

*Żaden człowiek nie jest samoistną wyspą;
Każdy stanowi ułomek kontynentu, część
łądu. Jeżeli morze zmyje choćby grudkę ziemi, Eu-
ropa będzie pomniejszona tak samo, jak gdyby
pochłonęło przylądek, włość twoich przyjaciół
czy twoją własną. Śmierć każdego człowieka
umniejsza mnie, albowiem jestem zespolony
z ludzkością. Przeto nigdy nie pytaj, komu bije
dzwon; bije on tobie.*

John Donne



Na stronie 18 wymieniamy lekarzy,
o których umniejszone zostało grono
Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

W NUMERZE

LEKARZE PROTESTUJĄ	2
DZIEJE SIĘ	2, 3, 17
PROFILAKTYKA	
<i>Jak zabija papieros?</i>	4
<i>Serce nie służy!</i>	6
MEDYCZNY NOBEL	7
Z NFZ	
<i>Kontraktowanie programów profilaktycznych</i> ...	8
KRÓTKA HISTORIA WIELKIEJ PRZYGODY	9
SPOTKANIA	
<i>dr n. med. Jerzy Tujakowski</i>	10
KONFERENCJE, KONGRESY	11, 13
WAŻNE	
<i>Pierwszy etap oceny stanu żywienia.</i>	15
AD VOCEM.	16
WSPOMINAMY	18
FELIETON	19
W PIGUŁCE	20

Okładka: fot. doktor **Zenon Lewicki**,
SPZOZ Inowrocław, Oddział Chirurgii I

Szanowne Koleżanki i Koledzy



Zgodnie z oczekiwaniami środowiska rozpoczęliśmy w naszej Izbie program szkoleń dla wszystkich lekarzy. Uważaliśmy, iż najważniejsza jest znajomość prawa, szczególnie dotycząca naszego zawodu. I zorganizowaliśmy pierwszy kurs prawa medycznego zapraszając do wykładów profesorów z UMK, m.in. profesora Mariana Filara. I co się okazało? Mimo licznych informacji: i w biuletynie, i na stronie internetowej zainteresowanie szkoleniem jest minimalne – 15 osób. Za udział w szkoleniu uczestnicy otrzymują 30 punktów edukacyjnych, a lekarze specjalizujący się mają zaliczony kurs prawa medycznego do specjalizacji. Nie wiem w czym upatrywać tak nikłego zainteresowania tym kursem? W przyszłym roku planujemy zorganizować kurs obejmujący swoim zakresem m.in. zdrowie publiczne. Czy będzie zainteresowanie tym kursem? Czy warto organizować takie szkolenia?

Proszę o głosy w dyskusji.

Przygotowujemy się również do kolejnego Balu w Operze – ponieważ rezerwacja sal operowych musi następować z wielomiesięcznym wyprzedzeniem, już w lutym tego roku zarezerwowałam dzień 11 stycznia 2008 dla nas, lekarzy. Niestety, w tym dniu, Uchwałą NRL, organizowany jest Nadzwyczajny Ogólnopolski Zjazd Lekarzy w Warszawie. Nie możliwym jest więc, abyśmy my, w Bydgoszczy, organizowali bal lekarzy. Proponuję przełożenie naszego spotkania na początek wiosny - o terminie poinformuję, jak tylko uzgodnimy go z Dyrektorem Opery.

Radosława Staszak-Kowalska – Przewodnicząca BIL

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Redakcja: e-mail: primum@bil.org.pl, tel. 0523460785

RADA PROGRAMOWA: Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczęsny; wiceprzewodniczący: dr n. med. Witold Hrynczewicz; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiewicz, red.: mgr Agnieszka Banach, red. nac.: mgr Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszyński, dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, lek. Józef Karwowski, dr n. med. Jerzy Kochan, dr n. med. Andrzej Martynowski, dr hab. n. med. Jan Styczyński.

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Przewodniczący Rady Programowej: Wojciech Szczęsny, tel. 0602 395 654; redaktor naczelny: Teodora Bogdańska tel. 052 346 07 85, 0696 016 262; red. graf. Anna Faleńczyk; redaktor: Agnieszka Banach agnieszka.banach@hipokrates.org

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska,
Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11;
telefony: 0523460084, 0523460780;
Numer konta: PKO BP II O/Bydgoszcz
95102014750000830200191197;
e-mail: bil@bil.org.pl; <http://www.bil.org.pl>

● Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: e-mail: rzecznik@bil.org.pl, tel. 0523461257.

To nie lekarze porzucili pacjentów to Państwo porzuciło swoich obywateli

Oświadczenie Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy w sprawie zwalniania się lekarzy z pracy w publicznej ochronie zdrowia

Zarząd Krajowy OZZL wyraża pełne poparcie dla lekarzy, którzy zwolnili się z pracy w publicznych szpitalach w proteście przeciwko wyzyskowi ekonomicznemu stosowanemu przez pracodawcę (w istocie przez państwo). OZZL udzieli tym lekarzom – w razie potrzeby – wszelkiej potrzebnej pomocy.

Jest niedorzecznością i nadużyciem obarczanie lekarzy, którzy zrezygnowali z pracy, odpowiedzialnością za to, że publiczne szpitale nie są w stanie zapewnić odpowiedniej pomocy medycznej, a pacjenci muszą być przewożeni do innych miejsc. Trzeba głośno przypomnieć, że rezygnacja z pracy jest oczywistym prawem każdego obywatela. Nie nastąpiła ona z dnia na dzień. Okres wypowiedzenia trwał 3 miesiące, a zapowiedzi zwolnienia się przedstawiane były już ponad pół roku temu. W tym czasie pracodawca mógł zatrudnić innych lekarzy, a jeżeli okazało się to niemożliwe, mógł przedstawić swoim dotychczasowym pracownikom nowe, lepsze warunki zatrudnienia. Tak stałoby się w każdym normalnym zakładzie, działającym w warunkach rynkowych, nie podlegającym wpływom politycznym i administracji publicznej.

Zrzucanie odpowiedzialności na lekarzy jest próbą odwrócenia uwagi od prawdziwych winowajców tej sytuacji – władz publicznych, które nie wywiązały się z podjętych przez siebie zobowiązań wobec obywateli. **To nie lekarze porzucili pacjentów, to Państwo porzuciło swoich obywateli, a teraz szantażem moralnym próbuje ukryć swoje zaniedbania.**

Wobec lekarzy polskich realizowany jest scenariusz napisany jeszcze przez Stalina: uczynić z lekarzy słabo wynagradzanych pracowników najemnych, aby obniżyć ich status społeczny, zmusić do dorabiania, poczynić podatnymi na korupcję, a gdy upomną się o swoją godność i wyższe płace – zawołać: patrzcie jacy to zwyrodnialcy, dla nich pieniądze są ważniejsze niż ludzkie zdrowie i życie! Zapędzono nas do narożnika, a gdy próbujemy się z niego wyrwać, wszyscy chcą nas okładać pięściami.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy ma czyste sumienie. Zanim ogłosiliśmy protest i strajk, zanim lekarze zaczęli zwalniać się z pracy, zrobiliśmy wszystko, co można było zrobić, aby skłonić rządzących do podjęcia działań na rzecz koniecznych zmian w ochronie zdrowia. Przedstawiliśmy pozytywny program zmian, zmian rynkowych, które



nie ustawiają lekarzy „pod kloszem”, ale poddają weryfikacji pacjentów. Nasze apele zlekceważono, nasze protesty wyśmiano, oskarżano nas o działania polityczne, o próbę zawłaszczenia majątku narodowego, straszono nas i upokarzano, łudzono i oszukiwano, kazano nam zwalniać się z pracy i wyjeżdżać z kraju, jak nam się nie podoba.

To, co się dzieje dzisiaj to jedynie skutek wieloletnich zaniedbań w polskiej ochronie zdrowia, jeden z wielu objawów jej choroby. Tylko dzięki odpowiedzialności lekarzy i innego personelu medycznego ten system jeszcze jakoś działał. Gdy lekarze odmówili bicia niewolnikami systemu – okazuje się, ile on jest wart.

Lekarze, którzy zwolnili się z pracy są dzisiaj reprezentantami nas wszystkich. Oni upominają się nie tylko o siebie, nie tylko o lekarzy, ale o całą polską służbę zdrowia. Oni są także reprezentantami interesów pacjentów. Złudzeniem jest bowiem nadzieja, że opieka zdrowotna może dobrze działać, gdy lekarze są źle wynagradzani. Jest oczywiste, że będą oni bronić się przed biedą, dorabiając na dodatkowych etatach, na dyżurach, a niekiedy uciekając w szarą strefę lub korupcję. Będą oszczędzać swoje siły w jednej pracy, szykując się do następnej. Będą chodzić niewyspani i zmęczeni, bardziej podatni na popełnienie błędu. Będą oszczędzać na podręcznikach, na naukowej prasie, na szkoleniu. Będą wyjeżdżać zagranicę. Już dzisiaj liczba lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców jest najniższa w Unii Europejskiej.

Wszyscy widzą dzisiaj pacjentów, którzy doświadczają trudów koniecznego transportu ze szpitala, gdzie zabrakło lekarzy do innego miejsca, a kto zobaczy tysiące Polaków, którzy umierają corocznie, bo politycy uznali, że pieniądze na ochronę zdrowia, to pieniądze „stracone”. My – lekarze ich widzimy. Dlatego będziemy protestować. Mimo, że wystawiamy się na krytykę i narażamy na obelgi, nie zrezygnujemy z naszego protestu. Nawet jeśli wielu ludzi nie będzie chciało nam wierzyć, powtórzmy to samo, co mówiliśmy zawsze: naszym celem jest doprowadzenie do naprawy systemu opieki zdrowotnej w Polsce, dla dobra pacjentów, podatników, państwa i personelu medycznego.

*W imieniu Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy
Krzysztof Bukiel – przewodniczący Zarządu*

Świetny egzamin Polaków!

Od zeszłego roku europejscy lekarze szkolą się w chirurgii transplantacyjnej wg tego samego programu specjalizacji. Program ich edukacji, oparty na polskich standardach, zatwierdziła Europejska Rada Chirurgii, a ściślej mówiąc jej sekcja ds. transplantacji. We wrześniu tego roku podczas Kongresu Europejskiego Towarzystwa Transplantacyjnego w Pradze po raz pierwszy oceniono wiedzę 17. przyszłych chirurgów – transplantologów. Zdawali w czterech modułach: pobieranie narządów, przeszczepianie trzustki, przeszczepianie nerek i przeszczepianie

wątroby. Poziom był zróżnicowany, a wśród zdających wyróżniali się dwaj kandydaci z Polski.

„To zasługa naszego programu specjalizacji, który przyjęliśmy jako pierwsi w Europie. Wiedza, której wymagamy u nas przekracza nawet tę konieczną do uzyskania europejskiego certyfikatu – tłumaczy dobre przygotowanie Polaków prof. Zbigniew Włodarczyk, przedstawiciel Polski w europejskiej sekcji transplantacyjnej, kierownik bydgoskiej Kliniki Transplantacji – Tymczasem część kolegów z innych krajów, zwłaszcza z Wielkiej

Brytanii, ogranicza swoje umiejętności tylko do chirurgii transplantacyjnej, ogólną wiedzę transplantologiczną pozostawiając nefrologom albo współpracującym konsultantom. Nie jest to dobre. Transplantologia to nie kraiewiedztwo, ale cała wiedza związana z bezpiecznym przygotowaniem pacjenta do przeszczepienia i jego dobrym prowadzeniem po zabiegu.”

Agnieszka Banach

Informacje o kolejnym egzaminie dla chirurgów transplantologów – odbędzie się w lutym przyszłego roku podczas Kongresu Immunosupresyjnego w Berlinie – na stronie Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego.

Dyskusja o Miejskim trwa

Ratusz planuje przekształcenie Szpitala Miejskiego w niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, prowadzony w formie spółki akcyjnej. Dlaczego miasto zamierza zmienić formę organizacyjno-prawną Szpitala, pisaliśmy w poprzednim PNN. Na razie o tym, czy to słuszne czy nie, dyskutują członkowie Komisji Polityki Zdrowotnej Rady Miasta, a ich wątpliwości starają się rozwiewać władze Bydgoszczy. Najwięcej mają ich przedstawiciele PiS i LiD, widząc w propozycji miasta nieczyste intencje, niektórzy mówią wprost: „to rozkradanie, ktoś chce zrobić dobry interes na szpitalu”. Inni radni są bardziej przychylni: „Nie ma wrogów prywatyzacji – mówi Zbigniew Sobociński (PO) – Zastanówmy się tylko, jak ma nastąpić przekształcenie, by uniknąć niepokojów, że np. dotychczas realizowane przez szpital usługi medyczne nie zostaną zabezpieczone.” „Bez względu na to, czy się przekształcimy czy nie, będziemy realizować

wszystkie świadczenia” – zapewnia Krzysztof Motyl, dyrektor ds. medycznych Miejskiego.

Dyskusja trwa. Tymczasem radni wystąpili do dyrekcji Szpitala Miejskiego o informacje na temat inwestycji i remontów jednostki. Czekają także, o czym informowali ostatnio, na opinię prawną krakowskiego Instytutu Zdrowia Publicznego oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, dotyczącą planowanych zmian – ma być pod koniec października. „I na pewno opinia będzie dobra – twierdzi poseł PiS Tomasz Latos, przeciwnik przekształcenia – Diabeł tkwi w szczegółach”.

Kolejna grupa do przekonania to pracownicy Szpitala Miejskiego. Jest ich 460, w tym 100 lekarzy. Dyrekcja Szpitala zapewnia, że przekształcenie nie będzie dla nich groźne. Bezpiecznie mogą się czuć pielęgniarki: „To ostatnia grupa, którą miałyby osiągnąć zwolnienia. Mamy ich za mało. – mówi Krzysztof Motyl. Spokojni o pracę mogą być też lekarze:

„Mamy optymalny skład. Jeżeli byśmy planowali cięcia to zrobilibyśmy je wcześniej, w ramach trwającej od dwóch lat restrukturyzacji. Po przekształceniu szpitala w spółkę możemy nawet planować dalsze zatrudnienia” – zapewnia dyrektor placówki Krzysztof Tadrzak.

Prezydent Bolesław Grygorewicz informuje, że już prowadzi rozmowy ze związkami z Miejskiego: „Zamiarem miasta jest przekształcenie placówki w spółkę akcyjną z udziałem miasta i pracowników, dlatego chcę ich zapytać np. o to, czy będą zainteresowani zakupem akcji.”

Pakiety akcji będą mogli kupować nie tylko etatowcy, także osoby zatrudnione na podstawie umów cywilno prawnych będą miały prawo do ich nabywania.

Agnieszka Banach

agnieszka.banach@hipokrates.org

Od red.: Czekamy na Państwa opinie w tej sprawie.



Każdy krok ma znaczenie

Na świecie żyje ponad 40 mln osób z HIV, rocznie przybywa 5 mln zakażonych, a 3 mln chorych co roku umiera z powodu AIDS! W Polsce do tej pory zarejestrowano 11 tys. zakażonych, ale jak się szacuje może być ich nawet trzy razy tyle. W samym tylko 2006 roku wykryto 749 zakażeń. Na AIDS od początku epidemii zachorowało u nas prawie 2 tys. osób i blisko 900 z nich zmarło. Oprócz zatrważających statystyk niepokoją wyniki ostatnich badań – **Polacy zdają sobie sprawę jakie zagrożenia niesie ze sobą HIV/AIDS i są świadomi jak choroby unikać, ale... tej wiedzy nie stosują w praktyce.** Przekonaniu – ten problem mnie nie dotyczy – hołduje na co dzień większość naszych rodaków. Tymczasem choroba może dotknąć każdego, kto podejmuje ryzykowne zachowania – bez względu na wiek, status społeczny, miejsce zamieszkania, przekonania czy płeć.

Najczęściej do zakażenia HIV dochodzi w Polsce poprzez kontakt seksualny i to głównie heteroseksualny, a wyraźny wzrost zachorowań widoczny jest szczególnie u osób między 18. a 39. rokiem życia. Ta właśnie, najbardziej zagrożona grupa wiekowa – aktywna seksualnie, wchodząca w pierwsze i kolejne związki – jest w tym roku głównym odbiorcą **kampanii społecznej dotyczącej profilaktyki HIV/AIDS.** Organizatorzy te-

gorocznego przedsięwzięcia opatrzonego hasłem – „W tańcu jak w życiu każdy krok ma znaczenie” będą ostrzegać przed konsekwencjami, jakie może nieść za sobą nieznajomość seksualnej przeszłości partnera i zachęcać, by przed podjęciem „kolejnego kroku” w związku – decyzji o współżyciu – poznać najpierw statut serologiczny partnera, czyli wynik testu na HIV. Cel kampanii to

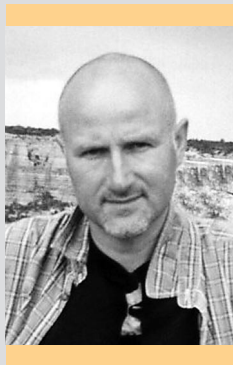
zmniejszenie liczby nowych zakażeń HIV drogą kontaktów seksualnych.

Kampania ruszyła także w województwie kujawsko-pomorskim. Do 31 sierpnia 2007 zarejestrowano tu 461 zakażonych – w rzeczywistości może ich być nawet 3 razy więcej. Na AIDS zachorowało u nas 149 osób – 69 już zmarło. Rocznie rejestruje się w regionie 10 nowych przypadków AIDS i około 30 zakażeń HIV i, jak informuje doktor Barbara Strzelczyk kierownik Oddziału Nadzoru Przeciwepidemicznego WSSE: „zaczynają przeważać osoby, które zarażyły się przez kontakty heteroseksualne”. Problemem jest zbyt późna wykrywalność zakażenia HIV: „często zdarza się, że jednocześnie z HIV stwierdzamy już AIDS” – mówi Barbara Strzelczyk. Kampanię w regionie koordynuje Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna. Akcje edukacyjne będą prowadzone m.in. wśród studentów i uczniów szkół ponad gimnazjalnych, klienci pubów obejrzą filmy o tematyce HIV/AIDS. A bezpłatnemu i anonimowemu testowi w kierunku HIV można się poddać w Punkcie Konsultacyjno-Diagnostycznym WSSE przy ul. Kujawskiej 4 w każdą środę od godz. 15–18 i w czwartek od 15 do 17. Można tam też zadzwonić – tel.: 052 371 94 98. Pomoc i wsparcie uzyska także każdy dzwoniący pod numer telefonu zaufania: 022 692 82 26.

a.b.

AIDS
NIE DAJ SZANSY!

Ważne! O tym: jak zachować się bezpośrednio po zakażeniu (skaleczeniu) ostrym narzędziem zanieczyszczonym zakażoną HIV krwią; co to jest profilaktyka poekspozycyjna, kiedy ją stosować i jak długo powinno trwać leczenie; jak badać osobę od której pochodziła krew lub zakaźny płyn ustrojowy oraz o koniecznych badaniach ekspozowanego na HIV pracownika służby zdrowia i o wielu innych zagadnieniach związanych z postępowaniem po kontakcie z HIV na stronie www.aids.gov.pl w zakładce – Informacje dla lekarzy, pod hasłem „Profilaktyka poekspozycyjna na HIV”.



Jak zabija papieros?

■ Marek Jurgowiak

Wykłada biochemię w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Jest autorem książki „Biologia – przed egzaminem na akademie medyczne” wydanego przez Wyd. Lek. PZWL i współautorem rozdziałów podręcznikowych oraz autorem licznych artykułów popularyzujących wiedzę, publikowanych m.in. w czasopiśmie Wiedza i Życie. W polu zainteresowań naukowych dr. Marka Jurgowiaka znajduje się szeroko pojęta biologia wolnych rodników, w tym ich udział w procesach nowotworzenia i starzeniu organizmów. Zapytany o swoje „relacje” z paleniem, określa się następująco: „Palacz papierosów w czasach młodości, aktualnie wyzwolony ze szponów nałogu, choć chwile słabości czasem powracają.”

Tytoń szlachetny – *Nicotiana tabacum*; tytoń multañski, to roślina zawierająca do 8% alkaloidów, w tym między innymi – nikotynę. Używką, dziś powszechnie znana i będąca przyczyną tytoniowego „nikotynizmu” jaki ogarnął stopniowo cały świat. Kiedy po II Wojnie Światowej rozpoczęła się prawdziwa moda na palenie papierosów, nikt nawet nie przypuszczał, że palenie stanie się normą społeczną, najpierw wśród mężczyzn, a później i kobiet.

■ Uczeni alarmują

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) alarmuje, że prawie miliard mężczyzn i 250 milionów kobiet na świecie, to nałogowi palacze. Wprawdzie tempo wzrostu konsumpcji papierosów w skali ogólnosiwiatowej obniża się, ale jest nadal wysokie. Obliczono, że w roku 2000 mieszkańcy Ziemi wypalili 5,5 trylion papierosów! Skala problemu jest więc poważna, jeśli wziąć pod uwagę fakt, że palenie papierosów jest przyczyną 90% przypadków zachorowań na raka płuc (80–90% raka płuc u mężczyzn i 60–85% u kobiet) i jedną z głównych przyczyn zgonów powodowanych chorobami nowotworowymi. Z szacunków wynika, że skutkiem palenia jest śmierć każdego roku około 1,2 miliona osób.

W roku 2003 Międzynarodowa Agencja Badań Nowotworów (IARC) wydała monografię zatytułowaną „*Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*” oceniając ryzyko zagrożenia nowotworami u człowieka. W ocenie tej nie pozostawia się wątpliwości co do sprawczej roli używania tytoniu w zagrożeniu wystąpienia chorób nowotworowych. Palenie papierosów (to w Polsce najczęstsza forma używania tytoniu) podnosi ryzyko wystąpienia wszystkich typów nowotworów płuc. Zresztą rak płuc jest najczęstszą przyczyną zgonów powodowanych przez choroby nowotworowe w Polsce. Ale to nie jedyny sprawca śmierci wśród palaczy. Również nowotwory krtani, języka i warg wiąże się obecnie z ekspozycją na dym tytoniowy podczas palenia papierosów, cygar i fajki. U palaczy częściej też, w porównaniu do osób niepalących, występują nowotwory nerek, białaczki, nowotwory pęcherza moczowego i żołądka, wątroby i trzustki oraz nowotwory

sutka i szyjki macicy. Można zaryzykować przy tym ocenę, że aż siedmiokrotnie rośnie ryzyko śmierci spowodowanej nowotworem złośliwym u palaczy w porównaniu do osób niepalących. Generalnie, około 1/3 wszystkich chorób nowotworowych pozostaje w zależności od palenia tytoniu.

Oczywiste jest obecnie, że czynniki rakotwórcze odpowiedzialne za rozwój wielu typów nowotworów są produktem spalania tytoniu. Skoro bezpośredni związek pomiędzy używaniem wyrobów tytoniowych, ekspozycją na karcynogeny i śmiercią jako skutkiem rozwoju nowotworu jest faktem, badania te mogą stanowić wręcz model prowadzący do zrozumienia mechanizmów indukcji rozwoju nowotworów wszystkich typów.

■ Toczy się podstępnie i powoli

Czynniki rakotwórcze, po wnikięciu do organizmu (wtłacza je tu sam palacz!) przedostają się do komórek i oddziałują z materiałem genetycznym. Powstające uszkodzenia DNA skutkują zaburzeniem funkcjonowania tej biomolekuły. Jeśli działające w komórce mechanizmy naprawcze nie usuną takich uszkodzeń, wówczas są one kumulowane w komórce jako zmiany o charakterze mutacji. O ile mutacje dotyczą genów regulujących procesy podziałowe oraz specjalizację (różnicowanie) komórkową prowadzi to do zmian cyklu życiowego komórki i wówczas mówimy o transformacji nowotworowej komórki. W efekcie, komórki namnażają się w sposób niekontrolowany i rozwija się tkanka nowotworowa, a nowotwór zaczyna ujawniać cechy klinicznie rozpoznawalne. Oczywiście komórki budujące organizm dysponują szeregiem mechanizmów obronnych, które chronią nas przed rozwojem nowotworów. Jedną z takich form obrony jest wprowadzanie komórek z uszkodzonym DNA na drogę apoptozy, czyli programowanej śmierci samobójczej. Odpowiadają za to produkty genów supresorowych np. jednego z najlepiej poznanych jakim jest gen *p53*. A zatem rozwój nowotworu należy wiązać z takimi uszkodzeniami naszego genomu, które dotyczą protoonkogenów, onkogenów, genów supresorowych oraz genów odpowiedzialnych za naprawę DNA. Według nowych teorii karczy-

nogenezy nie bez znaczenia są także zmiany dotyczące liczby chromosomów. W obrębie guza nowotworowego rozwija się też sieć naczyń krwionośnych, co może sprzyjać tworzeniu przerzutów nowotworu do innych tkanek.

■ Sprawcy całego zła

Karcynogeny obecne są zarówno w strumieniu głównym dymu (inhalowanym bezpośrednio) jak i strumieniu bocznym, czyli dymie unoszącym się swobodnie z żarzącego się papierosa. Co ciekawe, w strumieniu bocznym stężenia karcynogenów są nawet wyższe, aniżeli w strumieniu głównym. Pamiętajmy przy tym, że inhalowanie dymu przez niepalących określamy jako palenie bierne. Według niektórych szacunków czynniki rakotwórcze obecne w dymie co czwartego papierosa, wypalonego w zamkniętym pomieszczeniu są inhalowane przez osoby niepalące.

Więcej niż 60 znanych karcynogenów wykrywa się w strumieniu głównym dymu papierosowego. Najbardziej znanym jest benzopiren, należący do wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych. Jest to pierwszy karcynogen wykryty w dymie papierosowym i jeden z pierwszych potwierdzonych czynników wywołujących mutację genu *p53*. Z badań eksperymentalnych prowadzonych nad rozwojem nowotworów u myszy wiemy też, że do pełnej aktywności tzw. silnych karcynogenów, do których należy -benzopiren niezbędna jest obecność tzw. ko-karcynogenów nasilających aktywność związków karcynogennych.

Inne silne tytoniowe substancje rakotwórcze to N-nitroaminy i aminy aromatyczne występujące w ilościach 1–200 ng na papieros. Ponadto na dym papierosowy składa się szereg czynników o słabszym działaniu, ale występujących w większych ilościach. Należy do nich np. acetaldehyd (około 1mg na papieros). O tym, że podczas palenia smakosz papierosów ulega też napromieniowaniu w ciągu roku dawką promieniowania równą 250–300 zdjęciom rentgenowskim (czyli dużo ponad normę) wie chyba nie każdy konsument papierosowego dymu. W papierosach obecne są bowiem izotopy promieniotwórcze np. polonu, które dostają się do liści tytoniu z gleby i w nich kumulują. Jest to chociażby radioizotop Po-210, czy radon (Rn-222).

Każdy papieros zawiera 0,3 pCi (pikokuriura) Polonu-210, który przedostaje się do komórek i kumuluje w nabłonku dróg oddechowych palacza. Człowiek wypalający od 1 do 2 paczek papierosów dziennie napromieniowuje w ciągu jednego roku swoje drogi oddechowe dawką około 8 do 9 rem. Dawka ta wyraźnie kontrastuje z tą, jaka przyjmowana jest podczas jednego standardowego zdjęcia rentgenowskiego, czyli z dawką 0,03 rem. Obecnie prowadzone badania wskazują, że organizm dzieci, których rodzice palą papierosy, kumuluje radioaktywny polon (Po-210). Polonem właśnie otruty został w 2006 roku były agent rosyjskich służb specjalnych Aleksander Litwinienko, co ponownie wzbudziło zainteresowanie toksycznym działaniem polonu na organizm człowieka.

Co ciekawe też, w obliczu głośnej swego czasu próby otrucia prezydenta Ukrainy Wiktora Juszczenki, w dymie papierosów obecne są dioksyny. Związki te są silnie toksycznymi i rakotwórczymi. I choć zapewne kłopoty prezydenta Ukrainy nie były spowodowane paleniem papierosów, to skutki działania dioksyn na jego organizm powinny działać także na wyobraźnię palaczy.

Nie zapominajmy też o obecnym w dymie tytoniowym tlenku azotu, tlenku węgla i nikotynie. Nikotyna w mniejszych dawkach wzęta naczynia krwionośne (uwaga cierpiąca na chorobę wieńcową) zaś w dużych dawkach jest substancją silnie trującą, a nawet zabójczą. Nikotyna jest też czynnikiem stymulującym wzrost guza nowotworowego. Chociaż od dawna wiadomym było, że nikotyna czyni nowotwór bardziej agresywnym, mechanizm tego zjawiska nie był dokładnie znany. Ostatnie badania jakie przeprowadził Sirkumar Chellappan wraz z zespołem (Uniwersytet Południowej Florydy w Tampa) wyjaśniają dlaczego istniejący już nowotwór może stać się bardziej agresywny. Badacze poddali komórki nowotworowe płuc działaniu nikotyny w ilościach równoważnych z tą, jaka znajduje się we krwi palacza po wypaleniu jednej paczki papierosów. Efektem była stymulacja podziałów komórkowych. Okazało się, że odpowiada za to łączenie się cząsteczki *Raf-1* z komórkowym białkiem *Rb*, które normalnie odpowiada za hamowanie wzrostu guza (działanie supresyjne). Zatem zakłócenie funkcjonowania białka *Rb* może skutkować nasileniem rozprzestrzeniania się nowotworu. Wyjaśnia nam to dlaczego nowotwór piersi daje przerzuty do płuc z większym prawdopodobieństwem u tych kobiet, które palą tytoń. Odkrycie to może postawić dodatkowo pod znakiem zapytania zasadność stosowania u pacjentów z nowotworami płuc plastrów i gum nikotynowych, które miałyby pomóc w zerwaniu z nałogiem.

■ Co ma do tego nasz DNA?

Karcynogeny chemiczne mają tę właściwość, że dość łatwo wchodzą w reakcje

z cząsteczkami DNA. Wśród składników DNA najbardziej podatną na reakcje z karcynogenami jest cząsteczka guanozyny. To jedna z czterech typów cząsteczek odpowiedzialnych za kodowanie informacji genetycznej w DNA. Nie wchodząc w szczegóły wyjaśnijmy, że w wyniku oddziaływania substancji rakotwórczej na DNA wytwarzają się pomiędzy nimi stabilne wiązania kowalencyjne, a powstały produkt reakcji nosi nazwę adduktu DNA.

Połączenia te uznawane są za dowód na efektywne oddziaływanie karcynogenu z DNA i stanowią miarę jego dawki, jaka modyfikowała DNA. Badaniami etiologii nowotworów dróg oddechowych zajmuje się w Polsce między innymi zespół prof. Krzysztofa Szyftera z Poznania (Instytut Genetyki Człowieka PAN). Przedmiotem zainteresowania tej grupy naukowców była analiza tkanek krtani i leukocytów krwi obwodowej, która wykazała wysoki poziom adduktów DNA u pacjentów z rakiem krtani i ich wprost proporcjonalną zależność od liczby wypalanych papierosów. Oznaczenie ilościowe adduktów DNA w leukocytach umożliwiło porównanie poziomu adduktów DNA u chorych na raka krtani, zdrowych palaczy papierosów i osób zdrowych, które nie używają tytoniu. Jak się można domyślać, poziom adduktów DNA był coraz niższy w kolejno wymienionych grupach. Potwierdza to z pewnością, że uszkodzenia DNA tego typu stanowią ważny czynnik w rozwoju nowotworów dróg oddechowych.

Palenie papierosów wzmaga również w organizmie powstawanie wolnych rodników tlenowych (WRT). Skutkuje to nasileniem stresu oksydacyjnego i uszkodzeniami przez WRT ważnych dla życia molekuł komórkowych takich jak DNA i białka. Sam dym papierosowy zasobny jest też w związki o charakterze wolnych rodników, w tym tlenek azotu. U palaczy tytoniu stwierdza się wyższy niż u osób niepalących poziom oksydacyjnie uszkodzonych zasad azotowych w cząsteczkach DNA. Taką markero- wą cząsteczką jest zmodyfikowana przez WRT guanina (8-oksyguanina). Okazuje się, że ludzie palący papierosy wydają dziennie około 50% więcej uszkodzonej guaniny w moczu aniżeli osoby niepalące. Taka znacząca różnica w poziomie 8-oksyguaniny DNA palaczy może sugerować zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwór, ale też i inne choroby. Co ciekawe, u osób palących tytoń obniżony jest poziom witaminy C i innych witamin o ochronnym, antyoksydacyjnym działaniu, oraz mniej aktywnie działają endogenne enzymy antyoksydacyjne. A wyniki badań epidemiologicznych wyraźnie wskazują, że dieta bogata w antyoksydanty (powiązana z wyższym poziomem tych czynników we krwi) wpływa na redukcję ryzyka zachorowania na nowotwory. W celu wykazania zależności pomiędzy oksydacyjnymi uszkodzeniami DNA, a ak-

tywnością układów antyoksydacyjnych w tkankach nowotworowych i tkankach nie zmienionych nowotworowo zespół pod kierunkiem prof. Ryszarda Olińskiego (Katedra i Zakład Biochemii Klinicznej CM UMK) podjął się badań poziomu 8-oksyguaniny i aktywności enzymów ochronnych w prawidłowych i zmienionych nowotworowo tkankach płuc człowieka. Wyniki badań nie pozostawiają wątpliwości. Wyższy poziom uszkodzeń DNA odnotowano w tkance nowotworowej w porównaniu z prawidłową. Aktywność enzymów antyoksydacyjnych, jak się można było spodziewać, niższa była w tkankach nowotworowych.

■ Płeć raka?

Można się spodziewać, że wiek pacjentów jest czynnikiem wpływającym na poziom, nie tylko wolnorodnikowych uszkodzeń DNA, ale i poziom adduktów DNA. Wytywa to z faktu, że nowotwory generalnie uchodzą za choroby wieku podeszłego, ale i z obserwacji, że potencjał naprawczy naszych komórek w odpowiedzi na uszkodzenia DNA maleje wraz z wiekiem. Na przykład rak krtani jest chorobą wieku dojrzałego i podeszłego. We wspomnianych już badaniach zespołu prof. Krzysztofa Szyftera wprowadzie odnotowano wyższe poziomy adduktów DNA u starszych pacjentów, ale analizy statystyczne wskazują, że wiek jest jednak drugorzędym czynnikiem wpływającym na poziom uszkodzeń DNA w następstwie palenia tytoniu. Znacznie wyraźniejsza jest relacja między płcią pacjentów, a podatnością na uszkodzenia materiału genetycznego! Według danych epidemiologicznych rak krtani jest chorobą typowo męską. Na 100 tysięcy mężczyzn nowotwór krtani rozwija się u 13 osób. Wśród kobiet jest to tylko 0,6 przypadków na 100 tysięcy. Także śmiertelność w wyniku rozwoju choroby jest znacznie wyższa u mężczyzn (8,4 przypadków na 100 tysięcy, podczas gdy u kobiet 0,5). Tkanki górnych dróg oddechowych mężczyzn wykazują wyższe poziomy adduktów DNA, niż odpowiadające im tkanki kobiet. Co też niezwykle ciekawe, w komórkach guza krtani u mężczyzn obserwuje się często brak męskiego chromosomu Y, który obecny jest przy tym w prawidłowych komórkach u tej samej badanej osoby. Być może należy tu więc uwzględnić ubytki genów chroniących przed rakowaceniem komórek, a zlokalizowanych na chromosomie Y. A zatem wśród czynników mających wpływ na poziom adduktów DNA pierwszoplanowa jest ekspozycja na działanie karcynogenów, a wśród cech indywidualnych duże znaczenie ma płeć osoby ekspozowanej na działanie karcynogenów dymu tytoniowego.

■ Nawyki warto zmieniać

Od lat popularyzowana jest teza, że dieta bogata w warzywa i owoce (zasobna

w witaminy) skutecznie chroni przed nowotworami. Być może istnieje związek między stężeniem witamin (głównie A, C i E) a pronowotworowymi modyfikacjami DNA. Warto w tym kontekście zwrócić uwagę na fakt, że dowody eksperymentalne wskazujące na rakotwórczy potencjał składników dymu tytoniowego skłoniły wielu ludzi na świecie do zaniechania palenia papierosów, co np. w Stanach Zjednoczonych zaowocowało znacznym spadkiem zachorowań na raka płuc. Jak wiadomo w Polsce warzywa i owoce spożywane są w niedostatecznych ilościach. Skutkuje to tym, jak wykazują badania, że stężenia witaminy C w surowicy krwi statystycznego Polaka są znacząco niższe niż poziom przyjęty jako norma w krajach UE. Czy jednak dowolne faszzerowanie organizmu pigułkami może przynieść upragniony skutek jakim jest uniknięcie chorób tytoniowych? Kubłem zimnej wody dla zwolenników takiej hipotezy stały się wyniki projektu *Alpha Tocopherol, Beta Carotene Cancer Prevention Study* (zapobieganie rakowi przez - tokoferol i -karoten). Badania objęły prawie 30 tys. palących mężczyzn w wieku 50–69 lat, którym podawano megadawki witaminy E i -karotenu. Badania wykazały, że -karoten nie tylko nie zmniejsza, ale wręcz podwyższa ryzyko raka płuc, prostaty i żołądka. U przyjmujących witaminę E rak prostaty, jelita grubego i odbytnicy występował wprawdzie rzadziej, ale za to nowotwory żołądka – częściej. Dopełniającym tych obserwacji stał się program CARET (badania nad wpływem retinolu i -karotenu na nowotwór płuc). Część badanych otrzymywała placebo, a część retinol i -karoten. Wystarczyły niecałe dwa lata by wykazać, że u przyjmujących oba przeciwutleniające znacznie wzrosła częstotliwość występowania raka płuc jak i śmiertelność z powodu tego nowotworu. Badania musiały natychmiast przerwać.

Zarówno świadomość żywieniowa, jak i dotycząca stylu życia mogą doprowadzić do ograniczenia jednego z czynników ryzyka prowadzącego do rozwoju chorób, które są najczęstszymi przyczynami zgonów w Polsce i w większości krajów. Uzyskiwane wyniki badań wskazujące na związek pomiędzy inhalowaniem dymu tytoniowego, a rozwojem nowotworów (głównie dróg oddechowych, ale nie tylko) powinny ukierunkowywać prowadzenie coraz skuteczniejszych działań profilaktycznych, a w dalszej przyszłości działań terapeutycznych. Choć zapewne lepiej zapobiegać niż leczyć, to w dalszym ciągu pewne zachowania i normy akceptowane i propagowane w społeczeństwie nie ułatwiają walki z paleniem tytoniu, a w następstwie i chorobami nowotworowymi. Zatem wybór wciąż należy do nas samych. **Aż trudno jest zrozumieć, że papierosy nadal są jedyną legalnie sprzedawaną na całym świecie używką o udowodnionym działaniu rakotwórczym.**

Blisko pół tysiąca Polaków każdego dnia umiera z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Mówiąc obrazowo – codziennie tracimy prawie cały skład naszego Parlamentu. Nie jesteśmy jednak bezbronni. Większość z tych osób mogłaby żyć, bo na wiele czynników ryzyka chorób serca największy wpływ mamy my sami. Wystarczy stosować się do, wydawałoby się, prostych reguł: nie palić, ograniczyć spożywanego alkoholu, ćwiczyć, dbać o dietę, wagę, regularnie się badać. W tej gazecie te „zdrowe” zasady brzmią jak truizmy (choć nie często stosowane we własnym życiu), jednak, jak pokazują badania, aż 2/3 Polaków nie wie, jak ustrzec się chorób serca!

Serce nie sługa!

Tymczasem „cała siła w profilaktyce” – przekonuje profesor Władysław Sinkiewicz, przewodniczący bydgoskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, które po raz trzeci, przy współudziale władz Bydgoszczy, zajęło się koordynacją tegorocznego Światowego Dnia Serca. Cel przedsięwzięcia, tym razem organizowanego pod hasłem: „Jak młode jest twoje serce?”, jest jak zwykle taki sam: propagowanie korzystnych zachowań zdrowotnych. W słoneczną niedzielę 30 września bydgoszczanie mogli przekonać się naocznie, co dobre jest dla ich zdrowia. Było trochę sportu – pokazy: Tai-Chi, oyama karate, spinningu, konkursy sportowe dla chętnych. Można było się dowiedzieć, jak zdrowo jeść i żyć. Chętnych do zmiany stylu życia nie było jednak zbyt wielu. Jak zwykle, najwięcej osób w ramach dbania o swoje zdrowie wolało się po prostu zbadać. Chętni mogli skorzystać z Kardiologicznej Poradni „Servier” (już po raz piąty!) lub punktów konsultacyjnych bydgoskich przychodni i tam sprawdzić poziom glukozy, cholesterolu, zmierzyć ciśnienie.

„Ciągłe panuje mit, że im więcej będę się badał, tym będę zdrowszy. Jak by pani widziała co się tu działo, jak przez moment zabrakło pasków do glukometru! – komentuje zachowania kolejkowiczów jeden z lekarzy – Ludzie masowo badają sobie cholesterol, zupełnie lekceważąc inne ważne czynniki ryzyka takie, jak np. palenie papierosów czy brak ruchu. Tymczasem zmiana stylu życia jest najważniejszym czynnikiem prozdrowotnym, ale najtrudniejszym do wykonania.”

Z tym, że najciężej zmienić swój styl życia zgadza się doktor Beata Sulikowska, konsultant wojewódzki ds. hipertensjologii. „Najgorzej jest z przeforsowaniem u pacjentów diety niskocholesterolowej, mniejszych ilości jedzenia, czy wysiłku fizycznego kilka razy w tygodniu – mówi – Tymczasem około 60 proc. pacjentów z nadciśnieniem cierpi na nadwagę lub otyłość. Zresztą z przestrzeganiem nefarmakologicznych wskazań jest źle w całej Europie.”

Pocieszające w tej sytuacji jest to, że pacjenci są coraz bardziej świadomi, tego co powinni robić, aby cieszyć się dobrym zdrowiem i może w końcu tę wiedzę wprowadzą w życie. „Świadomość chorych rośnie. Kiedy zaczęliśmy organizować badania, byliśmy przerażeni, bo przychodziły głównie osoby już nieczynne zawodowo. Teraz widać, że pacjenci

są coraz bardziej zainteresowani profilaktyką i co dla nas istotne, ich średnia wieku się obniża. Ludzie zwracają się ku zdrowiu, a dbanie o nie zaczynają traktować jak inwestycję. – zauważa prof. Jacek Manitius, kierownik Kliniki Nefrologii w Szpitalu Uniwersyteckim CM UMK, ale do tej beczki miodu dodaje tyżkę dziegciu – Nie jesteśmy w stanie pokonać innej bariery: pacjenci z rozpoznaniem już nadciśnieniem często w ogóle nie stosują się do lekarskich wskazań lub zbyt szybko dochodzą do wniosku, że są wyleczeni.” Efekty takich zachowań widać w badaniach – w Polsce tylko 12 procent chorych na nadciśnienie jest prawidłowo leczonych. Lepiej jest np. we Francji – 27 proc. czy USA – prawie 30 proc.

„To kwestia braku długoletniej edukacji – tłumaczy prof. Manitius – Powinno się ją zacząć już w szkole średniej. Teraz docieramy do ludzi o 40 lat za późno.”

Inny problem, że lekarze nie są w stanie poświęcić zbyt wiele czasu na rozmowę z pacjentem i ciągle szwankuje współpraca na linii lekarz poz – lekarz specjalista.

a.b.



Częstość akcji serca (tętno)

jest jednym z najczęściej ocenianych przez lekarzy parametrów w codziennej praktyce klinicznej. Niezwykle prosta metoda pomiaru – opuszki palców oraz zegarek – może dostarczyć ważnych informacji klinicznych. **Tętno** jest bowiem jednym z najważniejszych objawów czynności życiowych, którego zmiana może wskazywać na zakażenie, stres, wstrząs, krwotok, chorobę tarczycy itd. W dziedzinie kardiologii utrzymująca się przyspieszona częstość akcji serca jest bezpośrednio związana z ryzykiem pęknięcia blaszek miażdżycowych – bezpośredniej przyczyny nagłego zamknięcia tętnicy wieńcowej i zawału mięśnia sercowego. W jednym z badań dotyczących grupy 1807 pacjentów przyjmowanych do szpitala z powodu zawału serca wykazano, że najmniejsze ryzyko zgonu z dowolnej przyczyny dotyczyło pacjentów ze spoczynkową czynnością serca 50–60 uderzeń na minutę. Zwolnienie lub przyspieszenie akcji serca poza ten przedział związane było ze wzrostem ryzyka zgonu.

Myszy i ludzie



■ Olga Haus

Lekarz – specjalista genetyki klinicznej i internista. Wojewódzki konsultant ds. genetyki klinicznej. Studia ukończyła oraz zdobyła stopnie doktora nauk medycznych i doktora habilitowanego na Wydziale Lekarskim AM we Wrocławiu. Od 10 lat kieruje Katedrą i Zakładem Genetyki Klinicznej, najpierw w obrębie AM, a później Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Kieruje również Poradnią Genetyczną Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy i nadzoruje pracę Prenatalnej Poradni Genetycznej w Szpitalu Wojewódzkim im. Bizuela.

Główne zainteresowania naukowe: genetyczne podłoże chorób nowotworowych, głównie układu krwiotwórczego, genetyczne podłoże wad wrodzonych. Zainteresowania parazawodowe: współpraca z pozarządowymi organizacjami zajmującymi się dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną.

Tegoroczną nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny otrzymali trzej uczeni: Mario R. Capecchi, Martin J. Evans i Oliver Smithies, za odkrycia związane z wywoływaniem u myszy specyficznych, ukierunkowanych modyfikacji genowych (gene targeting) poprzez zastosowanie zarodkowych komórek macierzystych.

Dwaj z tegorocznych laureatów, Capecchi i Smithies, niezależnie od siebie, od lat osiemdziesiątych XX wieku pracowali nad technikami wprowadzania nowych genów do komórek (gene knock-in), wyłączenia genów (gene knock-out) oraz ich modyfikacji poprzez ukierunkowaną mutagenezę. Ich badania pozwalały na uzyskanie korekcji lub nokautu genów na poziomie komórkowym. Natomiast badania trzeciego z laureatów, Martina Evansa, nad hodowlami embrionalnych komórek macierzystych pozwoliły na przeniesienie tych doświadczeń z poziomu „in vitro” na poziom „in vivo” – do badań na zwierzętach laboratoryjnych. Możliwe stało się modyfikowanie genów w hodowlach macierzystych komórek zarodkowych myszy i następnie wprowadzanie tych komórek do mysich zarodków w stadium blastocysty, uzyskując w ten sposób myszy z określonymi zmianami genetycznymi, które mogły być przekazywane z pokolenia na pokolenie.

Badania na zwierzętach laboratoryjnych są prowadzone od bardzo dawna. Od około dwudziestu lat, a więc od czasu, w którym tegoroczni laureaci dokonywali swoich odkryć, zwierzęciem laboratoryjnym „z wyboru” jest mysz, stanowiąca znakomity

model do badań skutków modyfikacji genetycznych, ze względu na niski koszt utrzymania, szybkość rozmnażania i łatwość modyfikacji materiału genetycznego.

Genetycznie modyfikowane myszy (transgeniczne – z wprowadzonym nowym genem, albo „znokautowane” – z usuniętym lub uszkodzonym genem) pozwalają na badanie efektów zmian pojedynczych genów, a tym samym – na analizę mechanizmu i skutków fenotypowych działania tych genów. Ze względu na znaczne podobieństwo genomu myszy i ludzi, genetycznie zmodyfikowane myszy służą jako model wielu wrodzonych chorób, lub zespołów wad człowieka.

Capecchi zajął się głównie analizą wpływu na rozwój zarodka modyfikacji genów homeoboksowych HOX należących do jednej z głównych grup genów decydujących o prawidłowym rozwoju organizmu. Geny HOX decydują o planie rozwoju zarodka w osi przednio-tylnej i o prawidłowej lokalizacji struktur, narządów w poszczególnych częściach/segmentach ciała. (Nagroda Nobla 1994). Przeprowadzając sterowane modyfikacje genów homeoboksowych Capecchi obserwował ich skutki fenotypowe w postaci zespołów wad u zarodków, a następnie u dorosłych myszy. Porównywał je ze znanymi zespołami wad człowieka (np. zespół Di George), co pozwoliło w wielu wypadkach na odkrycie zaburzeń genetycznych (niekiedy nie tak prostych jak u myszy) leżących u ich podłoża. Ze względu na większą złożoność funkcjonowania genomu człowieka nie zawsze udawało się bezpośrednio

przełożyć odkrycia na myszach na dane przydatne w genetyce klinicznej, jednak poznano w ten sposób podłoże wielu wad wrodzonych. (np. wad kończyn zależnych od mutacji genów HOX D oraz wad układu nerwowego, zależnych od mutacji EMX2 lub MSX2).

W późniejszych latach zajęto się również wpływem sterowanych mutacji genów supresji nowotworów na rozwój zarodka. Okazało się, że geny te (np. BRCA1,2, TP53, AML1) są również w pewnym sensie genami rozwojowymi. Ich homozygotyczne mutacje (mutacje obu kopii genu) powodowały wczesną letalność zarodków lub ciężkie wady wrodzone różnych narządów i układów.

Smithies i Evans skupili się na genetycznie uwarunkowanych chorobach człowieka, głównie na mukowiscydozie. Jej podłoże stanowią różnorodne mutacje genu CFTR (cystic fibrosis transmembrane regulator), których poznano już ponad tysiąc. Wyłączając lub modyfikując różne eksony tego genu, powodując mutacje będące odpowiednikami ludzkich mutacji (np. najczęstszych – F508 lub G551D), uzyskiwali oni, i kontynuatorzy ich badań, szczepy myszy o różnych fenotypach; od bardzo ciężkiej, subletalnej, do lekkiej postaci choroby, ze zmianami wielonarządowymi albo dotyczącymi tylko pojedynczego narządu, z wrażliwością lub opornością na różne bakterie, np. *Ps.aeruginosa*. Obserwacje tych szczepów pozwoliły na powiązanie określonych objawów klinicznych z określonymi mutacjami. Co więcej, modyfikując dietę i podając różne leki stosowane w leczeniu mukowiscydozy u ludzi, można było obserwować ich skutki fenotypowe i wypracować, na razie na zwierzętach, modele terapii dopasowanej do zmian genetycznych. Wiele z tych odkryć wygląda obiecująco również w odniesieniu do leczenia tej ciężkiej choroby u ludzi.

Genetyczne modyfikowanie komórek zarodkowych myszy pozwoliło również na badania podłoża genetycznego i mechanizmów rozwoju wielu innych chorób człowieka, również tych o podłożu wielogenowym; neurodegeneracyjnych (np. ch. Alzheimera), nowotworowych, metabolicznych, czy chorób układu krążenia.

Strategia genetycznej modyfikacji komórek macierzystych daje również nadzieję na znalezienie skutecznej terapii genowej ww. chorób, a także wielu innych chorób nękających człowieka. A wszystko to dzięki myszom...

I ludziom, którzy za swoje badania zostali uhonorowani najwyższą nagrodą naukową.

Kontraktowanie programów profilaktycznych 2008

W Zarządzeniu nr 66/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne, określono programy i ich zakresy, które przyjdą do realizacji w 2008 r.

Nie znalazły się w nim dotychczas kontraktowane na terenie działania Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zakresy programów profilaktycznych:

1. Program profilaktyki chorób układu krążenia
2. Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – etap podstawowy,
3. Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – etap badań pogłębionych,
4. Program profilaktyki gruźlicy – etap I,
5. Program profilaktyki gruźlicy – etap II,
6. Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy,
7. Program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry,
8. Program wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie.

W związku z powyższym, mimo iż większość umów w tym rodzaju było zawartych jako umowy wieloletnie do 2008 r., to z po-

wodu zmian w katalogu świadczeń wygasną one z końcem b.r. Tylko kilku świadczeniodawców otrzymało od Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ propozycje warunków finansowych na przyszły rok. Dotyczy to tych, którzy kontraktowane mają tylko zakresy przewidziane w przyszłym roku do realizacji w ramach programów profilaktycznych. Oto one:

1. Program badań prenatalnych,
2. Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny,
3. Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki,
4. Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy,
5. Program profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki.

Uszczuplenie katalogu w rodzaju PRO, nie znaczy jednak, że działania profilaktyczne nie będą prowadzone. Program profilaktyki chorób układu krążenia i podstawowy etap programu profilaktyki POChP będą realizowane w ramach umowy w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia lekarza poz. Świadczenia realizowane w ramach etapu I programu profilaktyki gruźlicy, zostały przyjęte do realizacji także w umowie poz, ale w ramach świadczeń pielęgniarstwa środowiskowej. Pacjenci przebadani w ramach programów profilaktycznych w poz, którzy uzyskali nieprawidłowe wyniki badań profilaktycznych, będą kierowani do odpowiednich poradni specjalistycznych.

Świadczenia wykonywane w ramach etapu podstawowego programu profilaktyki raka szyjki macicy odbywać się będą w poradni ginekologiczno-położniczej, a programy wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry w poradni okulistycznej (uwzględnione zostały jako badanie przesiewowe w katalogu porad zabiegowo-diagnostycznych realizowanych w ramach świadczeń w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna).

Działania prowadzone dotąd w ramach programu wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie odbywać się będą w rodzaju świadczeń: rehabilitacja lecznicza w zakresie-rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym.

Świadczeniodawcy zainteresowani prowadzeniem w przyszłym roku działań profilaktycznych, czy to w ramach rodzaju świadczeń: profilaktyczne programy zdrowotne, czy też w innych rodzajach świadczeń zdrowotnych, zawrą umowy w drodze konkursu ofert, który zostanie niebawem ogłoszony przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

*Aleksandra Zachwieja
Sekcja profilaktyki*

K-P OW NFZ w Bydgoszczy

Od red.: tekst napisany 16.10.2007.

Kampania „Cztery pory roku dla zdrowia”

Zaproszenia dla pół miliona pań

K-P OW NFZ już drugi rok prowadzi aktywną kampanię na rzecz programów profilaktycznych pt. „Cztery pory roku dla zdrowia”. Działania promocyjne i edukacyjne prowadzone są wielopłaszczyznowo. Za pomocą i pośrednictwem mediów (spoty radiowe, wywiady prasowe i telewizyjne, stałe strony w gazetach), drukowanie i dystrybucja plakatów i ulotek, insertów tematycznych, organizowanie tzw. białych niedziel, spotkania w terenie, współpraca z parafiami z terenu całego województwa, współpraca z zakładami pra-

cy, salonami fitness i wszystkim, którzy zdecydowali się nam pomóc w zachęcaniu mieszkańców Pomorza i Kujaw do skorzystania z bezpłatnych badań profilaktycznych.

Od marca do czerwca 2007 roku Centrala NFZ rozesała imienne zaproszenia do kobiet na badania mammograficzne i cytologiczne. W województwie kujawsko-pomorskim takie zaproszenia otrzymało prawie pół miliona pań.

Pierwsze efekty naszych działań są już widoczne:

- populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi – 29 552 przebadanych kobiet. W tym samym okresie w roku 2006 mammografię w programie wykonało 14 749 pań,

- populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy – 26 800 badań cytologicznych, to jest o 9690 kobiet więcej niż w porównywalnym okresie 2006 roku.

Działania promujące programy profilaktyczne, podobnie jak same programy, mają charakter długofalowy i będą kontynuowane w kolejnych latach

*Barbara Nawrocka
Rzecznik prasowy
K-P OW NFZ w Bydgoszczy*

Komunikat do lekarzy POZ i realizatorów programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi!

K-P OW NFZ po raz kolejny prosi realizatorów programów: profilaktyki raka piersi i profilaktyki raka szyjki macicy oraz świadczeniodawców POZ, którzy nie odebrali jeszcze materiałów promocyjnych z Funduszu, o zgłoszenie się do siedziby NFZ w Bydgoszczy, przy ul. Słowackiego 3, sala informacyjna, stanowiska 1 i 2 celem odbioru plakatów, ulotek i broszur informacyjnych dla pacjentów.

Barbara Nawrocka – Rzecznik prasowy K-P OW NFZ w Bydgoszczy



Po kilku dniach nasze dzieci w ogóle nie przypominały tych zaleknionych szkrabów płaczących w dniu wyjazdu. Wszystko to nie udałoby się bez pomocy całej gromady niezwykłych młodych ludzi z całego świata, którzy swoim zaangażowaniem tworzą magię Barretstown.

Barretstown, Irlandia

dzieci z całego świata, walczących z chorobami nowotworowymi. Sesja czerwcowa przewidziana była dla maluchów z Polski, Gruzji, Czech, Słowacji, Białorusi i Rosji, łącznie dla ponad stu dzieciaków, w wieku od siedmiu do trzynastu lat.

Okolo trzeciej rano, kiedy już zebraliśmy niezbędne informacje o aktualnych zaleceniach terapeutycznych, spakowaliśmy i opisałyśmy leki, uporaliśmy się z bagażami dzieci i zdenerwowanymi rodzicami, nasz autobus wyruszył z Bydgoszczy. Już po kilku kilometrach nasze obawy zaczęły się urzeczywistniać – dzieci załamywały się łzami i nijak nie można było ich pocieszyć. Dla wielu z nich był to pierwszy wyjazd bez rodziców, a dla wszystkich pierwszy tak daleki. Na szczęście zmęczenie zrobiło swoje i dzieci zasnęły. A potem było już lotnisko, nowi koledzy z Warszawy i Lublina, podobnie jak my (a może odrobinę bardziej) stremowani wolontariusze, atrakcje związane z odprawą i w końcu sam samolot z hektolitrami Coli na pokładzie, wpadający co chwila w niezwykle zabawne turbulencje.

Krótką historia wielkiej przygody

A wszystko zaczęło się tak: nocą 5 czerwca 2007 z bardzo ciężkimi walizkami wyruszyliśmy w podróż do Barretstown w Irlandii. Ciężkimi, bo wypełnionymi po brzegi obawami i niepewnością.

Miałyśmy pod opieką dziesiątkę dzieci leczonych w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego im. A. Jurasza w Bydgoszczy. Naszym zadaniem

było zapewnienie dzieciom bezpieczeństwa w czasie podróży i opieka nad nimi w trakcie trwającego dziesięć dni obozu.

Barretstown to oddalony o około 70 km od Dublina zamek, ukryty pośród irlandzkich łąk i pastwisk. Mieści się tu siedziba międzynarodowej fundacji założonej przez Paula Newmana, zajmująca się organizacją obozów rekreacyjno-terapeutycznych dla

Przed zamkiem w Barretstown czekał na nas roześmiany tłum pracowników fundacji. Na powitanie utworzyli oni wiwatujący szpaler, powiewający ogromnymi, kolorowymi chorągiewkami, co wprawiło dzieci (nas zresztą również) w lekkie osłupienie. Po przyjeździe dzieci musiały przejść rutynowe badania lekarskie w obozowym punkcie medycznym – pieszczotliwie nazywanym przez nie



Meczetem (od ang. Med. Shed). I to był ostatni element programu, który nie był dla nich nowością – spotkania z lekarzami są w końcu dla tych dzieci nieodłączną częścią życia.

Pierwsza niespodzianka czekała nas już przy kolacji – zamiast zdrowego jedzenia dostaliśmy góry frytek, hamburgerów, pizzy i kebabu, czyli wszystkich potraw unikanych, przez troskliwe mamy, w dziecie chorych dzieci. Potem była już tylko zabawa. Każdy dzień wypełniony po brzegi niesamowitymi zajęciami, od kajakowania, przez wspinaczkę, teatr, kręcenie filmów i strzelanie z łuków, aż po jazdę konną i poszukiwanie skarbów, przynosił ogromnie dużo śmiechu i satysfakcji. Zaskakująco dobrze czuli się chłopcy wypiekając irlandzkie czekoladowe muffiny, lepiąc gliniane garnki, pieczołowicie nawlekając sznury różnokolorowych koralików, a dziewczynki łowiąc ryby i przeprowadzając „komandoskie” akcje. Z każdym dniem dzieci uczyły się czegoś nowego o sobie i swoich możliwościach. Typowy dla ich wieku sceptycyzm dla nudnych propozycji, przedstawianych przez strasznych dorosłych po kilku minutach uczestniczenia w zabawie przemieniał się w dziki entuzjazm, nawet wtedy gdy trzynastoletni mężczyźni przygotowywali taneczny spektakl. Przyzwyczajone do pełnego zdroworozsądkowych ograniczeń życia nie spodziewały się, że są w stanie same tak wiele zrobić. Z każdym wykonanym zadaniem rosła ich pewność siebie a nam rosty serca



od patrzenia na ich coraz bardziej promienne buzie. Po kilku dniach nasze dzieci w ogóle nie przypominały tych zaleknionych szkrabów płaczących w dniu wyjazdu. Wszystko to nie udałoby się bez pomocy całej gromady niezwykle młodych ludzi z całego świata, którzy swoim zaangażowaniem tworzą magię Barretstown. Irlandczycy wcale nie stanowią większości pracowników

ośrodka. Opiekunami naszych dzieci, poza polskimi wolontariuszami byli młodzi Niemcy, Kanadyjczycy i Anglicy. W zespole medycznym pracowała faworytka naszych dzieci pielęgniarka – eskimoska z Kanady. To oni animują zajęcia, pomagają we wszystkim i zawsze są w pobliżu z uśmiechami na twarzach i niegasnącym entuzjazmem.

Nasz dziesięciodniowy pobyt w Irlandii minął niezwykle szybko. Mogłoby się wydawać, że dziesięć dni to nic wielkiego, a jednak były to zupełnie niezwykle dni. Dzieciom pozwoliły odkryć siebie na nowo, zrozumieć, że choroba nie musi oznaczać rezygnacji z zupełnie dziecięcego podejścia do świata. Nam pobyt w Barretstown pokazał, że chore dziecko nie musi wcale być postrzegane głównie przez pryzmat swojej choroby, że może czasem widząc dzieci ścigające się na wózkach inwalidzkich warto nie myśleć o ewentualnym upadku, a raczej dostrzec szeroki uśmiech i błyszczące oczy. Takiego widoku nie da się z niczym porównać.

Do Bydgoszczy wróciliśmy 14 czerwca, zupełnie odmienieni i z ogromnym zapałem do wszystkiego. Chociaż nasze codzienne życie wydaje się czasem szare i nieciekawe, pomaga nam śmiech dzieci, który wciąż mamy w pamięci i który chcemy zachować aż do przyszłego roku. Bo każdy, kto choć raz znalazł się w Barretstown chce tam wrócić jak najszybciej.

Agneszka i Ewa Demidowicz

Spojrzenie z lotu ptaka

Nie chorować, oczywiście, niepodobna, ale jednak lepiej nie chorować

Anton Czechow

...bo taką właśnie konwencję wykładu wybrał nasz „październikowy” prelegent na spotkaniu z seniorami 3 października 2007 r., dr n. med. Jerzy Tujakowski, ordynator Oddz. Chemioterapii w Centrum Onkologii w Bydgosz-

czy. Tematem prelekcji były postępy w leczeniu nowotworów – a w tej dziedzinie dokonały się i nadal dokonują wielkie zmiany.

Dokończenie na str. 14



10 lat nauki o zdrowiu

Z okazji X-lecia Wydziału Nauk o Zdrowiu w dniach 20–21 września 2007 roku odbyła się pod patronatem JM Rektora Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. „Europejski Wymiar Nauk o Zdrowiu”.

Tematyka konferencji obejmowała szeroką problematykę dotyczącą zagadnień z zakresu pielęgniarstwa, zdrowia publicznego, dietetyki, ratownictwa medycznego i fizjoterapii a także wiele zagadnień dotyczących współczesnej wiedzy lekarskiej. Poza sesjami tematycznymi z udziałem wybitnych autoritetów naukowych z kraju i zagranicy równoległe odbyła się sesja Studenckich Kół Naukowych. W trakcie trwania Konferencji odbyło się Kolegium z udziałem wszystkich dzie-



kanów Wydziałów Nauk o Zdrowiu w Polsce oraz przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia.

Wydział Nauk o Zdrowiu, jest najmłodszym, dynamicznie rozwijającym się Wydziałem Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy i jednym z najmłodszych Wydziałów Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Geneza powstania Wydziału Nauk o Zdrowiu sięga 1997 roku. W tym, bowiem czasie został powołany Wydział Pielęgniarski z kierunkiem nauczania: pielęgniarstwo. Ówczesnym dziekanem został Pan prof. Dziedziczko, prodziekanami doc. Marek Orkiszewski a następnie prof. Danuta Rość.

Pierwsza rekrutacja miała miejsce w 1997 roku. Objęto nią 141 studentów kierunku pielęgniarstwa. Od roku akademickiego 1999/2000 utworzono studia licencjackie, a późniejsi absolwenci studiów licencjackich uzyskali możliwość kontynuowania nauki na 2-letnich uzupełniających studiach magisterskich.

W wyborach do władz uczelni w maju 2002 roku, na kolejną kadencję – lata 2002–2005 r., dziekanem został, prof. dr hab. n. med. Zbigniew Bartuzi, a prodziekanami dr hab. n. med. Wojciech Beuth i dr hab. n. med. Kornelia Kornatowska, prof. nadzw. AM.

Po kolejnych zmianach i przekształceniach organizacyjnych – rok 2004 przyniósł niezwy-

kle istotne z punktu widzenia organizacyjnego zmiany: Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, stała się integralną częścią Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Kolejne lata, to dalszy rozwój Wydziału. Przejawiał się on nie tylko zwiększającą się liczbą studentów podejmujących studia w zakresie różnych specjalności, ale także powiększaniem kadry naukowej i coraz nowocześniejszą bazą dydaktyczną.

Aktualnie kadre naukowo-dydaktyczną Wydziału stanowi m.in. 40 samodzielnych pracowników nauki, w tym 16 profesorów tytularnych. Pracownicy mogą poszczycić się bogatym dorobkiem naukowym, są też członkami komitetów redakcyjnych czasopism o uznanej renomie krajowej i międzynarodowej.

W posumowaniu chciałbym podkreślić, że:

1. Wydział Nauk o Zdrowiu w ciągu 10 lat istnienia rozwinął się z niewielkiej jednostki, posiadającej 12 samodzielnych pracowników naukowych i kształtujący zaledwie 141 studentów w prężny i dynamicznie rozwijający się ośrodek naukowo-dydaktyczny.

2. Wydział prowadzi nauczanie na poziomie licencjackim i magisterskim od roku akademickiego 2006/2007 na pięciu kierunkach studiów (pielęgniarstwo, zdrowie publiczne, fizjoterapia, ratownictwo i dietetyka) a w obecnym roku akademickim 2007/2008

studuje w systemie stacjonarnym i niestacjonarnym ponad 3200 studentów.

3. Aktualną strukturę Wydziału stanowi 28 Katedr z 7 Klinikami i 43 Zakładami. W Katedrach i Klinikach Wydziału Nauk o Zdrowiu prowadzone są badania dotyczące: teoretycznych i praktycznych podstaw diagnostyki i leczenia, profilaktyki pierwotnej i wtórnej oraz promocji zdrowia a pracownicy naukowcy Wydziału Nauk o Zdrowiu są członkami wielu międzynarodowych organizacji i stowarzyszeń naukowych.

4. Wyrazem uznania dla działalności organizacyjno-dydaktycznej Wydziału jest posiadanie 5-letnich bezwarunkowych akredytacji na wszystkie prowadzone kierunki studiów przyznane przez Państwową Komisję Akredytacyjną.

5. Wydział uzyskał kategorię drugą w wykazie ustalonym przez Komisję Badań na Rzecz Rozwoju Nauki Rady Nauki. Przyznana kategoria, jedna z najwyższych w kraju wśród podobnych jednostek medycznych, w sposób bezpośredni odzwierciedla istotną pozycję w dokonaniach naukowych Wydziału.

6. We wrześniu bieżącego roku Centralna Komisja nadała Wydziałowi prawo do doktoryzowania. Jest to wielki sukces nas wszystkich i wyraz uznania naszych osiągnięć naukowych.

To, że dzisiaj Wydział uznawany jest powszechnie w Polsce za jeden z najlepszych, a jednocześnie najbardziej dynamicznie rozwijających się, że można mówić o niewątpliwych sukcesach, jest zasługą wielu ludzi: profesorów, doktorów, magistrów, instruktorów, pracowników dziekanatu administracji, którzy z entuzjazmem podjęli trud tworzenia czegoś nowego. Za to wszystkim serdecznie dziękuję.

*Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu
Prof. dr hab. med. Zbigniew Bartuzi*

Od red.: W kolejnym PNN napiszemy o konferencji „Nieswoiste zapalenia jelit”, która odbyła się w Bydgoszczy 12 października.



inter OCHRONA
 UBEZPIECZENIA
 dla lekarzy i lekarzy dentystów

Do wyboru jedna z dwóch wysokich sum ubezpieczenia!

Możliwość podwyższenia sumy gwarancyjnej w zależności od potrzeb!

Indywidualne dopasowanie zakresu ubezpieczenia!

Atrakcyjne rabaty dla lekarzy korzystających z naszych ubezpieczeń majątkowych i zdrowotnych!

Ochrona, która działa nawet wtedy, gdy nie wykonujesz już swojego zawodu!

Ochrona ryzyka przeniesienia chorób zakaźnych w tym HIV i WZW!

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej i posiadania mienia!

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej najemcy!

Ochrona związana z udzielaniem pierwszej pomocy!

Nowe taryfy ! Najlepsze warunki!
 Masz już swoje ubezpieczenie ?

Ubezpieczenie dobrowolne	Suma gwarancyjna		Składka roczna
	na jedno zdarzenie	na wszystkie zdarzenia	
	46.500 €	93.000 €	200 PLN lub 250 PLN
	200.000 PLN	400.000 PLN	220 PLN lub 275 PLN

Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie	Liczba zamówień na świadczenie zdrowotne	Składka roczna	Ubezpieczenie obowiązkowe
46.500 €	jedno	200 PLN lub 250 PLN	
	każde następne	50 PLN	

„Kiedyś wszyscy uważali, że Ziemia jest w centrum wszechświata, dopóki Mikołaj Kopernik, astronom i matematyk z Torunia nie dowiódł, że przeciwnie – to Ziemia i inne planety krążą wokół Słońca.

Podobnie: kiedyś szpitale psychiatryczne były w centrum – w kontekście leczenia osób chorujących psychicznie. W dzisiejszych czasach to pacjent i jego rodzina powinny znaleźć się w centrum zainteresowania”.

(z Deklaracji toruńskiego kongresu Eufamii)



W stronę lepszej jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi

Roma Kornet

EUFAMI to organizacja zrzeszająca europejskie stowarzyszenia rodzin i pacjentów chorujących psychicznie. Zarejestrowana w Brukseli, została założona przez opiekunów, których przyczyną trauma związana z opieką nad bliskimi cierpiącymi na poważne choroby umysłowe. Doświadczenie to przyczyniło się do zjednoczenia sił i chęci w celu wspólnego dzielenia się doświadczeniami, wzajemnej pomocy, a w rezultacie – do poprawy sytuacji zarówno swojej, jak i osób, którymi się opiekują. Celem EUFAMI jest dążenie do poprawy jakości opieki psychiatrycznej, a także poziomu pomocy dla rodzin i przyjaciół osób chorujących psychicznie – nie tylko na poziomach krajowych, ale również europejskim. Za swoją misję uważa zmniejszenie stygmatyzacji ludzi cierpiących psychicznie, wyróżnianie i nauka na dobrych przykładach, a także lobbowanie na rzecz lepszego ustawodawstwa europejskiego w zakresie zdrowia psychicznego. EUFAMI ma nadzieję na poprawę usług medycznych i socjalnych skierowanych do ludzi cierpiących psychicznie.

Wszelkie te działania znajdują swój wydźwięk w trakcie organizowanych co dwa lata kongresów. Po raz pierwszy miał on miejsce w Polsce, w Toruniu we wrześniu 2007. Jako że miasto nierozzerwalnie kojarzone jest z astronomem i lekarzem Mikołajem Kopernikiem, więc nie dziwi fakt, iż hasłem przewodnim kongresu było „sięgając gwiazd – w stronę lepszej jakości życia”. Problematyka zaburzeń psychicznych coraz częściej leży w kręgu zainteresowań przedstawicieli wielu instytucji, dlatego kongres odbywał się pod honorowym patronatem takich osób, jak Prezydent RP, minister zdrowia, czy członkowie Komisji Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia.

Najważniejsze były jednak obrady. Wzięło w nich udział ok. 400 osób z różnych państw europejskich. Wykłady oraz warsztaty dyskusyjne prowadzili znamienici prelegenci. Prof. John Boris – Rzecznik Zdrowia w Parlamencie Europejskim, mówił o wyzwaniach, jakim musiał stawić czoła, tworząc prawo na poziomie narodowym

i międzynarodowym, a także o priorytetach zamieszczonych przez UE w Zielonej Karcie i o najważniejszych rzeczach, jakie według niego powinny zostać do niej dodane. Dowodził, że każda osoba korzystająca z usług medycznych powinna być osobiście zaangażowana w planowanie swojego leczenia i opieki zdrowotnej oraz że powinno się przykładać o wiele większą wagę do inwestowania w profilaktykę zdrowia psychicznego, a nie tylko w leczenie choroby.

Jednym z celów EUFAMI jest promocja dobrych praktyk, dlatego Mike Firn opowiadał o lokalnych grupach wsparcia dla osób ze szczególnymi potrzebami. Ich funkcjonowanie jest w Wielkiej Brytanii wliczone w koszt dziennej opieki i usług przyszpitalnych. Asertywne Grupy Opiekunów są częścią długotrwałej opieki i służą osobom z poważnymi i długotrwałymi zaburzeniami, z którymi trudno nawiązać kontakt i współpracę oraz które mają za sobą liczne wizyty w szpitalu. Zespoły Kryzysowego i Domoowego Leczenia stanowią alternatywę dla osób obciążonych ryzykiem konieczności hospitalizacji, natomiast Zespoły Wczesnej Interwencji zapewniają optymalną opiekę dla pacjentów z pojawiającą się po raz pierwszy psychozą. Ten system różni się znacznie od praktykowanego w Polsce i tym różnicom poświęcił swój wykład prof. Jacek Wciórka z Polski. Są jednak elementy opieki psychiatrycznej w Polsce, stawiające nas w zdecydowanie lepszym świetle niż praktykowane w innych państwach. Mimo znaczącego niedofinansowania psychiatrii, okazuje się, że w Polsce pacjenci mają zdecydowanie łatwiejszy dostęp do specjalisty. W innych systemach opieki zdrowotnej ta droga jest zdecydowanie dłuższa. Problem tkwi jednak nie tylko w jakości opieki specjalistycznej, ale także w podejściu do osób chorujących psychicznie. Pozytywna promocja byłaby prawdopodobnie efektywnym sposobem zmniejszenia stopnia społecznej dezinformacji i ignorancji wobec problemów zdrowia psychicznego. Dr Ing Marie Wieselgren odniosła się do sytuacji, jaka miała miejsce w 2003 r. w Szwecji. Trudno nie doszukiwać się podobieństw do wydarzeń i relacji medialnych

ostatniego okresu w Polsce. Otóż latem 2003 roku w Szwecji w ciągu krótkiego czasu miały miejsce cztery tragedie, których sprawcami były osoby mające uprzednio kontakt z różnymi psychiatrycznymi instytucjami. Tragedie te, których punktem kulminacyjnym było morderstwo byłego Ministra Spraw Zagranicznych Szwecji, wywołały bardzo dużo złości i frustracji. Różne media, gazety i telewizja szeroko komentowały te wydarzenia. Pojawiły się wielkie nagłówki: „Niebezpieczni chorzy psychicznie ludzie kręcą się w naszym społeczeństwie.” „Próbowano dostać się do szpitala, ale odmówiono pomocy z powodu braku środków.” Podniósł się wtedy alarmujące głosy opinii publicznej. Zastanawiano się: co się dzieje?, dlaczego?, coś należy z tym zrobić! Zdania były jak zwykle podzielone, ale i tak ostatecznie doprowadziło to do zwiększenia stygmatyzacji ludzi chorujących psychicznie i ich rodzin. Krótko po zajęciach, w listopadzie 2003 roku, utworzono Narodowe Centrum Koordynacji Usług Psychiatrycznych (NPSC). Grupą docelową tego Centrum są osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, jak również dzieci i młodzież, znajdującą się w grupie ryzyka pojawienia się takich zaburzeń. W opinii NPSCu istnieje potrzeba sformułowania precyzyjnej polityki zdrowotnej, pozwalającej na interwencję społeczeństwa w przypadku osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Dr Ing Marie Wieselgren uważa, że rozpoczęte wysiłki powinny być kontynuowane i wzmacniane, a doświadczenia ostatnich dziesięciu lat pokazały, że istnieje potrzeba długotrwałej strategii.

Ważnym elementem działania EUFAMI jest prowadzenie kampanii społecznej przeciwko stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Najlepszą ku temu drogą jest zrozumienie. Dlatego też w trakcie trwania Kongresu uczestnicy, a także mieszkańcy i goście Torunia mogli skorzystać ze specyficznego symulatora – ciężarówka „Pełnej strachu”. Przy pomocy grafiki komputerowej, przeprowadzano tam symulacje doznań, jakich doświadczają osoby chore na schizofrenię. Celem było przekazanie uczucia izolacji i strachu, które często towarzyszą osobom

z tą chorobą. Symulator wykorzystuje połączenie dźwięku, obrazu i ruchu, aby zilustrować słuchowe i wizualne halucynacje. Uczestnicy mogli doświadczyć, jak spojrzenie przechodnia może wydawać się zagrażające, jak przypadkowy fizyczny kontakt jest odczuwalny jako napaść, i jak parkujący samochód wydaje się próbować nas potrącić. Informacje uzyskiwane od każdego uczestnika sprawiały, że każda symulacja była unikalna i dopasowana do indywidualnego doświadczenia. Cennym elementem edukacyjnym Kongresu była również projekcja unikatowego filmu „Wychoź z cienia”, w którym znana twórczyni filmów dokumentalnych Susan Smiley przedstawiła film o własnej rodzinie, jej zmaganiach ze schizofrenią matki autorki w obliczu publicznej służby zdrowia. Film jest historią szaleństwa i godności, wstydu i miłości. Okazał się efektywnym narzędziem walki ze stygmatyzacją i błędnym rozumieniem tej wstrząsającej i często zwodniczej choroby, jaką jest schizofrenia. Innym elementem przeciwdziałającym stygmatyzacji była wystawa prac plastycznych, pokazująca osoby z zaburzeniami psychicznymi z innej strony, jako wrażliwe i twórcze. Obala to mit o usuwaniu na margines społeczny osób z zaburzeniami psychicznymi.

Konferencja stała się pretekstem do zainicjowania w województwie kujawsko-pomorskim kampanii społecznej „Zdrowie psychiczne – wspólna sprawa”. Jej twórcy pragną zwrócić uwagę, że zaburzenia psychiczne mogą pośrednio lub bezpośrednio dotknąć każdego z nas. Hasła kampanii pokazują, jak wiele problemów, z którymi spotkać można się codziennie, leży w kręgu zainteresowania psychiatrii. Jeśli „twoja babcia już cię nie rozpoznaje”, „twój mąż nadużywa alkoholu i jest agresywny”, „masz kłopoty ze snem, koncentracją i przemęczeniem”, a „twoje dziecko cierpi na anoreksję, bulimię lub się samo-okalecza”, to jest to problem związany z zaburzeniem zdrowia psychicznego. „Zdrowie psychiczne – wspólna sprawa”.

Na zakończenie Kongresu jego uczestnicy sformułowali deklarację, w której zauważyli, że „kiedyś wszyscy uważali, że Ziemia jest w centrum wszechświata, dopóki Mikołaj Kopernik, astronom i matematyk z Torunia nie dowiódł, że przeciwnie – to Ziemia i inne planety krążą wokół Słońca. Podobnie: kiedyś szpitale psychiatryczne były w centrum – w kontekście leczenia osób chorujących psychicznie. W dzisiejszych czasach to pacjent i jego rodzina powinny znaleźć się w centrum zainteresowania”.

Roma Kornet – asystent w Katedrze i Klinice Psychiatrii CM w Bydgoszczy. Oddział Leczenia Uzależnień, Pododdział „Podwójnej diagnozy” dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Asystent Collegium Medicum, a także nauczyciel akademicki w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego. Menadżer jednostek ochrony zdrowia.

Dokończenie ze str. 10

Leczenie nowotworów obejmuje przede wszystkim leczenie chirurgiczne a następnie, jako leczenie samodzielne względnie wspomagające, radio-, chemo-, hormon- i immunoterapię, zakończone jest w każdym przypadku rehabilitacją.

Nieco szerzej omówił p. Doktor chemioterapię, podkreślając najnowsze jej osiągnięcia, w tym zastosowanie tzw. chemioterapii celowanej. Jednym ze sposobów jej stosowania jest podawanie leków działających hamująco na wydzielaną przez komórki nowotworowe topoizomerazę, kluczowy enzym konieczny do życia

Spojrzenie z lotu ptaka

komórki i ściśle związany z jej cyklem komórkowym.

Inne wielkie osiągnięcie ostatnich lat – to cytostatyki doustne (głównie w raku jelit, piersi, płuc), gdyż dotychczasowe leczenie cytostatyczne prowadzone było jedynie drogą dożylną, czasami nawet w bardzo uciążliwym, ale skutecznym wlewie ciągłym, trwającym nawet do 5-ciu dni. Dalszym, wielkim osiągnięciem, należącym także do terapii celowanej, jest wprowadzenie cytostatyku doustnego, w ostonce rozpuszczającej się dopiero w komórce nowotworowej.

Niestety leczenie cytostatyczne powoduje wiele objawów ubocznych jak: nudności, wymioty, utratę włosów (odrastają po zaprzestaniu leczenia), neuropenię, niedokrwistość, uszkodzenie naczyń żylnych i m. sercowego, które to objawy łagodzi się różnymi, coraz to skuteczniejszymi lekami ostonowymi.

Dalszym wielkim krokiem do przodu jest zastosowanie immuno- oraz hormonoterapii, które nie powodują tak obciążających objawów ubocznych. I tak w immunoterapii stosuje się specjalnie „dopasowane” p/ciała monoklonalne, które ostatnio można już otrzymać ambulatoryjnie. Podaje się je głównie w raku piersi, a także w chłoniaku, w którym można uzyskać nawet całkowite wyleczenie, ale leczenie to jest bardzo kosztowne. Także zastosowanie, nawet w stanie zaawansowanym, hormonoterapii w postaci inhibitorów np. aromatazy czy

niesterydowego antyandrogeny poprawia rokowanie i przedłuża życie. Oczywiście w zakresie leczenia p/nowotworowego wchodzi także coraz szerzej rozbudowane leczenie p/bólowe z użyciem preparatów o przedłużonym działaniu oraz podawanie leków, które wchłaniają się przez skórę.

Ostatnio zaznacza się w medycynie coraz wyraźniejszy zwrot w kierunku profilaktyki, co znalazło swój wyraz w utworzeniu w Centrum Onkologii w Bydgoszczy w 2001r. Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia (ZPIPZ) z opracowanym programem edukacji p/nowotworowej

dla młodzieży i osób dorosłych. Takie programy Prewencji Pierwotnej powstają ostatnio także w całym kraju, korzystając często z naszego „bydgoskiego modelu”. A wielkim osiągnięciem ostatnich lat w tej dziedzinie jest stworzenie bardzo skutecznej szczepionki p/nowotworowej w tak częstym u kobiet raku szyjki macicy.

I na zakończenie – rada prelegenta dla działkowiczów: wprawdzie cisy wydzielają, wskazujące działanie p/nowotworowe, olejki eteryczne (być może będą wykorzystywane w leczeniu), ale na działce wystarczy jedno drzewo! Resztę należy raczej wyciąć, gdyż nadmiar, jak każdy nadmiar, może być szkodliwy dla zdrowia.

To była piękna prelekcja, dająca nadzieję na „lepsze jutro” w zwalczaniu tego, jakże trudnego w leczeniu, procesu nowotworowego, prelekcja która zakończona została ... zaproszeniem seniorów na poczęstunek do zastawionych różnymi pysznościami stołów w sali malinowej Izby, przygotowanych przez bydgoską Kaskadę, a sponsorowanych przez firmę Astra Zeneca Pharma Poland sp. z o.o. z jej Specjalistycznym Przedstawicielem Medycznym d.s. Onkologii, p. Leszkiem Walczakiem i z gospodarczym „doglądem” p. Joanny Kaysiewicz.

A my Panu Doktorowi z całego serca dziękujemy za tę naukową i gastronomiczną „strawę”.

*H.Grzybowska-Rogulska
Klub Lekarza Seniora BIL*

Dlaczego leczenie żywieniowe będąc jednym z kluczowych elementów terapii jest w naszym kraju traktowane tak niefrasobliwie? Pozostawiam pytanie bez odpowiedzi. Pamiętajmy, że niedożywienie szpitalne pozostaje głównym jatrogennym powikłaniem leczenia szpitalnego i jednocześnie jest główną po niewydolności wielonarządowej przyczyną chorobowości i umieralności w szpitalu.

Pierwszy etap oceny stanu żywienia – badania przesiewowe

Maciej Matczuk

U podstaw każdej interwencji terapeutycznej leży prawidłowa kwalifikacja chorych. Prawdą oczywistą jest fakt, że lepiej zapobiegać niż leczyć – wcześniej wdrożone leczenie jest tańsze w stosowaniu, niż walka z odległymi powikłaniami wynikającymi z zaniechania, zaniedbań, przeoczenia.

Nie tylko wskazania EBM, ale i wymogi NFZ wymuszają ocenę stanu odżywienia u naszych pacjentów. Rzecz w tym, aby ocenę wykonywać nie tylko dla zaspokojenia wymagań urzędniczych, lecz aby badaniem przesiewowym objąć każdego chorego przyjmowanego do szpitala, a nie tylko tych chorych u których leczenie żywieniowe zostało już włączone z powodu rozejścia rany pooperacyjnej, utrzymującej się długo niedrożności, krańcowego wyniszczenia.

Przesiewowe badanie (screening) wg definicji Światowej Organizacji Zdrowia: *jest to badanie, którego celem jest wyodrębnienie z danej populacji tych osobników, u których zachodzi duże prawdopodobieństwo występowania badanego schorzenia. Nie jest to zatem specjalistyczne, a co się z tym wiąże drogie badanie diagnostyczne, ale proste i nie obciążone wysokimi kosztami badanie podstawowe.*

Prawdopodobnie w naszym kraju badania nad ekonomiką leczenia żywieniowego nie były prowadzone, ale dostępne są publikacje z innych krajów.

W pracy *“Changes in parenteral nutrition supply when the nutrition support team controle sprescribing”* *Nutriton (2001) 17;347–350 Ruth Newton i wsp.* Stwierdzono, że usystematyzowanie opieki żywieniowej doprowadziło do spadku rocznych wydatków na leczenie żywieniowe w danym szpitalu z ~99 tys. funtów na ~22 tys. funtów. Złożyła się na to między innymi właściwa kwalifikacja chorych. Istotną rolę pełniło oczywiście usystematyzowanie całości zagadnień leczenia żywieniowego.

W codziennej praktyce obserwuję liczne przypadki zlecenia żywienia pozajelitowego na okres 1–3 dni. Jest to praktyka nagmin-

na, z której pacjent nie odnosi żadnej korzyści. Zlecenie TPN na tak krótki okres dowodzi nieznajomości wskazań do tej formy leczenia i właśnie złej kwalifikacji chorych. Aby leczenie żywieniowe miało sens, a nie tylko generowało zaburzenia metaboliczne, musi być prowadzone co najmniej przez okres 5–7 dni.

W bogatym piśmiennictwie zachodnim występowanie niedożywienia oceniane jest w zależności od specyfiki oddziały na 20 do 60% chorych hospitalizowanych – pogłębiając się w trakcie hospitalizacji. Wywiera istotny wpływ na zwiększenie śmiertelności, czasu hospitalizacji i jej kosztów (*„Malnutrition – The Ignored Risk Factor”* Herbert Lochs Christos Dervenis *Digestive Diseases 2003; 21:196–197* i inne).

W Polsce jedno z badań przeprowadzone było przez dr Teresę Kortę i przedstawione w pracy: *„Ogólnopolski program oceny występowania niedożywienia u pacjentów hospitalizowanych – wyniki wstępne”* Teresa Korta, Mirosław Lis. Obejmowało ono około 3 tysiące pacjentów z 86 oddziałów różnych szpitali w Polsce. Wyniki były zbliżone do prac zachodnich.

Czy znaczy to, że kilkadziesiąt procent chorych wymaga żywienia pozajelitowego, dojelitowego, sond, gastrostomii, wkłuc centralnych? Nie! Po ocenie przesiewowej przychodzi czas na ocenę ostateczną z uwzględnieniem antropometrii (czy każdy z naszych chorych jest systematycznie ważony? czy jest mierzony przy przyjęciu?), biochemii – nie tylko zwyczajowego białka całkowitego i albumin, na których poziom wpływ ma wiele czynników i które często wiele nie wnoszą pod względem merytorycznym oraz pozostałych elementów rozumowania klinicznego.

Skale do oceny niedożywienia i „ryzyka żywieniowego” w codziennej praktyce

Zasadniczo podstawą każdej ze skal są pytania dotyczące następujących aspektów:

• **Jaki jest stan odżywienia?**

• **Jak stan odżywienia zmienił się w ostatnim czasie, czy jest stabilny, jaka jest dynamika zachodzących zmian?**

• **Jakie jest zapotrzebowanie na białko, energię i składniki odżywcze w danej chwili?**

• **Jaki jest wpływ choroby zasadniczej i zastosowanych/przewidywanych metod terapeutycznych na powyższe zapotrzebowanie?**

Narzędzia rekomendowane przez ESPEN i POLSPEN

1. **SGA** – (Subjectical Global Assessment) Subiektywna Ocena Globalna – wymaga ona pewnego doświadczenia i umiejętności rozumowania klinicznego, jej zaletą jest obejmowanie całości czynników wpływających na stan odżywienia.

2. **NRS 2002** – Nutritional Risk Screening – prosta skala składająca się z dwóch części: oceny wstępnej zawierającej cztery proste pytania, które warto zadać sobie zawsze gdy widzimy pacjenta, niezależnie czy przyjmowanego na oddział, czy w poradni:

- **Czy wartość BMI < 20,5 ?**
- **Czy w ostatnich 3 miesiącach doszło do utraty masy ciała ?**
- **Czy w ostatnim tygodniu chory je mniej niż zwykle ?**
- **Czy chory jest w ciężkim stanie? (np. wymaga intensywnej terapii?)**

Odpowiedź „tak” na którekolwiek z powyższych pytań jest podstawą do oceny szczegółowej, na zamieszczenie której brak tu miejsca, a która jest do pobrania ze stron NFZ. Być może warto powielić pomysł jednego z polskich szpitali, aby te cztery podstawowe pytania były standardowo drukowane w części obejmującej badanie podmiotowe w każdej historii choroby?

Prezes NFZ w zarządzeniu nr 40/2007 wprowadził obowiązek stosowania dwu powyższych skal. Istnieją inne narzędzia, rekomendowane przez ESPEN nie uwzględnione przez Fundusz:

• **Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)**

Dokończenie na str. 16

Ad vocem



Chylę czoła

Tekst dr. Kasierskiego przyjąłem z dużą radością. Chylę czoła, Doktorze Włodku przed Pana odwagą cywilną. Nie każdego byłoby stać na takie wyznaczenie. I to właśnie czyni ów tekst wiarygodnym i cennym w naszej dyskusji.

Wydaje mi się, że najbardziej istotna jest sprawa uświadomienia koledze, że pije. Nadal nie wiem, kto to ma robić. Przychyliam się jednak do tezy dr. Kasierskiego, że powinni to być szefowie. Problem, gdy pije sam szef (vide prof. Ariadna G). Tam strach przed zemstą szefa i jego wysoko postawionych kolegów może paraliżować wszelkie działania.

Może się również okazać, że wszelkie komisje izb lekarskich są „za krótkie” na takiego człowieka, który będąc alkoholikiem decyduje o karierze innych. Ba, zasiada w gremiach osądzających morale kandy-

data na stopnie naukowe czy specjalizacje. Sam pamiętam bodaj drugi rok mojej pracy, gdy do Izby Szpitala (wówczas XXX-lecia PRL) przywieziono pewnego zastępcę kierownika pewnej Kliniki, znalezione go na bydgoskiej ulicy, w stanie totalnego upojenia. Gentelmen ów rzekł (wybełkotał) do kolegi, który podszedł, żeby go zbadać: „proszę mi się przedstawić” a następnie zażądał widzenia ze swoim szefem. Noc, nawiasem mówiąc, spędził w gabinecie owe go szefa.

Wszyscy wiedzieli, że pije, co nie przeszkadzało mu być dumnym akademikiem, srogim egzaminatorem i oczywiście sprawiedliwym sędzią w sporach moralno-etycznych.

Dlatego trudno nie poprzeć dr. Kasierskiego. Tak, nie uzyskałem odpowiedzi na moje pytania. Straciłem już nadzieję. Widać można pić, być wyprowadzonym, nie leczyć się i jest miło.

To chyba tyle. Może ktoś zna inne, lepsze rozwiązania problemu.

Wojciech Szczęsny

Ad vocem



Podyskutujmy!

Chcę włączyć się do rozpoczętego działu „Primum non nocere” pt. „Podyskutujmy”. Nawiązuję do wypowiedzi p. dr H. Rozmysłowicz z Zakładu Radiologii Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, a dokładniej do zdania – „jak będziemy radzić sobie na emeryturach?”

Jestem stomatologiem-emerytką „starego portfela”. W tym roku mija 50 lat od chwili uzyskania przeze mnie absolutorium.

Całe zawodowe życie ciężko pracowałam za niewielkie wtedy wynagrodzenie. Za wód stomatologa nie należy do najłatwiejszych-myślę także o stronie fizycznej.

Jeździłam na kursy, dokształcałam się, zrobiłam II° specjalizacji licząc, że to, oprócz pogłębienia wiedzy da mi zasłużoną, godną emeryturę. Tymczasem, „dopracowałam” się że nując niskiej emerytury (jak dla lekarza!).

Żeby jakoś żyć jeszcze 1 dzień w tygodniu pracując, co już nie sprawia mi radości, a jest po prostu koniecznością. Wiele koleżanek w moim lub podobnym wieku wiedzą o czym mówię.

W tym moim głosie nie chodzi o mnie, ja już jestem na „aucie”, ale chcę zwrócić uwagę, prawie krzyknąć, aby młodzi lekarze prócz żądania zmian w służbie zdrowia mieli nadzieję, że nie padnie zdanie – „a może nie dożyjemy tych emerytur”?

A byłoby mi bardzo przykro, gdyby większa ilość tych wykształconych w Polsce, mądrych lekarzy wyjechała za granicę.

Londyn, Amsterdam, Sztokholm tylko czeka!

Doszły mnie słuchy o zmianie recept (kolejna!!!) od nowego roku.

I znowu my emeryci jesteśmy w kłopotcie, bo mają być kodowane, osiągalne przez internet. „Konia z rzędem” temu, kto zgadnie ilu lekarzy-emerytów ma internet.

Walczcie Koleżanki i Koledzy teraz, abyście nie „wylądowali” jak my.

Elżbieta Adamczewska-Mroczkowska

Nowe władze PTL

W dniu 22 września 2007 roku, podczas Krajowego Zjazdu Delegatów PTL w Katowicach, odbyły się wybory do władz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego na lata 2007–2011. Aktualna liczba członków Zarządu wynosi 70 osób, spośród których wyłoniono się Prezydium, w skład którego wchodzi:

- Prof. dr hab. med. Jerzy Wojciechowski – Prezes
- Dr med. Adam Czarnecki – V-ce Prezes
- Dr med. Jerzy Dosiak – V-ce Prezes
- Prof. dr hab. med. Jerzy Polański – V-ce Prezes
- Dr Feliksa Łapkiewicz – Sekretarz
- Dr Zbigniew Miller – Sekretarz
- Doc. dr hab. med. Marek Gawdziński – Skarbnik
- Dr Krystyna Podgórska – Z-ca Skarbnika
- Dr Jacek Burski – Członek Prezydium
- Dr Dariusz Ratajczak – Członek Prezydium
- Dr med. Maciej Hamankiewicz – Członek Prezydium
- Dr Barbara Siwińska – Członek Prezydium
- Prof. dr hab. med. Hanna Stypułkowska-Misiurewicz – Członek Prezydium
- Dr med. Marek Świtalski – Członek Prezydium
- Dr med. Janusz Wasilewski – Członek Prezydium
- Dr Beata Zawadowicz – Członek Prezydium

Zachęcamy Państwa do zaglądania na naszą stronę internetową, na której znajdziecie bieżące informacje na temat działalności Polskiego Towarzystwa Lekarskiego: www.ptl.org.pl

Dokończenie ze str. 15

• Mini Nutritional Assessment (MNA) – szczególnie ta skala zasługuje na uwagę: polecana jest do zastosowania u chorych w podeszłym wieku. W tej grupie NRS 2002 jest zbyt mało czuła. MNA zwraca uwagę na wpływ czynników neuropsychologicznych, wagę samodzielnosci w poruszaniu się, i inne „bezpieczne” granice BMI w tej grupie wiekowej.

Dlatego leczenie żywieniowe będąc jednym z kluczowych elementów terapii jest w naszym kraju traktowane tak niefrasobliwie? Pozostawiam pytanie bez odpowiedzi. Pamiętajmy, że niedożywienie szpitalne pozostaje głównym jatrogennym powikłaniem leczenia szpitalnego i jednocześnie jest głów-

ną po niewydolności wielonarządowej przyczyną chorobowości i umieralności w szpitalu.

Polecana literatura:

1. „STANDARDY ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO i ŻYWIENIA DOJELITOWEGO” – pod red. M. Pertkiewicz, T. Korta – PZWL 2005
2. „PODSTAWY ŻYWIENIA KLINICZNEGO” red. L. Sobotka wyd. polskie: red. T. Korta, M. Łyszkowska PZWL Warszawa 2007
3. „MEDYCYNĄ PRAKTYCZNA – chirurgia” – „LECZENIE ŻYWIENIOWE W CHIRURGII” wydanie specjalne 1/2006
4. <http://www.espen.org/Education/guidelines.htm> – pod tym linkiem znajduje się kilka darmowych plików do pobrania obejmujących między innymi tematykę screeningu żywieniowego.
5. Skale wymagane przez Narodowy Fundusz Zdrowia zamieszczone są pod poniższymi adresami:

SGA:

http://www.nfz.gov.pl/new/art/2687/40_2007_zal_09.pdf
NRS 2002:

http://www.nfz.gov.pl/new/art/2687/40_2007_zal_10.pdf
(uwaga! W skali NRS 2002 znajduje się błąd: za wiek > 70 lat należy dodać jeden punkt)

Lek. med. Maciej Matczuk – jest pracownikiem Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy, od wielu lat zajmuje się leczeniem żywieniowym; jest współautorem „Standardów Polskiego Towarzystwa Żywnienia Pozajelitowego i Dojelitowego” oraz członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Żywnienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

Opieka zdrowotna w Diagnozie 2007

Polskie społeczeństwo zostało gruntownie przebadane podczas czwartej już „Diagnozy Społecznej”. W trakcie panelowych badań – ankietarzy wracają po raz kolejny do tych samych osób – dotarto do kilkunastu tysięcy respondentów. Diagnoza miała dać odpowiedź na pytanie – jakie jest polskie społeczeństwo?

„Chcieliśmy dać społeczeństwu rzetelną informację o jego codziennym życiu oraz o zmianach, jakim podlega, bowiem wyobrażenia poszczególnych osób o własnej sytuacji życiowej na tle sytuacji życiowej innych ludzi oparte bywają z reguły na wybiórczych obserwacjach, stereotypach lub lansowanych przez media – nierzadko fałszywych lub przesadzonych tezach np. o pogarszającym się zdrowiu psychicznym społeczeństwa czy o całkowitym paraliżu świadczeń medycznych.” – tłumaczy sens diagnozy prof. Janusz Czapiński, jeden z autorów projektu – Prywatne diagnozy są nazbyt często iluzoryczne, obronne, uproszczone, ogólnie – błędne.”

Obszarem, gdzie „prywatne diagnozy”, najczęściej „czarne”, stawiane są bardzo często jest opieka zdrowotna. Czy słuszną sferę zdrowia maluje się w nieprzyjaznych barwach? Z Diagnozy wynika, że nie zawsze. Tak jest np. w przypadku korupcji. „Kolejny raz negujemy medialne informacje o wielkiej skali nieformalnych opłat w służbie zdrowia, jakiś ogromnych sumach, które ponoszą liczne grupy społeczne na opłaty nieformalne i prezenty” – mówi dr Katarzyna Tymowska, ekspert ds. ekonomiki zdrowia prezentując dane. Wynika z nich, że wprawdzie w okresie 2005–2007 o 85% wzrosła wartość tzw. dowodów wdzięczności w formie nieformalnych opłat, ale z 6 do 4% zmalał odsetek gospodarstw, które takie wydatki ponosiły. Średnia wartość kulturowo uwarunkowanych dowodów wdzięczności – autorzy badań nazywają tak np. kwiaty, stodyczy wręczone po leczeniu, nie traktując ich jako łapówkę – wzrosła o 32%, ale i tu z 9 do 5% zmalała liczba rodzin z takimi wydatkami.

„To co gospodarstwa domowe wydają na oficjalnie działających rynkach usług medycznych i to, co wydają z własnej kieszeni na leki jest znacznie większym wydatkiem aniżeli na nieformalne opłaty i prezenty” – komentuje doktor Tymowska.

Badanie przeprowadzono w marcu 2007, w momencie, kiedy w mediach przeżywał pejoratywny wizerunek lekarzy. Wydawałoby się, że akurat ten moment będzie miał negatywny wpływ na ocenę przez badanych zaspokajania ich potrzeb zdrowotnych. Tymczasem zmalała liczba osób, które twierdzą, że im „się pogorszyło” – z 38% w 2005 do 27% w tym roku. Nadal większość osób jest zadowolona z opieki zdrowotnej w swoim miejscu zamieszkania – w 2005: 75%, w 2007: 73% „Tak wiele osób zadowolonych oznacza silne poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego w miejscu zamieszkania, czyli tam gdzie zdecydowana większość pacjentów się leczy – tłumaczy Tymowska – Dowodzi, że opinie na temat opieki zdrowotnej nie są tak negatywne, jak można by sądzić na podstawie inaczej zadanych pytań czy medialnych przekazów”.

Co jeszcze pokazała Diagnoza? Rynek usług prywatnych rozwija się bardzo prężnie – płacimy o 25% więcej niż dwa lata temu za prywatną opiekę ambulatoryjną, a 45% gospodarstw domowych za leczenie płaci ze środków prywatnych, co nie oznacza rezygnacji z usług opłacanych przez NFZ – korzysta z nich 94% Polaków.

Opłaty ponoszone na leczenie prywatne rosną i wydawać by się mogło, że w związku z tym wzrośnie zainteresowanie dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Tak nie jest. W naszym regionie prawie 55% rodzin nie jest zainteresowana takim ubezpieczeniem, 30% twierdzi, że ich na to nie stać. Podobnie jest w całej Polsce. „Przyczyną jest nie tylko poziom zamożności społeczeństwa i generalnie ciągle niska skłonność do ubezpieczeń, ale i zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej – uważa Katarzyna Tymowska – W tym możliwości przerzucania kosztów między sektorem prywatnym i publicznym, sprzyjająca utrzymywaniu niskich cen na rynku prywatnie opłacanym.”

Tak, jak dwa lata wcześniej, przy wyborze szpitala najważniejsze dla pacjenta są sugestie lekarza wystawiającego skierowanie – w kujawsko-pomorskim z jego zdaniem liczy się prawie 42%, potem – odległość placówki od miejsca zamieszkania i – co interesujące – w naszym regionie, wybierając lecznicę, długość kolejki brało pod uwagę tylko nieco ponad 1 proc. osób.

Agnieszka Banach

Więcej na www.diagnoza.com

Budynek po byłym przedszkolu przy ul. Sandomierskiej 16 będzie własnością Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Na razie uczelnia obiekt od miasta dzierżawi, ale ratusz, mając na względzie wspieranie rozwoju Collegium Medicum, postanowił UMK go darować. Radni, nie bez dyskusji, zgodzili się lokum oddać. Wśród oponentów byli m.in. Anna Mackiewicz (LiD) oraz Marek Gralik (PiS), którzy przekonywali, że należy przywrócić budynkowi po-

Dar od prezydenta

przednią funkcję – przedszkola, tym bardziej, że w obecnie dostępnych placówkach brakuje miejsc. „W bydgoskich przedszkolach jest 100 wolnych miejsc, a kolejne 70 możemy od razu uruchomić” – odpowiadał prezydent Konstanty Dombrowicz, prezentując najnowsze dane Urzędu Miasta.

Radnym nie podobała się także forma w jakiej miasto chce placówkę „obcemu organizmowi na terenie miasta”, jak określił CM UMK Marek Gralik – przekazać. „Jest wiele instytucji, które służą Bydgoszczy, a nie oferujemy im budynków” – mówił Gralik i sugerował Konstantemu Dombrowiczowi, że powinien raczej wystąpić z projektem dotyczącym sprzedaży byłego przedszkola. Popierał go Jacek Bukowski (LiD): „Budynek powinien stać się własnością CM, ale na biednego nie trafiło, niech uczelnia za niego zapłaci tyle, ile jest wart” – przekonywał.

„Jeśli chcemy doprowadzić do tego, żeby kolejne wydziały CM były tworzone w Toruniu, to proszę bardzo, wstrzymujmy tę decyzję” – ripostował prezydent Dombrowicz. „Niedługo w darowanych budynkach pojawią się kierunki z UMK, nie związane z Collegium Medicum – przepowiadał i straszył Stefan Pastuszewski, a jego czarne wizje rozwiewała Dorota Jakuta (PO), przewodnicząca Rady Miasta: „CM ma siedzibę w Bydgoszczy, a rozwój planuje także w tym mieście” – mówiła, powołując się na informacje przekazane przez uczelnię

Ostatecznie większość radnych dała się przekonać – za darowizną głosowało 10, przeciw było 7 rajców – i budynek stanie się własnością toruńskiego uniwersytetu.

ab



Wspominamy

Odeszli z grona lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej
(1.11.2006 – 30.09.2007)

(Zamieszczamy listę wszystkich zmarłych lekarzy, których śmierć zgłoszono w BIL)

- | | |
|--|--|
| ✚ Lekarz Karol Mańkowski
– zmarł 1.11.2006 | ✚ Stomatolog Jakub Lewandowicz
– zmarł 11.04.2007 |
| ✚ Stomatolog Zofia Podgórska-Olejniczak
– zmarła 11.11.2006 | ✚ Lekarz Jarosław Zakrzewski
– zmarł 19.04.2007 |
| ✚ Lekarz Wanda Gayny-Lesiewska
– zmarła 17.11.2006 | ✚ Lekarz Janusz Gromnicki
– zmarł 19.04.2007 |
| ✚ Lekarz Emilia Kowalewska-Kotik
– zmarła 24.11.2006 | ✚ Stomatolog Wera Mierostawska-
-Michałowska – zmarła 4.05.2007 |
| ✚ Lekarz Stanisława Mucha
– zmarła 12.12.2006 | ✚ Stomatolog Wiesława Góral-Wojdyło
– zmarła 26.06.2007 |
| ✚ Stomatolog Zbigniew Baran
– zmarł 27.12.2006 | ✚ Stomatolog Hanna Perlińska-Gąsior
– zmarła 7.07.2007 |
| ✚ Lekarz Janusz Zaczyński
– zmarł 8.01.2007 | ✚ Lekarz Eugeniusz Strzelecki
– zmarł 7.07.2007 |
| ✚ Stomatolog Janina Majewska
– zmarła 22.01.2007 | ✚ Lekarz Tadeusz Grażda
– zmarł 12.07.2007 |
| ✚ Lekarz Teresa Kretowicz
– zmarła 15.02.2007 | ✚ Lekarz dr.n.med. Jan Masełkowski
– zmarł 6.08.2007 |
| ✚ Lekarz Antonina Stein
– zmarła 1.03.2007 | ✚ Lekarz Henryk Chabowski
– zmarł 24.09.2007 |
| ✚ Stomatolog Krystyna Musiał
– zmarła 9.03.2007 | ✚ Lekarz Jan Błażek – zmarł 29.09.2007 |
| ✚ Lekarz Szymon Dudziak
– zmarł 26.03.2007 | ✚ Lekarz Kazimierz Sawicki
– zmarł 29.09.2007 |
| | ✚ Stomatolog Irena Różga-Mykaj
– zmarła 30.09.2007 |

Żaden człowiek nie jest samoistną wyspą;
Każdy stanowi ułomek kontynentu, część
lądu. Jeżeli morze zmyje choćby grudkę ziemi,
Europa będzie pomniejszona tak samo, jak gdy-
by pochłonęło przylądek, włos twoich przyjaciół
czy twoją własną. Śmierć każdego człowieka
umniejsza mnie, albowiem jestem zespolony
z ludzkością. Przeto nigdy nie pytaj, komu bije
dzwon; bije on tobie.
John Donne



„Medyczne środy” – dlaczego i dla kogo?

Pomysł cyklu wykładów popularnonaukowych „chodził za mną” już od kilku lat. Niedawno doc. Styczyński przypomniał mi, że rozmawialiśmy o tym na którymś ze spotkań Rady Programowej „Primum”.

Pod koniec lat siedemdziesiątych prof. Juliusz Narewski, wówczas Dziekan Wydziału Biologii UMK, a późniejszy Kierownik Katedry Fizjologii AM w Bydgoszczy, organizował dla zainteresowanych biologią uczniów toruńskich liceów, wykłady w których omawiał najnowsze osiągnięcia fizjologii, biologii i oczywiście medycyny. Odstąpił przed nami tajemnicę snu, termoregulacji, homeostazy i innych obszarów życia ludzi, zwierząt i roślin. Był wspaniałym wykładowcą. Choć minęło ponad 30 lat, do dziś widzę Go za katedrą, z pasją opowiadającego o odkrywaniu tajemnic życia.

Kiedy już sam zacząłem nauczać innych, przypomniałem sobie o owych wykładach i uświadomiłem ich wielkość i potrzebę. W erze bez Internetu, bez rzutników komputerowych i Power Pointa, ktoś potrafił barwnie i zrozumiale mówić o rzeczach trudnych, a jakże pasjonujących. Zacząłem zastanawiać się, czy nie można by powtórzyć tego tu, w Bydgoszczy. Mieliśmy już spore doświadczenie z „Medicaliami”. Dr Beata Augustyńska od razu zapaliła się do projektu. Bez jej doświadczenia organizacyjnego nie zostałby zrealizowany. Wszechstronną pomoc otrzymaliśmy od Pani Rektor Tafil-Klawe. Znalazła się sala, czas, pomoc techniczna. Kierownicy Klinik i Zakładów licznie odpowiedzieli na prośbę o przygotowanie wykładów. Dział Promocji CM UMK wydrukował ulotki reklamowe i rozesłał do szkół i innych instytucji.

Pozostało czekać na pierwszy wykład. Zawszczyt jego wygłoszenia przypadł mnie. Frekwencja na nim i na następnych wykładach przekroczyła chyba nasze najśmielsze oczekiwania (ponad 200 osób!). Słucha ich młodzież licealna i gimnazjalna oraz studenci Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Są też wolni słuchacze, ludzie, których po prostu ciekawi świat. Mam wrażenie, że niektórzy wykładowcy byli zaskoczeni, zarówno frekwencją, jak i dyskusją po wykładach. W tym miejscu chciałbym podziękować wszystkim, którzy już wykładali, jak i (awansiem) tym, którzy spotkają się z naszymi słuchaczami w przyszłości.

Wiem jedno. Te wykłady są potrzebne i cenne. Sądę, że spodobałyby się też Profesorowi Narębskiemu.

Wojciech Szczęsny

Już wystartowały!

Cykl popularnonaukowych wykładów otwartych „Medyczne środy” organizowanych przez Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy rozpoczął się 3 października.

W każdą środę o godzinie 18.00 w budynku Collegium Medicum przy Rondzie Jagiellonów 13, wykładowcy przybliżać będą tematy związane z osiągnięciami nauk medycznych w sposób przystępny dla każdego. Po wykładach będzie możliwość dyskusji na temat omawianego problemu i zadawania pytań przez słuchaczy.

Pierwszy wykład „Czy papieros zabija?” wygłosił dr Marek Jurgowiak z Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej. Podczas cyklu 12 spotkań, które zakończą się w styczniu 2008 roku, pojawią się m.in. następujące tematy: „Postawa ciała – potrzeba czy konieczność?”, „Ruch w chorobach serca – czy wychodzi na zdrowie?”, „Czy nerki są niezastąpione?”, „Jak przeżyć własną śmierć?”, „Co to znaczy, że muzyka leczy?”.

Więcej informacji: Samodzielna Sekcja Promocji i Informacji Collegium Medicum, tel. (052) 585 38 13, www.cm.umk.pl

DORADCA PODATKOWY

mgr inż. Sławomir
Jacek Rogalski

(nr wpisu na listę krajową – 05537)

• prowadzenie rozliczeń podatkowych kontraktów lekarskich – stała umowa

- rozliczenia z ZUS-em
- rozliczenia roczne
- doradztwo podatkowe

BIURA

Fordon, ul. Duracza 16a/1
tel. 344 36 34

Błonie, ul. Szubińska 15
tel. 37 307 87

tel. kom. 0602 386 581
e-mail: rogalski@box.net.pl

DO WYNAJĘCIA GABINETY LEKARSKIE

Fordon obok Lidla i Hypernowej
tel. (052) 344 36 34

Zapraszamy do Adrii

Na czytelników „Primum non nocere” czeka 16 biletów do kina! Można je wykorzystać na dowolnie wybrany film. Czekamy na telefony 14 listopada w godz. od 9–11. Tel. (052) 346 00 84.

Ponadto z kuponem, który drukujemy niżej, bilet do kina Adria na każdy film kosztuje tylko 10 złotych! Zapraszamy!

KINO TEATR
ADRIA

Przeboje listopada:

KONCERT ZESPOŁU AIRE FLAMENCO:
FLAMENCO W ADRII
15 XI godz. 20:00 cena: 30zł

PRZEGLĄD FILMÓW ANIMOWANYCH:
FESTIWAL ANIME
16 - 21 XI bilety: 12zł, karnety: 48zł

KABARETOWA SCENA ADRII PRZEDSTAWIA:
FORMACJA CHATELET
22 XI godz. 20:00 cena: 35zł

TEATR BAJ POMORSKI PRZEDSTAWIA:
HISTORIA CALINECZKI
11 XI godz. 12:00 cena: 13zł

PONADTO NA EKRANIE:
Po prostu razem
pora umierać
Wszystko będzie dobrze
4 miesiące, 3 tygodnie i 2 dni
Nieznanoma Sztuczki

www.kinoadria.pl tel. 52 371 27 39

KUPON
bilet za 10 zł
PRIMUM NON NOCERE

Mój jest ten kawałek podłogi!...

W mokrych cieniach listopada
Może ktoś zabląkał się?
Nie, to tylko pies ujada.
Pomyśl także i o psie.

Jan Brzechwa



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Chyba się starzeję, bo coraz częściej sięgam do „dziecinnego” poety, znajdując w nim nie tylko tryskającą z Jego bajek radość, ale i także nostalgię przystającą dla ludzi powiedziawszy delikatnie w wieku dojrzałym, aby uniknąć brutalnego stwierdzenia, że raczej zejściowym!

A że listopad to miesiąc nostalgiczny i przez to przystający ludziom w moim wieku, to chyba wie każdy!

Bo jak tu nie smucić się, kiedy to –
„Strach na wróble wiatru słucha,
Sam się boi biedny strach,
Dmucha plucha-zawierucha,
Całe szyby stoją w łzach”.

Jak tu nie wyrażać swego zaniepokojenia, że to aż tyle osób błąka się w tych listopadowych cieniach, a żadna z nich nie pomyśli na przykład o odwiedzeniu starego „kulawca”, jakim ja jestem. Nieudacznika, któremu tak strasznie brakuje spacerów ze swoim psem. Psem, który, jak mam nadzieję, hasa gdzieś tam po niebieskich łąkach. Bo tak, na co dzień, to zadowolici się muszą szczekaniem psa za drzwiami sąsiadki i pieszczotliwym ocieraniem się o moje nogi naszej kotki.

„Mgły na polach, ciemność w lesie,
Drga jesieni smutny ton,
Przyjdzie wieczór i przyniesie
Sny i mgły, i stada wron”.

Smutny ton jesieni! Miałem przedsmak tego tonu, kiedy to na Kaszubach we wrześniu obserwowałem wiecowanie jaskółek przed ich odlotem. Widok ich olbrzymiego stada siedzącego na drutach wysokiego napięcia jest arcyciekawy. Podlatywania, świergot, ich niepokój udzielający się obserwatorowi – wszystko to jest bardzo malownicze i budzi chęć ciągłego oglądania. Ale następuje moment, gdy naraz w jednej chwili zrywają się wszystkie do lotu i odlatują w jednym kierunku ginąc za ścianą lasu. I co? Ano pozostał po nich smutek i pustka, a później to już tylko gawrony snujące się po ołowianym niebie!

Nastrój podły, żeby nie powiedzieć ponury, bo taki stan ducha mi w tym roku jesień niesie! Stan taki, że tylko dostosować się do zaleceń poety jak poniżej:

„Wyjść się nie chce spod kożucha,
Blady promyk światła zgasł,
Dmucha plucha-zawierucha,
Zimno, ciemno, spać już czas”.

Pragnę na koniec zaznaczyć, że chyba nie jest aż tak źle z moim nastrojem, bo absolutnie po napisaniu tego „kawałka” nie wybieram się spać!

A. Martynowski

PRACA

Centrum Onkologii w Bydgoszczy w związku z rozwojem działalności filii – Centrum Diagnostyczno-Leczniczo we Włocławku zatrudni: **onkologa-chemioterapeutę, radiologa, chirurga-onkologa, urologa, ginekologa, endokrynologa lub lekarzy w trakcie specjalizacji** na umowę kontraktową. Informacji udziela dr Piotr Cisowski tel. 606 155 299.

Spółdzielnia Pracy Lekarzy Specjalistów SANITAS zatrudni **lekarza pulmonologa oraz lekarzy stomatologów i ortodontów**. Informacja i zgłoszenia pod numerem tel. (052) 322 40 71/72.

Lekarza stomatologa w prywatnej praktyce w Bydgoszczy, na dobrych warunkach, zatrudni. Telefon: 052 372 63 60, 605 098 767.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie zatrudni **dwóch lekarzy ze specjalnością w dziedzinie chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej** do pracy w Przychodni Rejonowej w Strzelnie. Warunki pracy do omówienia. Możliwość zatrudnienia na umowę kontraktową. Kontakt: tel. (052) 315 25 15 lub 315 25 33.

NZOZ nawiąże współpracę z **lekarzem stomatologiem i lekarzem ortodontą** wykonującym aparaty stałe. Tel. 0502 029 249.

Dyrekcja Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu zatrudni **lekarza posiadającego specjalizację w zakresie he-**

MEDICALIA 2007

17 listopada Collegium Medicum UMK organizuje kolejny „Dzień nauki”. Uczelnia zaprasza wszystkich mieszkańców regionu zainteresowanych naukami medycznymi na warsztaty i wykłady. Szczegóły na www.cm.umk.pl

matologii lub chętnego do jej podjęcia. Oferty prosimy składać na adres: Dyrekcja Specjalistycznego Szpitala Miejskiego im. M. Kopernika w Toruniu ul. Batorego 17/19, 87-100 Toruń.

Gminna Przychodnia w Sadkach, ul. Mickiewicza 7, 89-100 Sadki zatrudni **lekarza rodzinnego, ogólnego lub internistę** do pracy w POZ. Prosimy o kontakt telefoniczny: 052 385 07 11 lub 606 794 746.

SPRZEDAM

Fotel stomatologiczny Beskid w bardzo dobrym stanie sprzedam – bardzo tanio! Tel. 052 363 16 99 lub 372 63 60.

Lekarz stomatolog sprzedaje kawalerkę (31 m², całkowite wyposażenie) na Bartodziejach, dwa przystanki od AM. Kontakt: 0604 12 89 87.

Lekarz sprzedaje działkę (pow. 445 m²) wypożyczynką w Bożenkwie wraz z domkiem (wyposażenie domku gratis). Kontakt: 052 342 13 56, 663 192 999.

Szkoła Językowa „Angielski w medycynie” „Język angielski dla pielęgniarek”

- mamy wieloletnie doświadczenie



- w prowadzeniu kursów dla lekarzy,
- zachęcamy do tworzenia własnych grup (min. 5 osób),
- oferujemy atrakcyjne ceny i warunki płatności.

tel. po godz. 14.30 – 052 342 03 81
kom. 692 461 711

Bydgoszcz, ul. Połczyńska 3 (Bartodzieje)

www.masterszkola.prv.pl

Oferujemy:

- korzystne warunki finansowe
- możliwość rozwoju zawodowego
- zapewnienie mieszkania

CV ze zdjęciem oraz list motywacyjny z powołaniem się na nr ogłoszenia należy przesać na adres e-mail:

praca@emc-sa.pl

Zastrzegamy sobie prawo odpowiedzi na wybrane oferty.

Zaproszenia dla Czytelników do Teatru!

- 16 listopada – Osiem kobiet, godz. 19.00
- 30 listopada – Nordost, godz. 19.00

Czekamy na telefony 14 listopada od godz. 9–11. Tel. 052 346 00 84, Ewa Langner.

Repertuar listopad 2007



- 16 piątek Robert Thomas – **Osiem kobiet**, 19.00
- 17 sobota Robert Thomas – **Osiem kobiet**, 17.00
- 20 wtorek Nikolaј Kolada – **Merylin Mongoł**, 19.00
- 21 środa Nikolaј Kolada – **Merylin Mongoł**, 17.00, 20.00
- 22 czwartek Nikolaј Kolada – **Merylin Mongoł**, 17.00, 20.00
- Torsten Buchsteiner – **Nordost** (próba otwarta), 19.00
- Po próbie otwartej „Nordost” – spotkanie z twórcami*
- 23 piątek Torsten Buchsteiner – **Nordost PREMIERA** 19.00
- 24 sobota Torsten Buchsteiner – **Nordost**, 17.00

3 Festiwal Muzyka z Mózgu

- 25 niedziela Torsten Buchsteiner – **Nordost**, 17.00
- 3 Festiwal Muzyka z Mózgu
- 27 wtorek Torsten Buchsteiner – **Nordost**, 19.00
- 28 środa Frank Wedekind – **Przebudzenie wiosny**, 18.00, 20.00
- 29 czwartek Frank Wedekind – **Przebudzenie wiosny**, 18.00, 20.00
- 30 piątek Torsten Buchsteiner – **Nordost**, 19.00

7–27 listopada – projekt **terroryzm/więźniowie rozpaczy**
Repertuar może ulec zmianie

Klub Lekarza Seniora

Na grudniowe spotkanie lekarzy seniorów zapraszamy **12 grudnia o godz. 14.30** (tym razem wyjątkowo – w drugą środę miesiąca!). Gościem będzie prof. Arkadiusz Jawień, a tematem prelekcji – „Wędrowka po Ziemi Świętej.” Zapraszamy!