowe działanie farmakologiczne marihuany, wykorzystywane od lat w medycynie, wynika z właściwości przeciwbólowych THC. Istnieją dowody naukowe, poparte randomizowanymi badaniami klinicznymi, z których wynika, że stosowanie marihuany w terminalnym stadium choroby nowotworowej u pacjentów wymagających włączenia analgetyków z drugiego czy trzeciego stopnia drabiny analgetycznej wiąże się z mniejszym w dziesięciostopniowej skali odczuwaniem bólu. Często takie postępowanie, a dysponujemy zarówno gotowymi, jak i recepturowymi preparatami farmaceutycznymi, pozwala na zredukowanie dawek opioidów i osiągnięcie wyraźnej poprawy jakości życia tych chorych.



Dokończenie ze s. 15

W przypadku bólu o innej etiologii takimi danymi niestety nie dysponujemy. Leczenie migrenowego bólu głowy bazuje na standardowej farmakoterapii środkami przeciwbólowymi z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych oraz tryptanami w cięższych przypadkach. Nie ma żadnych przesłanek, by na podstawie aktualnej wiedzy rekomendować włączenie kannabinoidów w terapii migren. Takie postępowanie nie znajduje racjonalnego uzasadnienia.

Również problematyczne wydaje się uznanie medycznej marihuany w profilaktyce czy terapii zaburzeń psychicznych. Co więcej, istnieją dowody, że THC zwiększa ryzyko pierwszego epizodu psychiatrycznego u osób predysponowanych. Podjęto próby włączenia preparatów zawierających wysokie stężenie THC/CBD u pacjentów ze zdiagnozowaną depresją, objętych standardowym leczeniem, głównie SSRI. Uzyskane wyniki nie pozwoliły na jednoznaczną interpretację, jednak w większości przypadków nie zaobserwowano istotnej klinicznie poprawy.

Obiecujące wyniki badań z zastosowaniem medycznej marihuany widzimy w grupie pacjentów z chorobami neurodegeneracyjnymi. U chorych ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera marihuana poprawia apetyt, samopoczucie i ułatwia zasypianie. Nie hamuje progresji choroby i nie wpływa na rokowania, podobnie jak inhibitory acetylocholinoesterazy (IAChE) i memantyna. Leczenie takie należy traktować jako ciekawą i dobrą alternatywę, mającą na celu przede wszystkim poprawę jakości życia. U pacjentów z chorobą Parkinsona stosowanie marihuany wraz ze standardową terapią dopaminergiczną (L-DOPA/agonista receptorów D) zmniejsza spastyczność mięśni szkieletowych, dając istotną poprawę w codziennym funkcjonowaniu. Ten korzystny efekt został potwierdzony kilkoma metaanalizami i dzisiaj nie powinien już budzić żadnych kontrowersji.

Do podobnych wniosków dochodzimy u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (SM), gdzie progresji choroby często towarzyszą stany spastyczne. Leczenie biologiczne w praktyce nie wyklucza możliwości stosowania medycznej marihuany. Jednocześnie taka interwencja nie wpływa na proces demielinizacji oraz wydłużenie okresów remisji.

W dostępnych bazach naukowych znajdujemy kilka istotnych opracowań podejmujących kwestię zastosowania marihuany w leczeniu spektrum autyzmu i stresu pourazowego. Badania te nie wnoszą nic istotnego do realnej praktyki, toteż stosowanie kannabinoidów w tym przypadku jest nieuzasadnione.

Do wartościowych wniosków doszli badacze z USA i Kanady, analizując zasadność włączenia marihuany leczniczej u pacjentów chorych na epilepsję. Poprzez działanie na poziomie rdzenia THC zmniejsza ryzyko gwałtownej depolaryzacji neuronów, wykazując

działanie synergiczne z lekami blokującymi kanały sodowe i aktywującymi przewodność GABA-ergiczne. Szczególnie u dzieci zauważono wyraźną poprawę stanu klinicznego oraz istotną redukcję częstości napadów. W przypadku padaczki lekoopornej taką terapię należy zdecydowanie rozważyć.

## CHOROBY NOWOTWOROWE – SPRZECZNE WYNIKI, RÓŻNE MECHANIZMY

Wpływ kannabinoidów na proces metastazy może być często błędnie interpretowany. Publikacje naukowe dostarczają pozornie wykluczających się wyników i brak jednoznacznych konkluzji. Podczas gdy jedni badacze dowodzą, że wysokie stężenie THC hamuje rozwój guzów, inni jednoznacznie oponują, wskazując antyapoptyczne działanie kannabinoidów. Wyniki tych badań, chociaż różne, nie wykluczają się wzajemnie.

U podstaw tego zjawiska leży mechanizm działania dwóch typów receptorów wiążących kannabinoidy: CB(1,2)R i VR (receptory waniloidowe). CB1 i CB2 to receptory należące do grupy GPCRs. Ligandy pobudzające te receptory powodują ostatecznie wzrost cAMP/PKA, aktywację JAK, PKB. Kinazy te indukują proliferację komórek i tym samym umożliwiają naciekanie błon podstawnych i tworzenie przerzutów. Endogennym agonistą tych receptorów nie jest THC ale anandamid – lipidowy neuroprzekaznik odkryty w latach 90. THC poprzez zbliżoną strukturę biochemiczną aktywuje te same receptory co anandamid. Ten lipidowy przekaznik wykazuje też powinowactwo do receptorów V (tak samo jak THC). Ich aktywacja, w przeciwieństwie do CB(1,2)R, poprzez wewnątrzkomórkowy wzrost stężenia jonów wapnia, cytochromu C i aktywacji układu kaspaz, prowadzi do apoptozy komórki. Zatem dysponujemy dwoma mechanizmami, przez które THC może wywierać przeciwne efekty. Ten bardzo skrócony opis komplikuje nam jeszcze bardziej zrozumienie działania THC na poziomie komórkowym. Być może punktem wyjścia do przewidzenia potencjalnego działania powinno być stężenie CB(1,2)R/V w danym typie komórek nowotworowych.

Trzeba jednak jasno zaznaczyć, że brak jest dowodów klinicznych stwierdzających, by kannabinoidy miały wpływ na pięcioletnią przeżywalność w jakimkolwiek typie nowotworu. Takie błędne informacje bardzo często odnoszą się do glejaków wielopostaciowych, zwłaszcza w publikacjach powszechnie uznanych za pseudonaukowe. W aspekcie chorób nowotworowych powinniśmy traktować kannabinoidy jako leki poprawiające jakość życia, głównie poprzez działanie przeciwbólowe i uspokajające.

Zachęcam, aby w całej tej polemice jasno określić granicę – marihuana medyczna i marihuana jako używka. Nie możemy poprzez daleko idące uproszczenia wynikające z błędów metodologicznych mówić o faktach, które ostatecznie nimi nie są. Marihuana w wielu sytuacjach klinicznych spełniła nasze oczekiwania, jednak nie we wszystkich. I tam gdzie dysponujemy rzeczowymi dowodami na jej skuteczność, możemy bezpiecznie ją stosować.

**O autorze:** dr hab. n. med. Michał Wiciński, prof. UMK, od wielu lat zajmuje się farmakologią eksperymentalną z zakresu neurofarmakologii, chorób układu krążenia oraz teorią 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. studentów CM UMK.

Piśmiennictwo dostępne u autora.



# Medyczna marihuana

## – już nie taka straszna

Marihuana medyczna została w Polsce zalegalizowana w listopadzie 2017 r. Wcześniej pacjenci też mieli szansę leczyć się tym produktem, ale nie było to łatwe – leki można było sprowadzać z zagranicy w ramach importu docelowego (nie były refundowane), ewentualnie ratować się, stosując konopie hodowane nielegalnie, co nie było całkiem bezpieczne, choćby ze względu na zanieczyszczenia suszu czy możliwość wejścia w konflikt z prawem. Pod koniec 2012 r. sytuacja trochę się poprawiła – Polska zarejestrowała Sativex.

Już po legalizacji – w połowie 2018 r. do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych wpłynął wniosek o dopuszczenie do obrotu na terenie kraju suszu Red nr 2 (THC 19%, CBD <1%) firmy Spectrum Cannabis (obecnie Spectrum Therapeutics), która na decyzję o rejestracji czekała pół roku. Krótco potem – sprowadzany z Kanady – produkt trafił do hurtowni farmaceutycznych i aptek posiadających recepturę (od początku 2019 r. do dziś Spectrum wprowadziło na polski rynek ponad 300 kg kwiatów konopi), a część lekarzy zaczęła stosować w terapii medyczną marihuanę. Przez jakiś czas wszystko przebiegało bez zakłóceń – w pewnym momencie susz zniknął z aptek, zmuszając pacjentów do przerwania kuracji. W końcu się pojawił, ale dostawy stały się rzadsze i mniej regularne.

Sytuację poprawił nowy importer – Aurora Europe GmbH, która wprowadziła na rynek w marcu 2020 r. swój pierwszy produkt: Cannabis Flos THC 20% CBD 1%. Aktualnie na rynku obecne są 4 produkty Aurory i 1 Spectrum, przy czym – jak informuje country manager firmy Tomasz Witkowski – Spectrum planuje wprowadzić kolejne dwa

produkty na przełomie marca i kwietnia br. Jeden o wysokiej zawartości THC, drugi – o zbilansowanym stosunku THC do CBD.

Dostępność marihuany leczniczej poprawiła się, ale wciąż mogłoby być lepiej. Według Marcina Piątka – kierownika jednej z bydgoskich aptek ogólnodostępnych i wiceprezesa Pomorsko-Kujawskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej – zależy ona praktycznie wyłącznie od sprawności dystrybutorów importujących preparaty. Ale nie bez winy jest również umiejscowienie apteki. Placówki położone niedaleko centrów medycznych leczących marihuaną lub praktyk, w których lekarze zlecają tego typu kuracje – na co dzień dysponują suszem. Inne zazwyczaj nie mają go na stanie, bo – jak twierdzi Piątek – Apteki zatowarowują się lekami, na które jest zapotrzebowanie wśród lokalnej społeczności. A w przypadku produktów wydawanych z przepisu lekarza, samo zainteresowanie pacjentów lekami nie wystarczy. Znaczenie ma również niechęć sporej grupy lekarzy do wystawiania recept na tego typu środki oraz cena produktu – która uległa niewielkiemu obniżeniu (suszu początkowo uznano za surowiec farmaceutyczny, co skutkowało 23-proc. stawką VAT, obecnie uznaje się ją za produkt leczniczy, któremu przysługuje VAT 8-proc.) – i dzisiaj, w zależności od apteki, zapłacimy za nią w granicach 50–70 zł.

Powoli przyzwyczajamy się do medycznej marihuany – krok za krokiem zwiększa się jej dostępność, liczba stosujących ją lekarzy i leczonych nią pacjentów, a także akceptacja dla tego typu lekarstw i leczenia, wzrosło również przyzwolenie na uprawę w kraju, nawet wśród rządzących, co powinno obniżyć koszty terapii i być może poprawić regularność dostaw. Kto wie, może wreszcie do tego dojdzie...

REKLAMA

## Biuro Rachunkowe PLUS

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

Zadzwoń: **663 126 762**

biuroplus@biuroplus.net.pl  
[www.biuroplus.net.pl](http://www.biuroplus.net.pl)  
Bydgoszcz, ul. Karłowicza 22

### Answers to questions Quiz page 24



- 1.a.** – białe i niebieskie kotnierzyki, odwołanie do pracowników fabryk z początku XX w., to wyrażenie ma bardzo silne odwołania do społeczno-ekonomicznej klasowości.
- 2.a.** – czarno na białym to zdecydowanie „na piśmie”.
- 3.b.** – to wyrażenie przywołuje mi na myśl kalkę stosowaną niegdyś do robienia kopii.. i tak też kojarzy mi się z ogromną ilością biurokratycznego galimatiasu, jakże obecnego w naszym kraju...
- 4.a.** – kolory oznaczają „tęczę siniaków”, która pojawia się po walce...
- 5.a.** – łatwo wyobrazić sobie „egipskie ciemności”, jakie zapadają po awarii prądu...
- 6.b.** – to wyrażenie można skojarzyć z piłką nożną i „czerwoną kartką” – tutaj dosłownie różowa karteczka. Inne powszechnie używane wyrażenia oznaczające zwolnienie z pracy to: „get the sack – be given the sack, get/be fired, get/be laid off”.
- 7.a.** – gdy popadamy w niełaskę, to w Polsce trafiamy na „czarną listę”, po ang. w „czarne księgi”.
- 8.b.** – niebieska wstążka oznacza nic innego niż elitę, wybrańców, po prostu crème de la crème.
- 9.b.** – choć brązowy kolor ma swój urok, dla wielu oznacza nudę i tak można to skojarzyć 😊
- 10.b.** – „żeglować pod fałszywą, przekolorowaną banderą”, tudzież być jak wilk w owczej skórze.

# Na stare problemy

## nowa konstytucja dla zdrowia?

30 grudnia 2021 r. minister zdrowia przedstawił do publicznej konsultacji projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, zwany potocznie konstytucją dla zdrowia. Nowa regulacja wraz z uzasadnieniem to 152 strony. Nie sposób do tak obszernego dokumentu odnieść się w krótkim artykule, a co istotniejsze – pokusić się o głębszą analizę. Jest to projekt, którego szczegółowe postanowienia w toku prac parlamentarnych mogą ulec modyfikacji. Poniżej krótkie odniesienie się do ww. projektu, który dla większości naszych koleżanek i kolegów pracujących poza systemem szpitalnym w codziennej pracy nie ma większego znaczenia praktycznego, a na pracujących w szpitalach może mieć wpływ pośredni.

MAREK  
LEWANDOWSKI

### Co zatem było podstawą powstania projektu? Czy nam, szpitalnikom, pomoże?

Diagnoza zawarta w punkcie I uzasadnienia *Potrzeba i cel projektu ustawy* wskazuje w aktualnym systemie ochrony zdrowia kilka podstawowych problemów:

- hamująca rozwój szpitali pogarszająca się ich sytuacja finansowa (w uzasadnieniu projektu czytamy – *zobowiązania wymagalne podmiotów oraz zobowiązania na spłatę kredytów i pożyczek na koniec I kwartału 2021 r., czyli drugiego roku pandemii, wyniosły 9,1 mld zł*);
- istniejąca konkurencja pomiędzy szpitalami działającymi na tym samym terenie z powodu m.in.: różnych podmiotów tworzących, utrzymywania w sposób ciągły podwyższonej gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (ciągle dyskutowany problem nieformalnego dzisiaj dzielenia na danym terenie ostrych dyżurów pomiędzy poszczególnymi podmiotami czy też opcja druga – wszystkie podmioty pracują w tzw. ostrym dyżurze w sposób ciągły);
- ograniczenie katalogu źródeł finansowania dla SP ZOZ w świetle wyroku TK z 20 listopada 2019 r. – sygn. akt K 4/17 (wspomnieć należy, że obowiązek pokrywania straty netto SP ZOZ przez jednostkę samorządu terytorialnego, która jest podmiotem tworzącym dla tegoż SPZOZ, jest niezgodny z konstytucją);



- brak skoordynowanych działań zarządczych w sytuacji kryzysu (różne podmioty tworzące), brak koordynacji opieki nad pacjentem na danym terenie (koleżanki i koledzy pracujący w zawodzie długo pamiętają, że tę funkcję spełniały kiedyś ZOZ-y mające w swoich strukturach poradnie i szpital działający w danym rejonie zaopatrzenia – w Bydgoszczy ZOZ nr 1 i nr 2).

### To tyle o przyczynach powstania, a co mamy w projekcie konstytucji dla zdrowia?

Po pierwsze zostanie powołany nowy podmiot na rynku zarządzania szpitalami o nazwie **Agencja Rozwoju Szpitali (Agencja)**. Agencja nie zastępuje podmiotów tworzących SP ZOZ-y takich jak: minister, samorząd, uczelnia. Głównym zadaniem Agencji ma być wsparcie w zarządzaniu, wspomaganie wymienionych powyżej podmiotów tworzących w zarządzaniu podmiotem leczniczym (nazwanym w projekcie podmiotem szpitalnym). Projekt ustawy określa zadania, warunki powstania i organizacji Agencji. Ta część jest mniej interesująca dla nas, pracowników ochrony zdrowia, gdyż szczegółowo określa poszczególne kroki w organizacji Agencji.

Po drugie ustawa wprowadza **4 kategorie podmiotów szpitalnych: A, B, C, D**. Podstawą przyznania podmiotowi szpitalnemu jednej z kategorii są obliczone dla tego podmiotu wskaźniki ekonomiczno-finansowe. Najkrócej ujmując: w kategorii A znajdują się najlepsze szpitale pod względem parametrów finansowych, a w kategorii D szpitale najgorsze pod tymi względami. Temu tematowi poświęcę więcej uwagi.

## A, B, C, D – o co w tym chodzi? Czy już nie będzie podziału na szpitale specjalistyczne, wielospecjalistyczne?

Rozdział 4 projektu ustawy traktuje o kategoriach i kryteriach oceny podmiotu szpitalnego. Wszystkie podmioty szpitalne podlegać będą co 3 lata obowiązkowej ocenie przez Agencję. Pierwszym wiążącym terminem będzie rok 2023. Zatwierdzone i przekazane do Agencji w terminie 15 dni od zatwierdzenia sprawozdanie finansowe podmiotu szpitalnego stanowić będzie bazę dokonania oceny i kategoryzacji podmiotu szpitalnego. W Art. 25 projektu wyszczególnia się powyżej wymienione 4 kategorie podmiotów szpitalnych:

**Kategoria A** – to *the beściak* i jego podmiot tworzący też – podmiot w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej. Aby podmiot szpitalny został zaliczony do kategorii A musi spełnić łącznie warunki:

- wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość większą niż 0,0% (tłumacząc na nasze – szpital ma wynik dodatni);
- wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość większą niż 1,00 (tłumacząc na nasze – szpital ma fizycznie na koncie sporą gotówkę);
- wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 0,2% (tłumacząc na nasze – szpital ma do zapłacenia mały stos faktur po terminie płatności, nie więcej niż 0,2 % przychodów ze wszystkich źródeł, czyli *de facto* głównie z NFZ, a najlepiej jak ma wszystkie faktury zapłacone w terminie);
- wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 30,0%.

Być zaliczonym do kategorii A jest trudne. W projekcie ustawy nie ma w tych kryteriach słowa o nierozliczonych nadwykonaniach przez NFZ, których nierozliczenie w terminie do zamknięcia sprawozdania finansowego wpływa na obniżenie wskaźników. Przypomnę, że w przeszłości wiele podmiotów toczyło długotrwałe procesy z płatnikiem o sfinansowanie nadwykonań, w tym także procedur ratujących życie i nielimitowanych, co powodowało brak gotówki na koncie placówki i rodziło powstawanie zobowiązań wymagalnych.

**Kategoria B** – to podmiot szpitalny, które nie kwalifikuje się do kategorii A lub C lub D, czyli nie ma w tym przypadku za dużo do myślenia. Podmiot nie pasuje do innych kategorii więc łąduje w grupie B – to akurat prosta definicja. Kategoria B to prawie *the beściak*, a prawie robi różnicę – o tym jaką – w dalszej części.

**Kategoria C** – to podmiot szpitalny, który nie został zakwalifikowany do kategorii D oraz spełnia łącznie następujące warunki:

- wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż – 2,0%,
- wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,70 lub
- wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 5% i jednocześnie mniejszą lub równą 15%.

**Kategoria D**, czyli to, co najgorsze – podmiot spełniający łącznie następujące warunki:

- wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż – 5,0%, (tłumacząc na nasze – w danym roku podmiot szpitalny wygenerował stratę powyżej – 5% np. – 6%);
- wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,35,
- wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 50% lub
- wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 15%..:

Dobrze, że już zakwalifikowaliśmy mozolnie podmiot szpitalny do jednej z kategorii, przyszedł czas na konsekwencje tej kwalifikacji dla podmiotu szpitalnego.

Spróbujmy znaleźć w tej układance swój podmiot szpitalny.

## Konsekwencje kategoryzacji dla szpitala

Po doręczeniu do podmiotu tworzącego i podmiotu szpitalnego postanowienia o przyznaniu podmiotowi szpitalnemu określonej kategorii pojawiają się obowiązki dla podmiotu. Podmiot szpitalny zakwalifikowany do **kategorii A** obowiązkowo tworzy plan rozwojowy, w którym – oprócz przedstawienia analizy finansowo-ekonomicznej oraz oceny regionalnych potrzeb zdrowotnych – może wystąpić do Agencji o środki wsparcia finansowego wraz z uzasadnieniem (podobnie jak podmiot kategorii B). To ważny punkt – pokazujący nową drogę pozyskania funduszy na rozwój. Nawet *the beściak* coś pisze i może ubiegać się o wsparcie na rozwój.

Podmiot szpitalny zakwalifikowany do **kategorii B** tworzy plan rozwojowy (minister właściwy dla zdrowia określi w rozporządzeniu wzór planu rozwojowego), który zawiera działania optymalizujące, ale – w odróżnieniu od kategorii A – na wniosek podmiotu szpitalnego, prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe. Plan rozwojowy podmiot szpitalny przekazuje do prezesa NFZ, który z kolei może wnieść uwagi dotyczące dostosowania planu do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Plan wraz ze stanowiskiem prezesa NFZ podmiot szpitalny w terminie 3 miesięcy przekazuje do Agencji, jest on publikowany na stronie Agencji – jest dokumentem jawnym. Pytanie, czy dobry pomysł rozwojowy nie zostanie po opublikowaniu skopiowany przez sąsiadujący podmiot szpitalny?! Czy w praktyce powstanie mechanizm blokujący rozwój 2 sąsiadujących podmiotów w jednym mieście lub w powiecie o tym samym zakresie – np. projekt powstania oddziału o tym samym profilu? Płatnik monopolistyczny wielokrotnie w przeszłości dobrze wyceniał niektóre zakresy, a inne pozostawiał niedoszacowane, i nie byłoby nic dziwnego, gdyby wszystkie podmioty chciały u siebie operować np. zaćmę, a zamykać np. chirurgię ogólną, która jest niedoszacowana.

Inaczej wygląda postępowanie w przypadku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii C lub D. Wobec podmiotu z **kategorii C** – prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe. Podmiot szpitalny, któremu przyznano **kategorię D**, jest podmiotem wymagającym pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych. W tym przypadku prezes Agencji ma prawo powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu. Procesy naprawczo-rozwojowe odbywają się przy udziale nadzorca dla SP ZOZ-ów i zarządcy dla szpitali prowadzonych przez spółkę prawa handlowego. Podmiot tej kategorii po opracowaniu planu naprawczego będzie mógł liczyć na wsparcie finansowe, by możliwa była kontynuacja działalności bez obciążeń finansowych. W ramach swojego budżetu Agencja będzie mogła udzielać podmiotom szpitalnym pożyczek z możliwością częściowego umorzenia, finansowania bezzwrotnego oraz stosować instrumenty poręczeniowe. Ostatni po restrukturyzacji mogą być pierwszymi, czyli po latach procesów naprawczych możliwym będzie przejście z kategorii D do A. Podobne projekty restrukturyzacyjne były realizowane w przeszłości i pozwalały po przeprowadzonej restrukturyzacji umorzyć część zobowiązań publiczno-prawnych, a także zaciągniętych pożyczek na oddłużenie. Na stronie 149 projektu ustawy podany jest budżet Agencji na pomoc szpitalom i tak w roku 2023 to 100 milionów (niezbyt dużo, ale według kalendarza formalnego to zatwierdzone plany naprawcze będą mniej więcej na koniec 3 kwartału 2023 – nie będzie to rok wydatkowy Agencji), natomiast w roku 2024 to już 1,2 miliarda. SIC!

Kto opracuje plan naprawczy dla **kategorii C, D**? Kto może być nadzorcą? Jakie ma uprawnienia? Jakie wymagania kompetencyjne dla kandydata na nadzorcę przewiduje projekt? O tym w następnym odcinku. Dobranoc Państwu...

**O autorze:** dr n. med. Marek Lewandowski jest dyrektorem SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy, członek ORL BIL



## Lato, gdy mama miała zielone oczy

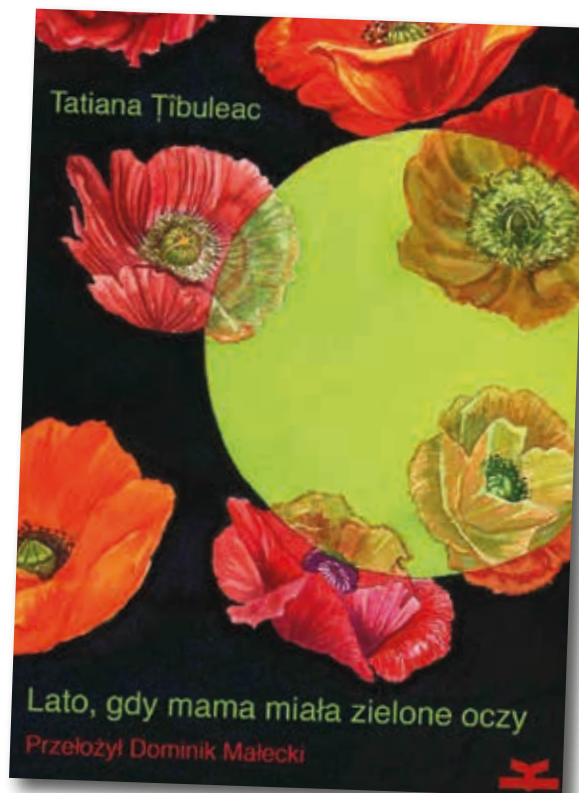
PIOTR KIKTA

Choć ta rubryka nazywa się „Książki nie top ten”, co może znaczyć np. to, że nie mówimy o „bestsellerach”, to tym razem napiszę o takiej książce, która w moim prywatnym zestawieniu najlepiej sprzedających się, a zapewne też w wielu innych księgarniach kameralnych, znajdowała się wysoko. Książka ta to: „Lato, gdy mama miała zielone oczy” rumuńskiej pisarki Tatiany Tibuleac. Książkę przełożył Dominik Małecki, a wydało wydawnictwo Książkowe Klimaty, specjalizujące się w literaturze krajów Europy (ale nie tych, o których myślimy, kiedy mówimy „doganiamy Europę”). Choć literacko mielibyśmy kogo gonić...

Moje pierwsze myśli, kiedy przeczytałem pierwsze, powiedzmy, trzydzieści stron, były typu: „czy to się jakoś rozwine, czy on po prostu będzie cały czas hejtował swoją matkę?”. Na szczęście postanowiłem być wytrwały. I im dalej czytałem, tym bardziej zatapiałem się w świat tej krótkiej powieści, by na końcu powiedzieć, że właśnie przeczytałem jedną z najpiękniejszych książek ostatnich miesięcy.

Aleksego, głównego bohatera i zarazem narratora historii poznajemy jako pełnego złości, agresywnego nastolatka, który skończywszy szkołę średnią wybiera się na wakacje z kolegami do Amsterdamu. Mają to być wakacje... inicjacyjne. Jednak zamiast tam wyjechać, daje się namówić swojej matce na wyjazd na wieś do Francji. Choć żywi do niej właściwie autentyczną pogardę, coś na granicy nienawiści (nazywa ją krową, jej twarz sfermentowaną; natłok okropnych komentarzy pod jej adresem początkowo jest ogromny), z jakiegoś powodu poddaje się temu, co następuje: z dnia na dzień, z tygodnia na tydzień, mama odzyskuje, wydawałoby się, utracone serce syna, a wielka fala złych uczuć, która go napędza, maleje.

Kiedy skorupa, którą obudowany jest Aleksy, powoli kruszeje, czytelnik dowiadyuje się o motywacjach bohatera: o odrzuceniu, o przemocy ze strony ojca (nazywanego przypadkowym dawcą sper-



my) i związanej z tym traumie. O zdewociałej babce. O losie imigranta i związanym z nim brakiem tożsamości. O tym, jak bardzo poranionym jest człowiekiem i jak łatwo jest mu ten ogrom cierpienia przykryć prostym gniewem. Dla jego mamy zaś owo lato to czas – ostatni czas – kiedy stara się choć w najmniejszym stopniu zrekompensować... właściwie całą zmarnowaną historię swojego macierzyństwa.

Historię tę opowiada nam Aleksy, który jest już dorosły i jest uznanym malarzem. I na pozór wydaje się ona dość konwencjonalna: trauma dziecka, rodzic próbujący naprawić krzywdy, nowotwór, wszystko w jakiejś rustykalnej scenerii. A jednak sposób przedstawienia historii, mnogość i rozbudowanie metafor (które – o dziwo – zupełnie nie rażą), pewnego rodzaju odwaga w opisywaniu uczuć, myśli i zdarzeń przez autorkę sprawiają, że książka jest wręcz hipnotyzująca. Poetycka, smutna, poruszająca. Piękna.

**O autorze:** Piotr Kikta jest księgarzem, prowadzi księgarnię Tonie Bajka, Księgarnia dla wszystkich przy ul. Focha 2 w Bydgoszczy, tel. 665 192 904; muzyk, animator.

Wydajmy razem książkę dr. Boguszyńskiego!

## Zebraлиśmy 1/4 zakładanej kwoty



Praca doktora Mieczysława Boguszyńskiego nad wydawnictwem poświęconym Szpitalowi Uniwersyteckiemu im. dr. Jurasza dobiega końca. Bydgoska Izba Lekarska wsparła inicjatywę swoim funduszem edytorskim, jednak środki te w związku z galopadą cen okazują się niewystarczające. Dlatego zwracam się z apelem do P.T. Państwa – wydajmy razem książkę doktora Boguszyńskiego! Korzystając z portalu zrzutka.pl, umożliwiającego w łatwy sposób przekazywanie darowizn, możemy dopiąć budżet wydawnictwa i w poczuciu lekarskiej solidarności oczekiwać na ukazanie się tego wyjątkowego albumu. Poniżej znajdują Państwo link do zrzutki oraz wygenerowany kod QR umożliwiający łatwe przekierowanie na stronę zrzutki. Każda wpłata się liczy, każda jest równie ważna i przybliży nas do długu oczekiwanego celu.

Marek Rogowski

Zeskanuj kod QR  
i wspomóż  
wydanie książki



[zrzutka.pl/9a5pdt](https://zrzutka.pl/9a5pdt)





## TURNUSY REHABILITACYJNE

### dla lekarzy seniorów – członków Bydgoskiej Izby Lekarskiej

W związku z niepewną i trudną do przewidzenia sytuacją epidemiczną, spowodowaną pandemią COVID-19, w roku 2022 Bydgoska Izba Lekarska nie będzie organizować grupowych wyjazdów rehabilitacyjnych dla lekarzy seniorów. Natomiast będzie możliwość uzyskania przez zainteresowanych lekarzy częściowej refundacji kosztów uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych w ramach indywidualnych umów z ośrodkami prowadzącymi tego rodzaju działalność. Zgodnie z dotychczasowymi zasadami o dofinansowanie w wysokości co najmniej 800 zł mogą wnioskować lekarze seniorzy nie częściej niż raz na 4 lata w okresie letnim i raz na 2 lata w pozostałych porach roku. Dofinansowanie będzie miało charakter refundacji po przedstawieniu faktury za pobyt 14-dniowy w ośrodku rehabilitacyjno-wypoczynkowym. Lekarze zainteresowani taką formą dofinansowania powinni do 24 marca br. złożyć wniosek o akceptację wyjazdu. Wniosek można otrzymać w biurze naszej izby, pobrać ze strony internetowej BIL lub skorzystać z druku umieszczonego obok.

*Przewodniczący Klubu Lekarza Seniora – Maciej Borowiecki*

## Wybory władz oddziału PTORL



Kujawsko-Pomorski Oddział Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów Chirurżów Głowy i Szyi wybiera nowe władze. Walne zebranie wyborcze odbędzie się **11 marca o godz. 10.30** w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

*Zapraszamy wszystkich laryngologów!*

## WNIOSEK

lekarza seniora dotyczący akceptacji udziału w turnusie rehabilitacyjnym w 2022 r. z częściowym dofinansowaniem Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Nazwisko i imię: .....

Pesel: .....

Adres: .....

Nr telefonu kontaktowego: .....

e-mail: .....

1. Oświadczam, że planuję uczestniczyć w turnusie rehabilitacyjnym w ośrodku .....

..... (nazwa ośrodka) w okresie:

a) \*lata,

b) \*poza sezonem.

2. Wnioskuje o przyznanie przez Bydgoską Izbę Lekarską częściowej refundacji kosztów mojego udziału w turnusie rehabilitacyjnym.

3. Przyjmuję do wiadomości, że refundacja w kwocie co najmniej 800 zł zostanie dokonana po przedstawieniu przeze mnie opłaconej faktury za pobyt.

4. Proszę o zwrotną informację o przyznaniu refundacji.

.....  
(data i podpis)

*\*Niepotrzebne skreślić*

4 marca 2022 roku mija pierwsza rocznica śmierci naszej serdecznej Koleżanki

**dr Wandy Grzeszczak-Kochan**

NEUROLOG

*Myślimy i pamiętamy o Tobie*



koleżanki i koledzy z Komisji Lekarskiej, oddziałów wewnętrznego i neurologii Szpitala MSWiA w Bydgoszczy

## Wspomnienie o...

### prof. Stanisław Betlejewskim

(16.12.1933–24.08.2021)



Prof. Stanisław Betlejewski kierował Katedrą i Kliniką Otolaryngologii w Bydgoszczy przez 23 lata. Przybył do Bydgoszczy z Akademii Medycznej w Gdańsku w 1981 r. Jego związki, zarówno zawodowe, społeczne, przyjacielskie, jak i towarzyskie w naszym mieście, z czasem okazały się trwałe, również po przejściu na emeryturę w 2004 r.

Prof. Betlejewski prowadził wieloprofilową Klinikę Otolaryngologii. Jego nowatorskie prace z dziedziny fizjologii i patologii nosa oraz doskonałe metody operacyjne pozwalają nazwać go jednym ze współtwórców ryнологii polskiej. W 1989 r. Profesor wprowadził – jako pierwszy w Polsce – mikrochirurgię z użyciem lasera CO2 w leczeniu wczesnych postaci raka krtani. Jego uzdolnienia plastyczne przyczyniły się do rozwoju chirurgii rekonstrukcyjnej i plastycznej, szczególnie w zakresie wad wrodzonych twarzoczaszki. Profesor nie zaniedbywał też rehabilitacji. Był protektorem opracowania modelu kompleksowej rehabilitacji osób po laryngektomii całkowitej, który jest obecnie stosowany w wielu ośrodkach w Polsce. Był też współinicjatorem powołania Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych, którego został honorowym przewodniczącym.

Był członkiem wielu polskich i zagranicznych towarzystw naukowych. Po powołaniu sekcji ryнологicznej PTOL-ChGIS w 1996 r. został wybrany jej przewodniczącym.

Swoją twórczą pracą przyczynił się do podniesienia i umocnienia prestiżu bydgoskiej Kliniki Otolaryngologii w Polsce.

Prof. Betlejewski brał czynny udział w organizowaniu Akademii Medycznej w Bydgoszczy. W latach 1984–1990 pełnił funkcję prorektora ds. klinicznych i szkolenia podyplomowego. Jeszcze 10 lat

po przejściu na emeryturę prowadził zajęcia dydaktyczne. Wielkie są zasługi Profesora dla kształcenia podyplomowego. Organizował kursy dla lekarzy specjalistów i specjalizujących się, przez lata wykształcił w Bydgoszczy wielu laryngologów. Jako szef z jednej strony wymagał, z drugiej zaś uczył, zawsze służył radą i pomocą. Jako prawdziwy chirurg nie bał się wyzwań – nie było dla niego za trudnych przypadków. Imponował wszystkim sprawnością operowania i trafnością stawianej diagnozy. Nauczył nas szacunku dla chorych i stawiania pacjenta zawsze na pierwszym miejscu. Jak wspominał, w jego domu sentencja „salus aegroti suprema lex...” nie było jedynie pustym hasłem, lecz żelazną zasadą, którą ojciec lekarz starał się wcielać w życie.

Oprócz szerokiego zainteresowania medycznymi, Profesor rozwijał swój talent plastyczny. Jego pasją było pisanie ikon. Piękną kolekcję mogliśmy podziwiać na spotkaniu otolaryngologów w ośrodku konferencyjnym w Charlocie przed 2 laty.

Jako szef wydawał się powściągliwy, mało przystępny i surowy. Był jednak życzliwy, wyrozumiały i pomocny – nawet w życiowych problemach pracowników kliniki. Umiał zintegrować zespół. Na kongresach, zarówno krajowych, jak i zagranicznych, w których uczestniczyliśmy razem – pozwalał nam odkryć oblicze świetnego towarzysza zabaw, wyśmienitego tancerza i hojnego sponsora klinicznych biesiad. Wraz z tradycyjnymi życzeniami z okazji Bożego Narodzenia dostawaliśmy w prezencie miniaturowe drewniane zabawki na choinkę, które są miłym wspomnieniem Pana Profesora.

W klinice obowiązywał zwyczaj, że operator każdego kolejnego setnego zabiegu częściej wszystkich kawą. Tak się często dziwnie układało, że to Profesor wykonywał 100, 200, 300... operację. Szef przyjmował to z uśmiechem i nieraz dodatkowo częstował pysznym ciastem wykonanym przez żonę – panią dr Marię. Nawet nie zawsze docenialiśmy spotkania zespołu w klinice, obecnie wspominamy je z przyjemnością i sentymentem. Mile wspomniane są również wycieczki do Malborka i Torunia, podczas których Profesor był aktywnym, dobrze przygotowanym merytorycznie przewodnikiem.

Imieniny szefa zawsze były ważnym dniem w klinice i tak zostało. Od 2004 r., czyli od przejścia Profesora na emeryturę – kilkunastuosobowy zespół corocznie spotykał się 13 listopada z tej okazji na kolacji imieninowej. Pragniemy tę tradycję utrzymać.

Anna Sinkiewicz





## Wspomnienie o...

### dr. Stanisławie Nowaku

(24.12.1933–10.01.2022)



Dr Stanisław Nowak urodził się 24 grudnia 1933 r. w Rybniku. Zmarł 10 stycznia 2022 r. w Bydgoszczy. Jego rodzicami byli Antoni i Marta. Był najstarszym dzieckiem z rodzeństwa, miał siostrę o 10 lat młodszą, jego młodszy brat Bolesław zmarł w 27 r.ż.

Dzieciństwo przeżywał w trudnych, wojennych czasach. Studia medyczne odbył we Wrocławiu, ukończył je w 1958 r.

Na początku pracował przede wszystkim jako internista. Kształcił się w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu n. Wisłą, odbywał specjalizację w zakresie psychiatrii w Gdańsku u prof. Tadeusza Bilikiewicza. Tam poznał swoją żonę, Irenę, która miała specjalizację z pediatrii i psychiatrii dzieci i młodzieży, nosiła takie samo nazwisko panieńskie – Nowak.

Kilka pierwszych lat małżeństwo spędziło w okolicach Elbląga – pracowali w Pastęku i Mrągowie, mieszkali w miejscowości Miłakowo. Mieli dwoje dzieci: syna i córkę. Po kilku latach przeprowadzili się do Żnina, bo tam dziadkowie mieli dom.

Pracowali dużo, bo się budowali. Dr Stanisław Nowak konsultował m.in. w przychodniach: w Nakle, Sępólnie Krajeńskim i Szubinie. Potem także w poradni na ul. Sportowej w Bydgoszczy.

Przed emeryturą pracował w Wojewódzkiej Poradni Zdrowia Psychicznego, która mieściła się wówczas na ul. Gdańskiej. Po śmierci dr. Dybałowskiego, poprzedniego dyrektora placówki (6 stycznia 1985 r.) – kierował WPZP aż do emerytury. Przeszedł na nią na przełomie lat 80 i 90 XX w.

Działal w Społecznym Komitecie Przeciwalkoholowym (SKP). Organizował oddział leczenia uzależnień w tęgnowie w 1975 r. i był jego pierwszym ordynatorem. W 1986 r. – w uznaniu zasług w dziedzinie leczenia uzależnień – otrzymał dyplom za popularyzację wiedzy o alkoholizmie.

Już na emeryturze pracował w ZK w Potulicach jako kierownik oddziału terapeutycznego.

Był przez wiele lat biegłym w dziedzinie psychiatrii. W 1988 r. został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi. W 2008 r. uczestniczył w uroczystości 50-lecia ukończenia studiów medycznych.

Doktor Nowak był człowiekiem o ogromnej empatii, wielkim sercu i miłości do ludzi. Nigdy nie szczędził tego żonie, dzieciom i ich małżonkom oraz wnukom. Nigdy nie odmówił pomocy drugiemu, nie powiedział, że nie ma czasu. Był człowiekiem głębokiej wiary, wielkim patriotą – zatroskanym o losy Polski. Pracy lekarza psychiatry oddał kilkadziesiąt lat swojego życia, pracując też na emeryturze do momentu, gdy choroba uniemożliwiła jej kontynuację.

Żył skromnie, zgodnie z zasadami wiary i zawsze z miłością. Był wyważony, dobroniosny, nigdy nie podnosił głosu, nie był złośliwy. Był niedoścignionym wzorem i drogowskazem dla osób, które go znały.

Wojciech Kosmowski

Bardzo dziękuję za pomoc w przygotowaniu tekstu Córce dr. Nowaka – lek. stom. Krystynie Litewce i wieloletniej współpracownicy – mgr Wiesławie Filek.

## Mój jest ten kawałek podłogi!...



Mądrość ich zasadza się na tym, że są kolekcjonerami wiedzy, a nie użytkownikami.

Stanisław Lem

### Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Doczekaliśmy się takich czasów, gdzie mądrość jest w cenie, ale nie bardzo wiemy, jak z niej korzystać – o czym natomiast doskonale wiedział autor dzisiejszego motto. Wspaniały pisarz, w którego dziełach można znaleźć wydawałoby się fantastyczne rozwiązania techniczne. A dzisiaj mamy z nimi do czynienia na co dzień. Funkcjonujący w jego opowiadaniach geniak to nic innego jak obecny komputer z encyklopedią typu Google. Jego literacka twórczość była tak przewidująca! Nie był On jednak w stanie przewidzieć tego, że niestety w dwutysięcznym roku nie dojdzie do lądowania ludzi na planecie Wenus, jak to opisywał w swojej chyba pierwszej powieści z początku lat pięćdziesiątych ub. wieku.

Idąc dalej tropem myśli zawartej w słowach motto, kieruję taki apel do Czytelników naszego biuletynu:

Bądźmy użytkownikami mądrości!!!!

Ze nimi jesteśmy? Ano bo daliśmy temu dowód, biorąc udział w wyborze Delegatów na Zjazd Okręgowy. Bo damy temu dowód, wybierając nowe władze NASZEJ Izby Lekarskiej! Władze, które z zapamiętaniem będą realizować zadania określone przez mądrość Zjazdu!

Jeżeli tak się nie stanie, to niestety będziemy musieli za Albertem Einsteinem tak powiedzieć: *dożyliśmy takich czasów, w których ucisza się mądrych ludzi, żeby to, co mówią, nie obraziło głupców.* Kończę, mając nadzieję, że jednak taki pesymistyczny scenariusz nie będzie miał miejsca.

Jak zwykle Wasz

A. Martynowski

## Klub Lekarza Seniora

W związku z sytuacją epidemiologiczną spowodowaną pandemią COVID-19, prelekcyjne spotkania Klubu Lekarza Seniora zostają zawieszane do odwołania.

Zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami lekarze seniorzy mogą się spotykać w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej w kilkuosobowych grupach w każdą pierwszą środę miesiąca w godzinach od 14:00 do 16:00.

## Angielski z...



*Marząc o nadejściu wiosny, przesyłam Państwu nowy, „kolorowy” quiz.*

Choose the correct meaning of the idioms:

- John got a **white-collar job**, as he got promoted from **the blue-collar one**.
  - He used to be a factor worker and now works as a manager in the office.
  - He was promoted and now wears a different uniform.
- I need to see the terms of the contract **in black and white**.
  - I want to see the details in writing.
  - I want the manager to explain them to me.
- Poland is very famous for its **red tape**.
  - Lots of red-brick buildings.
  - Bureaucracy in offices and public institutions.
- The boxer was **black-and-blue all over** after the fight.
  - He was bruised.
  - He was so happy, he couldn't conceal it.
- There was **a black-out** in the whole city last night.
  - There was no electricity for many hours.
  - There were black protests in the streets.
- Why did Amy get **a pink slip** yesterday?
  - Why did she get red on the cheeks?
  - Why was she fired?
- Lots of people fall **into the black books** if they openly criticize the 'Big Brother'.
  - They fall into disgrace and can expect repercussions.
  - They are expected to lose.
- A blue ribbon** panel of experts were appointed to investigate the case.
  - The experts all had aristocratic roots.
  - The experts were the best of the best.
- I am always **browned off** when I watch Polish romantic comedies.
  - Very happy – over the moon.
  - Utterly bored and fed up.
- Many decisions made nowadays **sail under false colours** and **are highly coloured**.
  - Pretend to be something different to what they really are, they are often false.
  - The writers make up interesting decisions and attach pictures to them.

To check the answers – go to page 17.

*Dr Anita Żytowicz-Kiedryńska*

*Zapraszamy młodzież (od 8 do 18 lat) na kolejne, kolorowe i pełne wyzwań obozy językowe w lipcu (2–9 lipca, Kaszuby) i w sierpniu (13–23 sierpnia, Lewin Kłodzki). Informacje pod nr tel.: 607 955 441 oraz na stronie szkoły.*

## Ogłoszenia – PRACA

■ PALLMED Sp. z o.o. – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, ul. W. Roentgena 3, 85-796 Bydgoszcz zaprasza do współpracy **lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej, geriatry** oraz w trakcie jej robienia. Jeżeli powyższa oferta Cię zainteresowała zadzwoń na numer 603 963 296, 603 500 007 lub pozostaw nam swój numer. Oddzwonimy, aby omówić szczegóły. Zapraszamy również do składania aplikacji na adres: a.stachowiak@domsueryder.org.pl

■ Nowy Szpital Sp. z o.o. z siedzibą w Świeciu poszukuje **lekarza pediatry** oraz **lekarza chorób wewnętrznych**. Opis stanowisk: świadczenie usług w zakresie pediatrii na oddziale pediatrycznym oraz świadczenie usług w zakresie interny na oddziale chorób wewnętrznych, udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi zasadami etyki lekarskiej, aktualnej wiedzy medycznej oraz przepisami NFZ i Ministerstwa Zdrowia, prowadzenie dokumentacji medycznej oraz obowiązującej sprawozdawczości medycznej. Wymagania: lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie pediatrii oraz lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych, umiejętności interpersonalne połączone z wysoką kulturą osobistą, prawo wykonywania zawodu, wiedza i umiejętności praktyczne w zakresie udzielania świadczeń medycznych, umiejętność organizacji pracy własnej oraz współpracującego zespołu. Oferujemy: stabilne warunki zatrudnienia, różne formy zatrudnienia, możliwość pełnienia wyłącznie dyżurów medycznych, duże możliwości rozwoju zawodowego, wsparcie poszerzenia kompetencji zawodowych. Kontakt: osoby zainteresowane prosimy o przesyłanie CV na adres: hr@nowyszpital.pl lub kontakt pod nr tel.: 517 369 690.

■ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie zatrudni na atrakcyjnych warunkach **lekarzy specjalistów lub w trakcie specjalizacji** z zakresu: **ginekologii, medycyny rodzinnej, pediatrii, lekarzy w ramach POZ, lekarzy w ramach nocnej i świątecznej opieki medycznej**. Warunki finansowe i forma zatrudnienia do uzgodnienia z dyrektorem SPZOZ. Osoby zainteresowane ofertą proszone są o kontakt: tel. 52 3822353, e-mail: kadry@spzoz.koronowo.pl

■ Przychodnia SPZOZ w Cekcynie (powiat tucholski) zatrudni: **lekarza medycyny rodzinnej** lub **lekarza POZ**. Praca w ramach NFZ w pełnym lub niepełnym wymiarze. Oferujemy dobre warunki finansowe – do uzgodnienia z kierownikiem SPZOZ. Możliwość wynajmu mieszkania w budynku Przychodni. Zapraszamy do kontaktu: e-mail: spzozkierownik@cekczyn.pl lub nr tel. 518 721 204.

■ Prywatna przychodnia „Medica” Centrum w Chodzieży podejmie współpracę z **diabetologiem i chirurgiem naczyniowym**. Warunki współpracy do uzgodnienia. Zapewniamy pełne przygotowanie gabinetu, obsługę ruchu pacjentów, marketing. Gwarantujemy także przyjemną atmosferę oraz wysoki komfort pracy. Kontakt: Lucyna Kowzan, tel. 605 566 371, l.kowzan@wp.pl, www.medicacentrumchodziez.pl

■ Zatrudnię lekarza **dentystę**. Praca w ramach NFZ oraz prywatnie. NZOZ „Sanimed”, Trzuszczyn, kontakt tel. 503 022 287.

■ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie zatrudni na atrakcyjnych warunkach **lekarza POZ** w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Mąkowsku. Warunki finansowe i forma zatrudnienia do uzgodnienia z dyrektorem SPZOZ. Osoby zainteresowane ofertą proszone są o kontakt: tel. 52 3822353, e-mail: kadry@spzoz.koronowo.pl

■ Pallmed Sp. z o.o. zaprasza do współpracy **lekarzy specjalistów neurologii i psychiatrii**. Oferujemy: elastyczny czas pracy, umowę o pracę, zlecenie lub kontrakt, prywatną opiekę medyczną, pakiet socjalny. Jeżeli jesteś zainteresowany prześlij CV na adres e-mail: rekrutacja@domsueryder.org.pl

■ Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu zatrudni: **lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu** do pracy w Poradni Rehabilitacyjnej. Zainteresowanych lekarzy prosimy o kontakt telefoniczny pod nr 52 3545325 w dni powszednie w godz. 08.30–14.30 lub za pośrednictwem adresu e-mail: sekr.nacz@szpitalino.pl

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



**Nasz  
Lekarz**  
PRZYCHODNIE MEDYCZNE

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 zapalne
  - ŁZS – Łuszczycowe zapalenie stawów
  - ZZSK – Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
  - Axial SpA – spondyloartritis osiowa
- Osteoporoza
- Łuszczyca skóry

### Terapie lekami biologicznymi:

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

### Terapie lekami innowacyjnymi:

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

### Klinika Terapii Innowacyjnych

ul. Batorego 18-22  
87-100 Toruń

☎ 56 300 42 44

✉ terapieinnowacyjne@naszlekarz.pl

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

Oddział w Bydgoszczy

ul. Chodkiewicza 19c  
85-065 Bydgoszcz

☎ 52 340 14 14

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

**Zapraszam do współpracy**





# THE 2



BMW SERII 2 GRAN COUPÉ JUŻ ZA **1500** PLN NETTO/MIES.

**Dealer BMW Dynamic Motors**

ul. Toruńska 272A  
Bydgoszcz  
tel.: +48 52 339 5110  
[www.bmw-dynamicmotors.pl](http://www.bmw-dynamicmotors.pl)

**Dealer BMW Dynamic Motors**

ul. Olimpijska 8  
Toruń  
tel.: +48 56 645 2170  
[www.bmw-dynamicmotors.pl](http://www.bmw-dynamicmotors.pl)

**Dealer BMW Dynamic Motors**

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

Rata miesięczna netto w BMW Comfort Lease dla przedsiębiorców dla BMW 218i Gran Coupé za 143 313 zł brutto. Opłata wstępna 12,8%, okres leasingu 24 miesiące, średnioroczny deklarowany przebieg 15 000 km, gwarantowana wartość końcowa. Podane ceny są rekomendowanymi cenami detalicznymi zawierającymi podatek VAT oraz podatek akcyzowy i nie są wiążące. BMW Polska nie prowadzi sprzedaży bezpośredniej. Niniejsza symulacja nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego. Zawarcie umowy uzależnione jest od pozytywnego wyniku weryfikacji prawnofinansowej Klienta oraz zawarcia ubezpieczenia OC/AC. BMW Comfort Lease jest oferowany przez BMW Financial Services Polska Sp. z o.o. Prezentowane na zdjęciach modele mogą różnić się wersją silnika oraz mogą zawierać dodatkowo płatne wyposażenie. Indywidualne oferty dostępne u Dealerów BMW.