

W SPRAWIE CZASU PRACY

Propozycja kompromisu 2
 Unijne przepisy, czyli
 dyrektorzy kontra lekarze? 3

INFORMUJEMY

ORL w sprawie OC lekarzy. 4
 NFZ przypomina: od 1 stycznia
 – nowy wzór recepty. 4
 Biziel już szpitalem uniwersyteckim. . . 4

W ONKOLOGII

Rok alternatywny 5
 Programy terapeutyczne 2008. 6

Z CM UMK

Doktoraty. 7

PROFILAKTYKA 8

JUBILEUSZE

Szpital im. dr. A. Jurasza ma już
 70 lat. 9
 Szpital na Markwarta 10

NOWE W NAUCE

Ozon – leczy czy zabija? 13

PRACUJĘ W ANGLII

Czy warto zostać konsultantem? . . 15

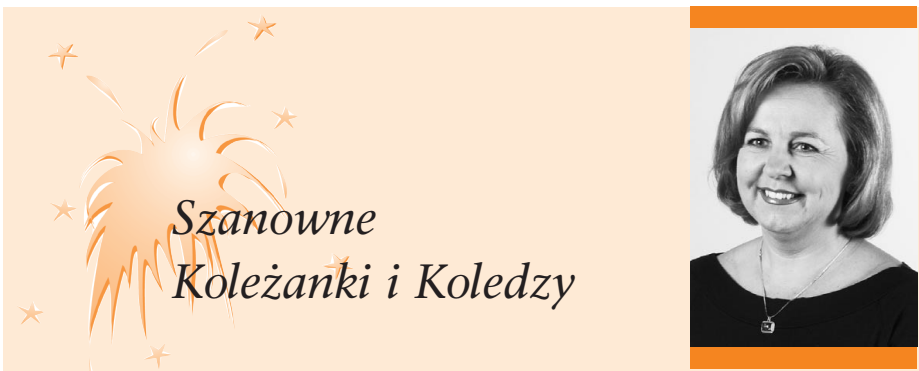
JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIE

Kształcenie emocjonalne. 16
 Wrażliwość plasuje się na
 szczególnym miejscu w medycynie. . 16
 Szpital z pozycji leżącego 17

FELIETON 19

W PIGUŁCE 20

Na okładce: zdjęcie dr n. med. Zofii Ruprecht z Katedry i Kliniki Diabetologii CM UMK – „Przechodzący przez rzekę”



*Szanowne
 Koleżanki i Koledzy*

*W imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby
 Lekarskiej składam Państwu serdeczne życzenia pomyślności
 i zdrowia w Nowym Roku*

Radosława Staszak-Kowalska – Przewodnicząca BIL

P.S. Pozwalam sobie przesłać Państwu „Przepis na cały rok”, sporządzony przez matkę Goethego prawie 200 lat temu. Można więc powiedzieć, że przepis jest wypróbowany i godny polecenia!

Z pozdrowieniami
 Radosława Staszak-Kowalska

Przepis na cały rok

*Catherina Elisabeth
 GOETHE (1731–1808)*

*Wziąć dwanaście miesięcy,
 Obmyć je dobrze do czysta
 Z goryczy, chciwości, pedanterii i
 lęku
 I podzielić każdy miesiąc na 30
 albo 31 części,
 Tak, żeby zapasu starczyło
 dokładnie na rok.
 Każdy dzionek przyrządza się
 oddzielnie
 Biorąc po jednej części pracy*

*I dwie części wesołości i humoru.
 Dodać do tego trzy kopiate łyżki
 optymizmu,
 Łyżeczkę tolerancji,
 Ziarnko ironii
 I szczyptę taktu.
 Następnie masę tę polewa się
 obficie miłością.
 Gotowe danie ozdobić bukiecikiem
 małych uprzejmości
 I podawać je codziennie z pogodą
 ducha
 I filiżanką ożywczej herbaty..
 Anna Słasiak*

Propozycja kompromisu

*Szanowne Koleżanki
Szanowni Koledzy*

W związku z ogromną presją wywieraną w ostatnich dniach na środowisko lekarskie w sprawie nowych przepisów dotyczących czasu pracy lekarzy i koniecznością szybkiego reagowania na zmieniające się propozycje pozwalam sobie przedstawić sposób, w jaki osobiście widzę tę sprawę.

1. Polska jest w Unii Europejskiej i prawo unijne (w tym Europejska Dyrektywa w sprawie niektórych aspektów czasu pracy EDWT) obowiązuje u nas od 1.V.04 (z wyjątkiem wynegocjowanych okresów przejściowych nie dotyczy to EDWT).

2. Od wielu lat mamy do czynienia z (nie-skutecznymi) próbami liberalizacji EDWT. Ostatnio sprawy nieco przyspieszyły (ze względu na zmianę stanowiska niektórych krajów), ale przy konieczności uzgodnienia stanowiska między KE, Radami Ministrów Pracy oraz PE (Parlament jest szczególnie niechętny zmianom) nie może to nastąpić wcześniej niż za rok. Proponowane zmiany (np. wydłużenie okresu rozliczeniowego do 12 miesięcy, nie uznawanie nieaktywnej części dyżuru za czas pracy) są powszechnie kontestowane przez środowiska lekarskie UE (ja także napisałem w tej sprawie list do polskich europosłów). Nie ma jednak żadnego prawdopodobieństwa, aby nowelizacja EDWT dokonała się w najbliższych tygodniach.

3. Przepisy EDWT powinny być implementowane w Polsce od 1.V.04, ale nawet i bez implementacji obowiązują one od tego czasu potwierdzają to sądy w indywidualnych sprawach lekarzy skarżących pracodawców. Istnieje za to możliwość ukarania Polski przez KE za brak implementacji. Wobec zmienionych przepisów ustawy o zoz, które wchodzi w życie od 1 stycznia 2008 r. niebezpieczeństwo takie znika. Zmiana ustawy w kierunku opóźnienia jej wejścia w życie (sprzeczną z EDWT) ponownie naraża nas na to niebezpieczeństwo (KE zapowiedziała już kontrolę w tym zakresie) oraz kosztowną lawinę dalszych spraw sądowych indywidualnych lekarzy.

4. Zarówno EDWT, ustawa o zoz jak i praktyka uczą, że w niektórych okolicznościach istnieje konieczność pracy dłuższej niż 48 g tygodniowo (i więcej niż 7,35 g, a nawet 13 g dziennie). Lekarze też dopuszczają taką możliwość. Zgodnie z przepisami EDWT i ustawy może to nastąpić jedynie za wyrażoną dobrowolnie przez lekarza zgodą. Jest rzeczą oczywistą, że ta praca ponad normę musi być wynagradzana tak, aby zachęcić lekarza do jej podjęcia. W tej sprawie ani państwo, ani pracodawca, ani nawet organizacje lekarskie (samorząd, związki) nie mogą go do niczego przymuszać to byłoby przestępstwo.

5. Istnieje trochę chaosu w przepisach, w ramach których ta dodatkowa praca może się odbywać (zarówno w trybie etatowym jak i kontraktowym) trzeba je jak najszybciej poprawić: niektóre przepisy ustawy o zoz, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy o jbr. Należy to zrobić jak najszybciej, ale nie wstrzymuje to przecież życia. Dziś także nie wszystkie umowy są w pełni zgodne z restrykcyjnymi wykładniami prawa i działają.

6. Lekarze w Polsce powszechnie wyrażają wolę nie odstępowania od postulatów minimalnych wynagrodzeń na poziomie 2, 2,5 i 3 średnich krajowych. Często to właśnie stawiają jako warunek podjęcia się dyżurowania po 1 stycznia. W obecnym systemie ochrony zdrowia nie ma na to środków.

Czy w tej sytuacji jest jakieś dobre wyjście? Na pewno potrzebny jest jakiś kompromis. Osobiście wyobrażam go sobie tak:

a) do zoz-ów wpływają dodatkowe pieniądze w postaci zwiększonej wartości punktu. Są one dzielone w zakładach. Skąd wziąć na to środki? Już dziś jest w NFZ nadwyżka, której nie należy przeznaczać na zwiększanie liczby zamawianych procedur. Należy jednak zapewnić dodatkowe środki dla NFZ. Mogą to być środki z budżetu (nad którym obecnie debatuje Sejm) w postaci zwiększonego wymiaru składki płaconej przez budżet za rolników i bezrobotnych oraz większych środków na procedury wyspecjalistyczne. Może to być także dotacja z Funduszu Pracy – odpowiedni projekt ustawy jest także w Sejmie. Środki te muszą wystarczyć na odczuwalną podwyżkę, chociaż mogłaby ona być poniżej oficjalnych oczekiwań środowiska lekarskiego,

b) Sejm uchwała ustawę w sprawie kroczącej gwarancji minimalnego wynagrodzenia rozłożone w czasie,

c) dyrektorzy zoz-ów otrzymują zalecenia stosowania się do opisanej sytuacji oraz zapewnienie pokrycia kosztów operacji,

d) lekarze otrzymują odczuwalną podwyżkę i gwarancje stopniowego dojścia do oczekiwanego poziomu wynagrodzeń. W tej sytuacji organizacje lekarskie (samorząd, związki) zwracają się do lekarzy o podpisywanie umów typu opt out lub kontraktów na dyżury,

e) nie ma mowy o odłożeniu w czasie wejścia w życie przepisów ustawy o zoz.

Jeśli moje przemyślenia wydają się racjonalne (po wielu rozmowach z parlamentarzystami, politykami, prawnikami i lekarzami mam śmiałość twierdzić, że takie są), proszę o wspólny front w tej sprawie. W szczególności dotyczy to naszych relacji z dyrektorami, regionalnymi organizatorami ochrony zdrowia, postami, senatorami oraz dziennikarzami. Apeluję o jedność w tej krytycznej chwili.

Z koleżeńskim pozdrowieniem

Konstancja Radziwiłł

Stanowisko nr 17/V/07 Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej z dnia 29.11.2007r.

W związku z nowelizacją ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w zakresie zmiany organizacji czasu pracy lekarzy od 01.01.2008 r. Okręgowa Rada Lekarska uznaje, że:

1. W obecnej sytuacji prawnej rekomendowaną formą zatrudniania lekarzy – jest umowa o pracę.
2. Nie należy podejmować z pracodawcą indywidualnych rozmów dotyczących czasu pracy i wysokości wynagrodzenia. Zaleca się tworzenie grup negocjacyjnych.
3. Podpisanie klauzuli opt-out musi być uzależnione od uzyskania zarobków w wysokości zgodnej z uchwałą VIII Krajowego Zjazdu Lekarzy.
4. Organizacja pracy oddziałów szpitalnych spoczywa na kierownictwie placówek.

Stoimy przed niepowtarzalną szansą, aby w sposób zgodny z prawem osiągnąć cel oczekiwany od wielu lat.

*Sekretarz ORL BIL Przewodnicząca ORL BIL
dr n.med. Iwona dr n.med Radosława
Sadowska-Krawczenko Staszak-Kowalska*

Uchwała nr 739/V/07 Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej z dnia 29.11. 2007 r.

Na podstawie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30 poz. 158 z późn. zm.), Okręgowa Rada Lekarska w Bydgoszczy postanawia:

§1

Zwołać w dniu 29.03.2008 roku XXV Okręgowy Zjazd Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

§2

Wykonanie uchwały powierzyć Sekretarzowi Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz ORL BIL Przewodnicząca ORL BIL
dr n. med. Iwona dr n. med Radosława
Sadowska-Krawczenko Staszak-Kowalska*

Unijne przepisy czyli dyrektorzy kontra lekarze?

Znowelizowana ustawa o zoz-ach od 1 stycznia 2008 „wprowadza” dla polskich lekarzy unijny, 48 godzinny tygodniowy czas pracy. Tymczasem, na 14 dni przed wejściem w życie nowych przepisów dyrektorzy większości szpitali w regionie nadal nie wiedzieli, czy ich placówki od tego dnia będą w stanie zapewnić ciągłość udzielania świadczeń medycznych, bo ze swoimi pracownikami na temat organizacji pracy, jeszcze się nie „dogadali”. Apelowanie do sumień medyków i straszenie, że z powodu swoich roszczeń finansowych zniszczą własny zakład pracy nie zadziałało – lekarze wiedzą, że jeżeli nie teraz, to następna szansa, by wywalczyć godziwe wynagrodzenia może nie pojawić się tak szybko.

Nie wszyscy szefowie szpitali są w tak komfortowej sytuacji jak np. doktor Stanisław Plewako, dyrektor NZOZ-u w Więcborku, prowadzonego przez spółkę Novum-Med, gdzie lekarze świadczą usługi zdrowotne na podstawie umów cywilno-prawnych i są raczej zadowoleni. Podobnie jest w Centrum Onkologii w Bydgoszczy – większość lekarzy pracuje na tzw. kontraktach i jak informuje zastępca dyrektora ds. lecznictwa dr n. med. Wiesława Windorbska: „Nowelizacja ustawy nie powinna spowodować zakłóceń i istotnych zmian w sposobie organizacji pracy w naszym szpitalu.”

Większość dyrektorów szpitali w regionie jest jednak w trudniejszej sytuacji - o to, by ich medycy zgodzili się przejść z etatów na umowy cywilno-prawne muszą dopiero powalczyć. Nie zawsze to jest proste, bo lekarze, także ci już na kontraktach, żądają wyższych stawek za godzinę swojej pracy. W Szpitalu im. Bizuela, Szpitalu Wojskowym oraz Uniwersyteckim w imieniu lekarzy o wyższe wynagrodzenia walczą powołane zespoły negocjacyjne, tak może być też w Miejskim, gdzie właśnie organizuje się oddział OZZL. W tym pierwszym szpitalu rozmowy z pracownikami zaplanowano dopiero na przedostatni tydzień grudnia – „Spokój dyrektorów jest zastanawiający. Przez wiele miesięcy nie

działo się nic, chociaż było wiadomo, co może się stać po 1 stycznia. Zbyt późne przystąpienie dyrekcji do rozmów z nami może mieć poważne konsekwencje i skutkować problemami od początku roku” – ostrzega doktor Dariusz Ratajczak, szef regionalnego OZZL, jednocześnie, na razie, etatowy pracownik Szpitala. „Moje przejście na kontrakt uzależniam od wyników negocjacji. Jeżeli będą odpowiednie stawki to dyrekcja nas przekona, ale na razie nawet nie próbuje. – mówi – Wyjdziemy od absolutnego minimum zgodnego ze stanowiskiem izby lekarskiej i związku: 40 zł za godzinę pracy w zwykły dzień i 70 zł w świąteczny. Dla tych, którzy chcą pozostać na etacie – 2, 2,5 lub 3 średnie krajowe.”

Kontrakty ze swoim białym personelem negocjuje też Edward Grądział, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego. Tam medycy mają podobne żądania, jak ich koledzy z Bizuela, ale rozmowy przebiegają spokojnie i jak zapewnia dr n. med. Radosława Staszak-Kowalska ordynator Oddziału Pneumonologii, jednocześnie przewodnicząca BIL: „Nie będzie przeszkód w pracy szpitala. Będziemy dyżurować”

„Na razie liczę, ile pieniędzy będę potrzebował na wzrost wynagrodzeń dla moich lekarzy. Wychodzi, że fundusz płac szpitala powinien wzrosnąć co najmniej o 30–40 proc. – szacuje dyrektor – Skąd wziąć te pieniądze?”

Najtrudniej sytuacja wygląda w Szpitalu im. Jurasza. Tam do przejścia na kontrakty i pełnienia dyżurów ma „zachęcać” godzinowa stawka: „20 zł (dzień roboczy) i 30 (dzień świąteczny) PLN dla młodszego asystenta/asystenta i 30 (dzień roboczy) i 40 (dzień świąteczny) PLN dla starszego asystenta” a 2880 i 3800 zł (w zależności od stopnia specjalizacji) proponuje się lekarzom związanym umowami cywilno-prawnymi w ramach codziennej pracy – czytamy w piśmie dyrektora szpitala Kazimierza Turkiewicza skierowanym do lekarzy.

„Takimi kontraktami dyrekcja chce załatwić sobie parę rzeczy – uważa Dariusz Ratajczak z OZZL – spokój po pierwszym styczniu, tak by szpital mógł normalnie funkcjonować oraz zaoszczędzić pieniądze, na pewno nie wydać więcej.”

W obliczu wejścia w życie nowych przepisów niektórzy lekarze z kontraktów chcą wręcz zrezygnować, upatrując większych korzyści finansowych z pracy etatowej,

nie mówiąc już o odzyskaniu praw pracowniczych, których na umowie cywilno-prawnej byli pozbawieni. Tak jest np. w bydgoskim Szpitalu Miejskim czy w SPZOZ w Inowrocławiu: „Lekarze wypowiadają kontrakty, a wiedząc, że innych specjalistów nie znajdzie, chcą przechodzić na umowę o pracę, oczekując wyższych stawek – mówi Eligiusz Patalas, dyrektor tej ostatniej lecznicy.

Lekarzy wspiera Naczelna Rada Lekarska opowiadając się za większością rozwiązań prawnych, które wprowadza znowelizowana ustawa w sprawie czasu pracy. „W stanowisku przyjętym 14 grudnia przyjęliśmy, że ewentualne zmiany prawa mogłyby dotyczyć możliwości wydłużenia czasu pracy lekarza ponad 13 godzin dziennie, ale tylko za jego pisemną zgodą i przy ustaleniu maksymalnej liczby godzin zatrudnienia w okresie rozliczeniowym”. – mówi Radosława Staszak-Kowalska, przewodnicząca BIL.

Tymczasem dyrektorzy szpitali skarżą się, że na nową ustawę ich nie stać, a koła rantkowego w postaci dodatkowego strumienia pieniędzy nie widać. Na pewno pomoc nie przyjdzie od strony Funduszu. „NFZ proponuje wzrost wartości umów od 2 dwóch do 8 proc. a to w żaden sposób nie pokryje wzrostu wydatków związanych ze wzrostem kosztów dyżurów. – mówi Eligiusz Patalas, dyrektor inowrocławskiego Szpitala i dodaje – Nie podpiszę takiego kontraktu. Nie można oczekiwać, że powtórzy się sytuacja sprzed kilku lat i za panią minister Kopacz wezmę odpowiedzialność, zadłużając zakład, a nie mając gwarancji, że wydane środki do nas spłyną. To ja będę odpowiadał z tytułu naruszenia dyscypliny finansów publicznych, to mi grożą kary finansowe i zawodowe, np. zakaz zajmowania stanowisk.” Od stycznia w Szpitalu w Inowrocławiu, jeżeli negocjacje z lekarzami się nie powiodą, może zabraknąć 70 lekarzy, a na podwyżki wg minimalnych stawek zakładanych przez izbę lekarską dyrektor potrzebowałby dodatkowo 12 mln zł.

Jak więc będą pracować szpitale od nowego roku? Na razie, w niedzielę, 16 grudnia nie było wiadomo. Oby nie tak, jak w czarnym scenariuszu przewidywanym przez dyrektora Patalasa: „Jeżeli lekarze na zaproponowane warunki się nie zgodzą, to od 1 stycznia szpital pracuje jak w systemie dyżurowym, w zmniejszonej obsadzie, a po 3–4 tygodniach trzeba będzie tylko ustalić, kto gasi światło.”

Agnieszka Banach
agnieszka.banach@hipokrates.org

Okręgowa Rada Lekarska na posiedzeniu w dniu 29.11.2007 r. zaakceptowała postanowienie Prezydium ORL z 22.11. 2007 r. o zaprzestaniu zbiorowego ubezpieczenia lekarzy od OC. Dotychczasowe porozumienie w sprawie zbiorowego ubezpieczenia OC lekarzy obowiązuje do dnia 31.12.2007 r.

ORL w sprawie OC lekarzy

Uchwała nr 737/ 07 Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej z dnia 29 listopada 2007r.

w sprawie zbiorowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) lekarzy

Na podstawie art. 25 pkt I b w związku z art. 4 ust. I pkt 8 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158 z późn. zm.) Okręgowa Rada Lekarska BIL postanawia:

§1

Dokonać wypowiedzenia porozumienia w sprawie zbiorowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) lekarzy zawartego w dniu 28.11.2006 r. pomiędzy Bydgoską Izbą Lekarską a Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji CIGNA STU S.A w Warszawie.

§2

Upoważnić przewodniczącą oraz skarbnika Bydgoskiej Izby Lekarskiej do dokonania wypowiedzenia powyższego porozumienia.

§3

Odstąpić od zawierania porozumień w sprawie zbiorowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) lekarzy.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz ORL BIL
dr n. med. Iwona
Sadowska-Krawczenko

Przewodnicząca ORL BIL
dr n. med. Radostawa
Staszak-Kowalska

Biziel już szpitalem uniwersyteckim!

Najpierw projekt Porozumienia, na mocy, którego SPZOZ Wojewódzki Szpital im. dr. Jana Bizieła stanie się placówką uniwersytecką, zaakceptował Sejmik Województwa Kujawsko-Pomorskiego – o czym informowaliśmy w poprzednim numerze PNN. Potem swojego poparcia dla decyzji dwóch organów założycielskich – samorządu województwa i przyszłego właściciela lecznicy, czyli UMK – udzielił, jeszcze poprzedni Wojewoda Kujawsko-Pomorski Zbigniew Hoffmann.

Porozumienie ma zostać podpisane po wyliczeniu dokładnej wysokości zobowiązań szpitala netto na dzień 31 października, którymi oba organy mają się podzielić po połowie i podjęciu w tej sprawie stosownej uchwały sejmiku. „Formalne przekazanie szpitala Uniwersytetowi powinno nastąpić jeszcze w 2007 roku” – zapewnia marszałek województwa Piotr Całbecki.

(ab)

APEL O WSPARCIE FINANSOWE

Pomóżmy naszemu Koledze!

W imieniu zespołu lekarzy i pielęgniarek Oddziału Laryngologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, zwracamy się do wszystkich lekarzy o finansowe wsparcie naszego chorego kolegi. Doktor Maciej Polak – laryngolog, specjalista laryngologii dziecięcej, wieloletni pracownik Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, od wielu lat cierpi na rzadką postać nowotworu twarzoczaszki. Mimo wielokrotnych zabiegów operacyjnych choroba postępuje. Jedynym ratunkiem jest przeprowadzenie reoperacji, której podjął się prof. Mani Abraham Kuriakose z Amrita Institute of Medical Science and Research Center w Kochi, Keral w Indiach.

Z uwagi na duże koszty leczenia uprzejmie apelujemy o finansowe wsparcie naszego Kolegi na konto Bydgoskiej Izby Lekarskiej nr:

**95 1020 1475 0000 8302 0019 1197
z dopiskiem „Dla Macieja Polaka”**

Przewodnicząca Okręgowej Rady Lekarskiej BIL
Radostawa Staszak-Kowalska

NFZ przypomina: od 1 stycznia – nowy wzór recepty

Pole – data realizacji, nie może pozostać puste!

Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ przypomina iż od 1 stycznia 2008 r. obowiązuje wzór recepty zgodny z załącznikiem nr 6 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007r. w sprawie recept lekarskich (Dziennik Ustaw Nr 97 Poz. 645 i 646) Nowy wzór recepty zawiera dane: **Data realizacji od dnia...**

Umożliwia to lekarzowi wystawienie trzech recept na kolejne miesięczne kuracje dla pacjenta. Lekarz wystawiający recepty na kolejne miesięczne kuracje zobowiązany jest w polu: **Data realizacji od dnia...** określić dzień, po którym może nastąpić realizacja recepty w aptece.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich z dnia 17 maja 2007 roku: *Osoba, o której mowa w ust. 1 (osoba wystawiająca receptę), może wystawić trzy recepty na kolejne miesięczne kuracje, **określając dzień, po którym może nastąpić realizacja*** Dz. U. Nr 97, poz. 646, § 8 ust. 3)

Jeżeli lekarz nie korzysta z możliwości wystawienia recept na kolejne miesięczne kuracje, zobowiązany jest zawsze w polu: Data realizacji od dnia wstawić znak „X”.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich z dnia 17 maja 2007 r.: *...dane niezbędne do wystawienia recepty, jeżeli co najmniej jeden*

z przepisanych leków lub wyrobów medycznych ma być wydany za opłatą ryczałtową, za częściową odpłatnością lub bezpłatnie, zwanych dalej „refundowanymi lekami i wyrobami medycznymi”, obejmują: (...)

– datę realizacji recepty, w przypadkach, o których mowa w § 8 ust.3 (osoba wystawiająca receptę, może wystawić trzy recepty na kolejne miesięczne kuracje, określając dzień, po którym może nastąpić realizacja), a jeżeli nie dotyczy – znak „X”. (Dz.U.07.97.646, § 3 ust.1 pkt 6 i § 8 ust.3).

Mgr Monika Mierzwinska
Wydział Gospodarki Lekami
K-P OW NFZ

Rok alternatywny



**Jan
Styczyński**



**Karolina
Dulęba**

Od kilkunastu lat obserwuje się systematyczny wzrost zainteresowania pacjentów medycyną niekonwencjonalną, co potwierdzają badania prowadzone w wielu krajach. Jako uzasadnienie takiego stanu rzeczy podaje się m.in. rosnący brak zaufania do lekarzy i placówek służby zdrowia. Niezadowolone pacjentów wynika z powszechnego, wg nich, bezosobowego i technicznego podejścia lekarzy zarówno pierwszego kontaktu, jak i onkologów do osób chorych, skupiania się głównie na chorobie, a nie pacjencie oraz wszechobecnego pośpiechu towarzyszącego pracy lekarza. Tym samym, specjaliści i metody medycyny niekonwencjonalnej, stanowią dla wielu ludzi atrakcyjną, alternatywną formę pomocy, oferując dużą ilość czasu poświęcanego na jednego pacjenta i „holistyczne” podejście.

W przeglądarce „Google” w języku polskim termin „nowotwór” pojawia się 479 tysięcy razy, chemioterapia ok. 160 tysięcy razy, „lekarstwo” 660 tysięcy razy, a „medycyna alternatywna” – 756 tysięcy razy! Jednocześnie samo hasło „vilcacora” pojawia się 106 tysięcy razy.

Miniony rok zapisał się jako kolejny, w którym coraz bardziej nasila się wzrost zainteresowania tzw. medycyną alternatywną i uzupełniającą (ang. CAM – complementary and alternative medicine). Mianem terapii alternatywnej określa

się różnorodne środki lecznicze i metody terapii, które są stosowane przez ludzi w celach leczniczych lub profilaktyce, pomimo iż w świetle medycyny konwencjonalnej ich działanie nie zostało udowodnione lub jest ono znikome (np. szeroko rozumiane preparaty odżywcze lub ziołolecznictwo). Medycyna komplementarna (uzupełniająca) obejmuje natomiast działania mające na celu złagodzenie objawów choroby, poprawę samopoczucia i jakości życia chorych (np. relaksacja, masaż). Inna definicja mówi, że medycyna alternatywna obejmuje interwencje medyczne, których nauczanie nie jest prowadzone w szkołach medycznych i których nie stosuje się w szpitalach.

Narodowy Instytut Zdrowia USA (National Health Institute) powołał w latach 90-tych Biuro Medycyny Alternatywnej (National Center for Complementary and Alternative Medicine, <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/>) i wyodrębnił 5 kategorii medycyny alternatywnej i uzupełniającej, tj. alternatywne systemy medyczne (np. medycyna chińska, homeopatia); techniki duszy i ciała (np. medytacja, modlitwa); terapie biologiczne (np. ziołolecznictwo, naturalne preparaty alternatywne); metody leczenia manualnego (np. chiropraktyka, masaż) oraz terapia energią (np. terapia biopolem, bioelektromagnetyzm).

Nie wszyscy wiemy, że wiele pozornie bezpiecznych preparatów alternatywnych może być niebezpiecznych dla pacjenta z chorobą nowotworową. W specjalistycznej literaturze można znaleźć dowody na to, że vilcacora czy lscador mogą stymulować przeżycie komórek białaczkowych (czytaj: stymulować wzrost nowotworu). Z kolei witamina C, która jest często stosowana jako lek antyoksydacyjny może hamować apoptozę, która indukuje leki przeciwnowotworowe. Jednocześnie, wiele preparatów ziołowych może powodować interakcje z lekami przeciwnowotworowymi.

Wiele metod alternatywnych na pewno nie szkodzi konwencjonalnej terapii, tj. tej której skuteczność (mniejsza lub większa) została uznana i udowodniona w sposób naukowy. Ale jednocześnie nie pomagają! Przykładowo, modlitwa jest ważnym elementem życia dla wielu osób, jest potrzebą duchową i może stanowić istotne wzmocnienie psychiczne, ale przecież nie jest me-

todą terapeutyczną. W jednym z najbardziej prestiżowych czasopism medycznych, jakim jest Lancet (2005; 366: 211–217) udowodniono w badaniach randomizowanych, że modlitwa nie poprawia wyników leczenia (na przykładzie niewydolności wieńcowej). Żle jest, jeśli świadomość możliwości zastosowania metod medycyny alternatywnej doprowadza do rezygnacji z klasycznej terapii medycznej (osobiście znam takie przykłady, a właściwie: już ich nie znam).

A tzw. „specjaliści” medycyny alternatywnej (czytaj: oszuści podający się za autorytety medyczne) robią swoje: ogrodnik zamyka pacjentów w klatce i „leczy” ich prądem; producent mebli reklamuje „cudowne” łóżko leczące raka; orientalni „cudotwórcy i uzdrowiacze” oferują swoje tajemnicze metody. Niebezpiecznie popularne są wyciągi z ziół i inne preparaty serwowane przez różne osoby, czasami pod przykryciem religii. Nie bójmy się powiedzieć naszym pacjentom, że tym wszystkim ludziom chodzi tylko o pieniądze – albo bezpośrednio, albo pośrednio poprzez reklamę. Pacjenci są jednak różni; musimy z nimi rozmawiać o medycynie alternatywnej, sygnalizować niebezpieczeństwa, wyjaśniać, że droga do wyleczenia nie prowadzi drogą medycyny alternatywnej.

Powoli jednak rozwija się medycyna integracyjna – nowa gałąź medycyny, częściowo uwzględniająca metody komplementarne. Medycyna integracyjna stanowi połączenie praktyk medycyny konwencjonalnej oraz metod medycyny alternatywnej i komplementarnej, w stosunku do których istnieją dane naukowe, dotyczące ich bezpieczeństwa. W kontekście onkologii, medycyna integracyjna uwzględnia łączenie metod komplementarnych, takich jak akupunktura, medytacja czy muzykoterapia z leczeniem konwencjonalnym, takim jak chirurgia, chemio- czy radioterapia.

■ **Dr hab. n. med. Jan Styczyński** – adiunkt w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, specjalista pediatrii, onkologii i hematologii dziecięcej oraz transplantologii klinicznej.

■ **Lek. med. Karolina Dulęba** – uczestniczka Studiów Doktoranckich w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii.

Programy terapeutyczne 2008

Prawie 80 proc. osób leczonych z powodu raka jelita grubego, u których po radykalnym zabiegu chirurgicznym konieczna jest chemioterapia pooperacyjna (tzw. adjuwantowa) wybrałoby, zamiast standardowo stosowanej kuracji dożylniej, jej formę doustną. Tymczasem w Polsce w ramach programów terapeutycznych, NFZ finansuje doustną chemioterapię tylko w chorobie zaawansowanej w leczeniu przerzutowym. Lekarze onkolodzy, natomiast zalecają stosowanie kapecytabiny już we wczesnej fazie choroby, nawet gdy w trakcie zabiegu nowotwór został radykalnie usunięty.

Dla chorych wybór formy chemioterapii, to wybór między koniecznością kontynuowania leczenia w warunkach szpitalnych lub bardziej przyjaznych człowiekowi – domowych, ale nie tylko. W przypadku chemioterapii dożylniej 5-fluorouracyłem/lekoworyną (5-FU/LV) pacjent skazany jest na 30 wizyt w szpitalu, uciążliwe skutki uboczne i wyższą toksyczność tej formy terapii. Przewagą chemioterapii doustnej jest sama forma leczenia – przyjmowanie dwa razy dziennie jednej tabletki przy 8 wizytach kontrolnych w warunkach ambulatoryjnych oraz dużo mniejsze objawy uboczne – nie ma wypadania włosów, kłopotów z dostępem do żył, obserwuje się mniej biegunek, nudności, wymiotów, czy zapaleń jamy ustnej. Plusem leczenia kapecytabiną jest także to, że czynnik przeciwnowotworowy 5-FU uwalnia się dopiero w zmienionej chorobowo komórce, tym samym zdrowe

tkanki są chronione przed toksycznym wpływem cytostatyku. Co najistotniejsze w tej sprawie – jak pokazało badanie X-ACT (Xeloda in Adjuvant Colon Cancer Therapy) doustna forma chemioterapii jest nie mniej skuteczna niż dożylna. Zalecono nawet, by kapecytabina zarejestrowana w raku jelita grubego jako leczenie uzupełniające po radykalnym zabiegu operacyjnym oraz w leczeniu przerzutowym, a także w przerzutowym leczeniu raka piersi, zastąpiła standardowo stosowaną chemioterapię dożylną.

Na pewno przeszkodą jest wysoki koszt kapecytabiny: „Lek nie jest tani. Koszt jednej chemioterapii dożylniej to kwestia kilkadziesiąt złotych, doustnej – kilka tysięcy. Nie uwzględnia się jednak tego, że pacjenci leczeni dożylnie są przez pół roku wyłączeni z życia. – mówi dr n. med. Piotr Wysocki z Katedry i Zakładu Immunologii Nowotworów i Terapii Genowej poznańskiej AM, lekarz pracujący w Wielkopolskim Centrum Onkologii, gdzie ostatnio „dzięki” remontowi poradni grupa ok. 80 pacjentów z rakiem jelita grubego została poddana uzupełniającemu leczeniu kapecytabiną w domu – Tymczasem większość pacjentów, którym udało się zastosować terapię doustną funkcjonuje normalnie. Nasze doświadczenia to potwierdzają: widzieliśmy, jaka jest różnica w tolerancji leczenia i w jakości życia pacjentów leczonych tym preparatem. A gdyby wziąć pod uwagę np. okres ok. 15 lat, to chemioterapia doustna, biorąc pod uwagę leczenie powikłań i hospitalizację, okazałaby się korzystniejsza niż dożylna, ale nikt w Polsce w ten sposób nie liczy.” Za to w ten sposób liczy się w Wielkiej Brytanii – analiza kosztów leczenia kapecytabiną pokazała, że

lek może pomóc zaoszczędzić brytyjskiej ochronie zdrowia (NHS) nawet do 22 milionów funtów rocznie.

Na razie w szerszym wskazaniu w programach lekowych Narodowego Funduszu Zdrowia w 2008 r. ma pojawić się herceptyna (trastuzumab). „Dotychczas NFZ finansował jej zastosowanie w ramach programów lekowych tylko w leczeniu przerzutowym raka piersi lub na wniosek lekarza, jako chemioterapię niestandardową. Teraz będzie dostępna już we wczesnej fazie choroby, w leczeniu adjuwantowym, w skojarzeniu z poprzedzającym zabiegiem chirurgicznym.” – mówi Barbara Nawrocka, rzeczniczka Kujawsko-Pomorskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ. Jak obiecuje Fundusz na terapię trastuzumabem będą miały szansę wszystkie pacjentki, u których stwierdzono nadekspresję receptora HER2 w komórkach raka lub amplifikację genu HER2. To ważne, bo jak pokazują badania herceptyna nie tylko przedłuża i poprawia standard życia chorym na raka piersi, ale także skutecznie walczy z nawrotem choroby. U chorych z nadekspresją receptora HER2 leczonych herceptyną zaobserwowano zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby o prawie 50%, a umieralności o 33%!

„Wreszcie! – cieszą się z możliwości stosowania herceptyny w szerszym wskazaniu przedstawicielki bydgoskiego oddziału „Amazonek”, stowarzyszenia, które miało swój niewątpliwie udział w walce o to, ale dodają – Szkoda, że tak późno. Więcej koleżanek miałyby szansę na dłuższe życie.”

Agnieszka Banach

Lista Programów Terapeutycznych na 2008 r. na stronie BIL.

Nowy prezes NFZ

Doktor n. med. Jacek Paskiewicz został prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia i od razu podpadł lekarzom. Pytany skąd wziąć pieniądze na wydatki związane z nowymi uregulowaniami dotyczącymi czasu pracy lekarzy odparł: „z kontraktów, to problem dyrektorów szpitali, problem zarządzania. Jeśli ktoś nie wie, jak sobie poradzić powinien podziękować za posadę albo nauczyć się od dyrektorów szpitali, którzy sobie poradzili.”

Nowy szef NFZ ma 45 lat. Przed objęciem obecnego stanowiska, od czerw-

ca 2005 pełnił obowiązki wicedyrektora ds. medycznych w mazowieckim oddziale Funduszu, jeszcze wcześniej był dyrektorem NZOZ Szpitala Rehabilitacyjnego „Neptun”, a w latach 1999–2003 kierował oddziałem Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych. Paskiewicz pochodzi z Gdańska, gdzie ukończył Wydział Lekarski tamtejszej Akademii Medycznej. Jest specjalistą chorób wewnętrznych i zakaźnych, posiada także stopień doktora nauk medycznych za pracę z dziedziny hepatologii. Ukończył studia podyplomowe w zakre-

sie zarządzania funduszami ubezpieczeń zdrowotnych w Wyższej Szkole Ubezpieczeń i Bankowości w Warszawie. Szkołę się w Wielkiej Brytanii, Włoszech i na krajowych uczelniach z zakresu zarządzania placówkami ochrony zdrowia i ubezpieczeń zdrowotnych. Jest autorem lub współautorem ponad 30 prac naukowych z dziedziny medycyny klinicznej, epidemiologii i zarządzania.

Jacek Paskiewicz ma 16 letniego syna, żona – Ewa jest lekarzem ginekologiem.

(a.b.)

Doktoraty



Rada Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika
w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
w Bydgoszczy informuje, że niżej wymienione
osoby dnia 21.11.2007 r. uzyskały stopień naukowy dr. n. med.:

- **Anna Szymańska-Skrzypek** z Kat. i Klin. Otolaryngologii dn. 21.11.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Powikłania wczesne po leczeniu operacyjnym chorych na raka krtani na podstawie materiału z lat 1989–1999”
promotor: prof. dr hab. Stanisław Betlejowski, CM UMK
recenzenci: dr hab. Wojciech Zegarski, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Wiesław Gołąbek z AM w Lublinie
- **Iga Hołyńska** z Kat. i Zakł. Patobiochemii i Chemii Klinicznej dn. 21.11.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Oddziaływanie leków na przeznabłonkowe prądy jonowe dróg oddechowych”
promotor: dr hab. Tomasz Tyrakowski, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Leszek Szadujkis-Szadurski, CM UMK, prof. dr hab. Krystyna Czyżewska z UM w Poznaniu
- **Danuta Karasek** z Wojewódzkiego Szpitala im. J. Bizuela w Bydgoszczy dn. 21.11.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Użyteczność oznaczania stężenia czynnika natriuretycznego typu B u chorych z nadciśnieniem tętniczym oraz jego korelacja ze wskaźnikami echokardiograficznymi i wielkością rzutu serca w rozpoznawaniu rozkurczowej niewydolności serca”
promotor: dr hab. Władysław Sinkiewicz, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Zbigniew Gąsior ze Śl. UM w Katowicach, dr hab. Edyta Płońska-Gościniak z PAM w Szczecinie
- **Małgorzata Stusińska** z Centrum Onkologii w Bydgoszczy dn. 21.11.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wartość oceny obrazów morfologicznych i dynamicznych mammografii MR w diagnostyce raka piersi”
promotor: dr hab. Barbara Bobek-Billewicz z Centrum Onkologii w Gliwicach
recenzenci: prof. dr hab. Władysław Lasek, CM UMK, prof. dr hab. Bogusław Maciejewski z Centrum Onkologii w Gliwicach
- **Monika Parzęcka** z Kat. i Klin. Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii dn. 21.11.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wpływ zakażenia i leczenia eradykacyjnego *Helicobacter pylori* na częstość i stopień refluksu żołądkowo-przetykowego u dzieci i młodzieży”
promotor: prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, CM UMK
recenzenci: dr hab. Cezary Popławski, CM UMK, dr hab. Iwona Ignyś z UM w Poznaniu
- **Paweł Sadlecki** z Kat. i Klin. Późnictwa, Chor. Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej dn. 21.11.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Ocena wybranych czynników proangiogennych w surowicy krwi kobiet leczonych z powodu guzów jajnika”
promotor: prof. dr hab. Wiesław Szymański, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Czesław Kłyszajko, CM UMK, prof. dr hab. Janusz Emerich z AM w Gdańsku
- **Małgorzata Kubicka** z Kat. i Klin. Pediatrii, Hematologii i Onkologii dn. 21.11.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Profil diagnostyczny ostrej białaczki limfoblastycznej u dzieci”
promotor: dr hab. Jan Styczyński, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, CM UMK, dr hab. Bogdan Mazur ze Śl. UM w Katowicach
- **Marcin Zmudziński** z Kat. i Zakł. Mikrobiologii dn. 21.11.2007 r. uzyskał stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Oporność pączek *Acinetobacter* spp. na antybiotyki”
promotor: dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Waldemar Halota, CM UMK, prof. dr hab. Danuta Dzierżanowska z CZDz w Warszawie
- **Aurelia Sielużycka** z Kat. i Klin. Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii dn. 21.11.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Wpływ interferonoterapii na stan odżywienia dzieci i młodzieży z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby”
promotor: prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, CM UMK
recenzenci: prof. zw. dr hab. Anna Balcar-Boroń, em. CM UMK, prof. dr hab. Danuta Chlebna-Sokół z UM w Łodzi
- **Katarzyna Skonieczka** z Kat. i Zakł. Genetyki Klinicznej dn. 21.11.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Analiza cytogenetycznych i molekularnych kryteriów diagnostycznych i prognostycznych w zespołach mielodysplastycznych u osób dorosłych”
promotor: prof. dr hab. Olga Haus, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Kazimierz Kulickowski z AM we Wrocławiu, dr hab. Stanisław Zajączek z PAM w Szczecinie
- **Elżbieta Nawrocka** z kat. i Zakł. Radiologii i Diagnostyki Obrazowej dn. 21.11.2007 r. uzyskała stopień dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Nieinwazyjna ilościowa ocena zwapnień w tętnicach wieńcowych u pacjentów po przeszczepieniu nerki”
promotor: prof. dr hab. Władysław Lasek, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Jacek Manitus, CM UMK, prof. dr hab. Bohdan Daniel z Wojew. Szpit. Zespol. w Szczecinie

KOMUNIKAT DLA LEKARZY RODZINNYCH Z WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy!
Mamy zaszczyt poinformować Was, że na zaproszenie prof. dr hab. med. Jacka Manitusa Kierownika Katedry i Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych UMK CM w Bydgoszczy będziemy aktywnie uczestniczyli w obchodach Światowego Dnia Nerki 13 marca 2008 r. pod nazwą „Zdumiewające nerki!” (www.worldkidneyday.org).

Zaproponowany nam udział w tym światowym przedsięwzięciu jest wyrazem zaufania i szacunku dla środowiska lekarzy rodzinnych z województwa kujawsko-pomor-

skiego. Dlatego liczymy na Waszą aktywność i pełną współpracę.

Drogą pocztową otrzymacie Państwo w lutym 2008 roku odpowiednie materiały informacyjne (plakaty do Waszych praktyk i ulotki dla Waszych pacjentów) oraz materiały edukacyjne dotyczące przewlekłej choroby nerek.

Oczekujemy, że w okresie od 25 lutego do 13 marca przyszłego roku, w czasie Waszych spotkań z pacjentami, szczególnie niż dotychczas będziecie ich informować o nerkach, ich ochronie, możliwościach diagnostycznych i ewentualnej terapii.

Organizatorom Światowych Dni Nerki nie chodzi o wykonywanie czynności o charakterze przesiewowym, ale o uwrażliwienie społeczeństwa na problem istotności tego narządu w ludzkim organizmie.

Podsumowaniem naszego udziału w Światowym Dniu Nerki 2008 będzie specjalna sesja na X Kujawsko-Pomorskiej Konferencji Naukowej w roku 2008 „SPOŁECZNA ROLA MEDYCYN Y RODZINNEJ”.

Z koleżeńskimi pozdrowieniami

*dr Dariusz Jałocha
dr med. Krzysztof Buczkowski
dr Joanna Wiechecka-Korenkiewicz
prof. dr hab. med. Jacek Manitus*

Cztery pory roku dla zdrowia w kujawsko-pomorskiem

W ramach kampanii „Cztery pory roku dla zdrowia” K-POW NFZ kontynuował w roku 2007 działania promujące programy profilaktyczne finansowane przez Fundusz i zachęcające mieszkańców naszego województwa do korzystania z bezpłatnych badań.

Najważniejsze działania podejmowane w ramach kampanii:

- wydrukowanie i dystrybucja plakatów i ulotek dot. programu profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy: dystrybucja u realizatorów programów, w POZ oraz w szpitalach, współpraca w sprawie dystrybucji z kościołami województwa, z zakładami pracy, z dużymi salonami fitness, z biurami turystycznymi, z samorządami, z TKKF. Dwukrotna dystrybucja (w maju i listopadzie) plakatów w środkach komunikacji publicznej (tramwaje, autobusy) w Bydgoszczy, Toruniu i w Grudziądzu,

- wydrukowanie insertu do GP z opisem wszystkich programów i wykazem realizatorów – dystrybucja: częściowo jako dodatek do gazety, pozostałe rozprowadzane podczas „Białych niedziel”, pikników zdrowotnych i innych prozdrowotnych akcjach organizowanych przez NFZ, WOK oraz media i samorządy,

- organizacja 7 „Białych niedziel” (m.in. w Ryplinie, Toruniu, Gąsawie, Gniewkowie, bydgoskim Myślicinku) oraz pikniku zdrowotnego w Myślicinku (wspólnie z WOK),

- współpraca z mediami: pozyskanie patronatu Radia Pik oraz Gazety Pomorskiej nad kampanią, partner medialny : TVB,

- stałe strony w gazetach 1 x w miesiącu poświęcone programom profilaktycznym,

- produkcja i emisja spotów radiowych w radiu PiK: programy profilaktyczne POChP, raka piersi oraz raka szyjki macicy,

- produkcja i emisja programów zdrowotnych w TVB „Wyprzedzić chorobę” – POChP, rak piersi oraz rak szyjki macicy,

- produkcja i emisja programów studyjnych „Na zdrowie” – programy profilaktyczne jw.,

- produkcja i emisja filmów promocyjnych, programów profilaktycznych jw.,

- udział dyrekcji, pracowników K-POW NFZ w sesjach samorządów, w spotkaniach z mieszkańcami województwa (np. cykl spotkań poświęconych profilaktyce zorganizowanych przez Stowarzyszenie Kobiet Wiejskich), szereg dyżurów redakcyjnych, udział w audycjach telewizyjnych i radiowych regio-

nalnych i lokalnych mediów, w szkoleniach świadczeniodawców – realizatorów programów.

Centrala NFZ w wspólnie z MZ wysłała również imienne zaproszenia do pań na badania mammograficzne i cytologiczne. W pierwszej turze (marzec – czerwiec 2007) w naszym województwie rozesłano łącznie ok. 500 000 zaproszeń. Obecnie trwa druga tura wysyłki.

Wszystkie działania były finansowane z pieniędzy NFZ, a częściowo ze środków ministerialnych.

Kampania „Cztery pory roku dla zdrowia” będzie kontynuowana w kolejnych latach.

*Barbara Nawrocka – Rzecznik prasowy
K-POW NFZ w Bydgoszczy*

Nazwa programu	styczeń–październik 2006 r.	styczeń–październik 2007 r.
program profilaktyki chorób układu krążenia	20077 osób	14844 osób
program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – etap badań podstawowych	8882 osób	6525 osób
program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy	23176 osób	30735 osób
program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy	20964 osób	36500 osób
program badań prenatalnych	71167 pkt	85643 pkt
program wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	78071 pkt	105237 pkt
program profilaktyki gruźlicy – etap I	nie kontraktowane	4702 osób
program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry – etap I	3633 osób (realizacja od sierpnia)	9080 osób



Szpital dawniej...

Mieczysław Boguszyński

Szpital im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy ma już 70 lat

W dniu 13 grudnia br. minęło 70 lat od momentu otwarcia Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy – obecnie Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza. Po czasach zaboru pruskiego, polskie władze miejskie przejęły w 1920 r. mały, siedemdziesięciotóżkowy szpital czynny od 1836 r. w dawnym klasztorze sióstr Klarysek (obecnie Muzeum im. Leona Wyczółkowskiego ul. Gdańska 4). Rozwijająca się Bydgoszcz potrzebowała teraz pilnie nowych rozwiązań, także w zakresie opieki zdrowotnej. Po wielu dyskusjach, w dniu 23 lutego 1928 r. Rada Miejska uchwaliła: „Wybudować szpital miejski na Skrzetusku przypuszczalnym kosztem 6 400 000 zł, który pokryje się częściowo z pożyczki, a częściowo funduszami miasta”. Dla miasta był to ogromny wysiłek. Miał powstać duży, nowoczesny budynek, który docelowo pomieściłby 580 łóżek.

Władze bydgoskie zamierzały tu utworzyć centrum specjalistyczne, obejmujące swym zasięgiem całe Pomorze. Brały też zapewne pod uwagę fakt, że napływ pacjentów spoza miasta zapewni większe wpływy i zagwarantuje utrzymanie szpitala na odpowiednim poziomie. Ambitne zadanie przerosło jednak możliwości kasy miejskiej. Negatywną rolę odegrał też kryzys światowy przełomu lat dwudziestych i trzydziestych. Ostatecznie, przy pomocy zaciąganych pożyczek udało się trudności pokonać i po ponad 9 latach budowania oddać obiekt do użytku. W **poniedziałek 13 grudnia 1937 r.** auto-

busami i samochodami Pogotowia Ratunkowego przewieziono chorych ze starego budynku przy ul. Gdańskiej 4 do nowych oddziałów chirurgii, laryngologii i chorób wewnętrznych przy ul. M. Curie-Skłodowskiej. Do użytku oddano też dwa całkiem nowe oddziały – ortopedii i okulistyki. Z okazji otwarcia nie przewidziano żadnych specjalnych uroczystości. Oficjalny akcent wyrażał się jedynie w tym, że przewożenie chorych obserwował prezydent Leon Barciszewski wraz z dr. Edwardem Soboczyńskim i dwoma wiceprezydentami. Zapewne wynikało to z faktu, że szpital był tylko w połowie wykończony.

Być może, jak pisał prezydent miasta, budowa tak dużego szpitala przerastała możliwości jednego pokolenia. Patrząc jednak z perspektywy czasu, można jedynie z uznaniem stwierdzić, że wysiłek się stokrotnie

opłacił. Dzięki odwadze i dalekowzroczności gospodarzy Bydgoszczy stworzono nowoczesny obiekt, tak zaprojektowany, że dawał ogromne możliwości dalszego rozwoju i rozbudowy. Wówczas nie uświadamiano sobie jeszcze, że tworzy się podwaliny pod przyszły, wielospecjalistyczny ośrodek akademicki. Chociaż zapowiedź taka, w nieco innym kontekście padła już podczas posiedzenia Rady Miejskiej w dniu 22 grudnia 1938 r. Wówczas radny Feliks Kowalski, odnosząc się krytycznie do znacznych obciążeń finansowych związanych z budową, stwierdził: „Jest to potężnych gmach, potężny nie ilością łóżek, ale szerokością swego frontu. Sądzę, że skoro jest taki gmach reprezentacyjny, to należałoby pomyśleć o użytkowaniu szpitala w kierunku naukowym”.

I tak też się stało.



... i obecnie

7 listopada 2007, dokładnie w rocznicę powstania, Szpital MSWiA obchodził swoje 60-te urodziny. Obecnych i byłych pracowników oraz gości przywitał doktor Maciej Grabowski, zastępca dyrektora jednostki. Poniżej zamieszczamy fragmenty wystąpienia.

Szpital na Markwarta

Po wielu latach pracy w murach tego szpitala – przypaść mi zaszczyt powitania szanownych gości oraz pracowników byłych i obecnie pracujących w Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Bydgoszczy. 60 lat – długi to okres pracy na rzecz mieszkańców regionu, gdyż szpital miał swoje umiejscowienie regionalne na długo przed powstaniem innych jednostek służby zdrowia, świadcząc usługi dla szeroko pojętych służb mundurowych i dla tak zwanych „cywilnych” pacjentów.

Ilu ich było? Otóż szpital rocznie leczy na swoich łóżkach ok. 3 do 4 tysięcy pacjentów.

Przemnożywszy tę liczbę przez 60 lat daje to – 240 tys. chorych, ale to nie wszystko, bo przecież przyjmujemy pacjentów w wielu poradniach specjalistycznych w ilości 30 tysięcy rocznie, przyjmujemy pacjentów w POZ, stomatologii, pediatrii, itd.

Możemy więc powiedzieć, że statystycznie w ciągu tych 60 lat leczyliśmy całą Bydgoszcz i znaczną część okolic.

Początki struktury szpitalnej mundurowej służby zdrowia na terenie Bydgoszczy sięgają roku 1947. W tym to roku dwa budynki przy ul. Markwarta 4 i 6, między którymi była przerwa, przystosowano wg ówczesnych przepisów do pełnienia funkcji szpitala.

Pierwszym dyrektorem szpitala został dr Jan Bassak, a jego zastępcą był dr Stefan Iwicki. Początki szpitala to 88 łóżek na oddziałach: chirurgicznym, ginekologiczno-położniczym, skórno-wenerologicznym i wewnętrznym. Oczywiście działały też pracownie diagnostyczne, laboratoria itp. Jak wspominają mieszkańcy Bydgoszczy, w tym czasie leczyli się również pacjenci nie mun-

durowi, chwalcący czystość i wysoki poziom usług medycznych.

Osobami prowadzącymi oddziały byli lekarze zatrudnieni w innych bydgoskich szpitalach i będący świetnie wyszkolonymi fachowcami.

Oddział chirurgii prowadził w tych latach znany na tym terenie ordynator ze Szpitala Wojewódzkiego – dr Wojciech Staszewski, wychowawca wielu pokoleń znanych chirurgów, człowiek niezwykle pracowity i twórczy.

Jak kiedyś dowiedziałem się z obrad towarzystwa chirurgów polskich, ten znakomity operator, wykonał w swoim zawodowym życiu ponad 5 tysięcy operacji resekcji żołądka, a średni czas zabiegu wynosił 90 min. (w tym czasie miało to znaczenie, gdyż znieczulenie było prowadzone przy pomocy eteru). Ilość powikłań pooperacyjnych była na oddziale dr. Staszewskiego znikoma. Ten znany chirurg był również twórcą oddziału, a następnie kliniki chirurgii dziecięcej w szpitalu wojewódzkim.

Oddział chirurgiczny był od początku oddziałem znaczącym w szpitalu MSW ze względu na dużą urazowość wśród pacjentów mundurowych. Po dr. Staszewskim był prowadzony przez: dr. Bonifacego Białachowskiego późniejszego dyrektora szpitala, dr. Mieczysława Berndta, następnie przez dr. Marka Bąka. Z tego oddziału powstał ok. roku 1975 **oddział ortopedyczny**, prowadzony przez znanego ortopeda dr. Spyrę, a w latach 1992 do 2000 przez dr. Stanisława Frankowskiego. Od roku 2000 oddział ortopedii nie istnieje.

Oddział ginekologiczno-położniczy prowadził również lekarz ze szpitala woje-

wódzkiego – dr Jerzy Monsiorski, był znany specjalistą ginekologiem, wychowawcą wielu specjalistów.

W latach 1954–1960 ordynatorem był dr Jan Goc, w latach 1960–1963 ordynatorem był dr Ludwik Stachowski. W latach 1964–1983 dr Marian Małyśiak i 1983–1993 dr Zbigniew Fronczek. Oddział ten również cieszył się dużym powodzeniem wśród rodzących ze względu na swój rodzinny charakter, który w późniejszych latach stał się „nowością” innych oddziałów i klinik w Polsce. W 1993 roku oddział ginekologiczny zamknięto.

Znaczącym był rok 1962, w którym zamknięto oddział skórno-wenerologiczny, a powołano **oddział neurologiczny**. W tych latach ilość łóżek neurologicznych w kraju była dość skromna, a pacjenci ze schorzeniami neurologicznymi byli leczeni często w oddziałach internistycznych. Ordynatorem oddziału został dr Mieczysław Krysiak, specjalista neurolog o wielkiej wiedzy i wielkim spokoju, ale i również wielkim sercu dla swoich pacjentów. Po jego odejściu na zasłużoną emeryturę obowiązki ordynatorskie przejęli: dr Zdzisław Wachecki w latach 1975 do 1991, dr Maria Olszewska od 1991 do 2007 – w tym okresie oddział był kilkakrotnie laureatem prestiżowej regionalnej nagrody przyznawanej przez pacjentów pod nazwą „Złoty stetoskop”. Obecnie ordynatorem jest dr Marzena Ziółkowska-Kochan.

W szpitalu MSWiA, a właściwie należy użyć dość popularnego określenia w „szpitalu na Markwarta”, gdyż nazwa ministerstwa i podległość jednostki zmieniały się w trakcie



tych lat, powstawało wiele pionierskich i nowoczesnych inicjatyw.

Na przykład w roku 1973 powstaje jako absolutnie pierwszy w MSW, jeden z pierwszych w Polsce **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej** prowadzony przez jednego z nielicznych specjalistów II stopnia w tej dziedzinie – dr. Czesława Głowaczewskiego. Ten oddział z łózkami intensywnego nadzoru – nowością w owych czasach – był dobrze wyposażony w aparaturę ratującą życie i stanowił wzór organizacyjny dla innych jednostek. Od roku 1980 jego ordynatorem jest dr n.med. Maria Piechocka-Zakurzewska, kontynuatorka wielu nowoczesnych metod leczenia w dziedzinie intensywnej terapii i resuscytacji.

Od początku istnienia szpitala jego sercem był duży **oddział wewnętrzny**. W jego murach wykształciło się wielu specjalistów w zakresie interny. Oddział ten prowadzili w kolejności: dr Danielewski, następnie dr Fuks, dr Kochan, dr Władysław Banaszekiewicz, dr Jan Burchacki, prof. dr hab. Piotr Burduka i obecnie dr Barbara Zalska.

Przy okazji wspomnień o oddziale wewnętrznym nie sposób zapomnieć o sylwetce prof. Burduka, lekarza kardiologa o wielkiej wiedzy i potencjale naukowym, był on kołem zamachowym całego szpitala. Sympatyczny, uśmiechnięty, wychowawca wielu pokoleń lekarzy, mądry lekarz, profesor, ordynator – niestety przedwcześnie zmarły.

Szanowni Państwo!

Pozwólcie wspomnieć kilka nazwisk lekarzy tak charakterystycznych dla naszego szpitala i tak znanych w środowisku medycznym.

Z sympatią wspominamy dr. Stanisława Jasionowskiego, dr. Rogera Mierzwińskiego,



dr. Lecha Szczepańskiego czy dr. Mieczysława Berndta, ale i wśród obecnych widzę lekarzy, którzy całe swoje życie przepracowali w naszym szpitalu: dr Stanisław Spyra, dr Roman Urban, państwo Wanda i Ryszard Kochanowie, dr Karol Świątkowski i wielu innych.

Szpital MSWiA to nie tylko część łóżkowa, to również gabinety specjalistyczne, stomatologia, Poradnia Zdrowia Psychicznego, gabinety lekarzy rodzinnych, pediatryczne, pracownie laboratoria, RTG, czy bardzo zasłużona dla służb mundurowych – Wojewódzka Komisja Lekarska.

W latach 1966–1967 wspomniane już dwa budynki przy ul. Markwarta 4 i 6 zostały połączone w jeden gmach widoczny obecnie. Z tą budową łączy się ciekawa anegdota

– jeden z lekarzy oddziału wewnętrznego tak był zafascynowany tą budową, że kilkakrotnie przeliczył ilość okien na piętrach i porównywał tę ilość z ilością drzwi na korytarzach i w żaden sposób ilości te nie były zgodne. Po „dokładnej analizie naukowej” okazało się, że budowlanci zapomnieli wstawić jednej pary drzwi, jedna salach chorych była po prostu zamurowana. Okres ten był bardzo trudnym ze względów logistycznych, bo tzw. „stara” część szpitala pracowała normalnie przyjmując, operując i prowadząc dyżury ostre dla miasta bez taryfy ulgowej. Przypominam sobie również, kiedy pierwszych kilka dni po oddaniu do użytku nowych części szpitala był myty, czyszczony, sprzątnięty przez pracowników szpitala łącznie z lekarzami, ordynatorami, pielęgniarkami itd. Zaangażowanie załogi nie miało sobie równych, dlatego tak bardzo cenimy ten „nasz” szpital.

Życie szpitala, jego serce a właściwie wprawne ręce to rzesza pielęgniarek. Nie sposób nie docenić ich serca i pracowitości. To one bezpośredni stykają się z chorym, to one swoim ciepłem i uśmiechem uspokajają pacjenta, to one pierwsze reagują na ból, podłączając kroplówkę, podając tabletkę. Nawet najlepszy lekarz specjalista sam bez pracy pielęgniarki nie jest w stanie nic zrobić.

Współpraca lekarsko-pielęgniarska była zawsze bardzo ceniona przez przełożone, które od początku istnienia szpitala kierowały tą grupą zawodową. A były to panie: Lucyna Grobelska, Jadwiga Kowalczyk, Danuta Nowicka, Jadwiga Pietrzak i aktualnie Barbara Jantarska.

Podczas uroczystości najbardziej zasłużonym pracownikom placówki wręczono odznaczenia, dyplomy i wyróżnienia.

KONWENT PRZEWODNICZĄCYCH W BIL



15–17 listopada 2007 Bydgoska Izba Lekarska była gospodarzem Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Lekarskich z całej Polski (informowaliśmy o tym w poprzednim numerze). Na zdjęciu red. Marka Stankiewicza – Konwent Przewodniczących podczas spotkania z członkami Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Rynoseptoplastyka i Septoplastyka – podstawy technik chirurgicznych

Na początku listopada 2007 r. odbył się w Klinice Otolaryngologii CM UMK w Bydgoszczy kurs: „Rynoseptoplastyka i Septoplastyka – podstawy technik chirurgicznych”. Na szkolenie przyjechało około 40 laryngologów z całej Polski. Kurs miał za zadanie propagować tego typu zabiegi, szczególnie z dostępu otwartego.

Operacje plastyczne nosa zwane przez nas rynoplastykami należą do najtrudniejszych spośród operacji z zakresu chirurgii plastycznej twarzy. Zajmują się nimi zarówno chirurdzy plastyczni, jak i laryngolodzy. Działania laryngologów w tym zakresie łączą jednak obok aspektów estetycznych, również funkcjonalne. W Polsce profesjonalnie tą dziedziną zajmuje się niewiele osób z grona laryngologicznego. Jedną z nich jest dr Michał Krawczyński z łódzkiej Kliniki Otolaryngologii.



Zaprosiliśmy na tę okazję także niezwykle gościa z Niemiec. Dr Adam Stanek z Kliniki Uniwersyteckiej w Düsseldorfie jest z pochodzenia Polakiem i biegle włada naszym językiem. Ponadto posiada certyfikat Amerykańskiej Akademii Chirurgii Plastycznej Twarzy i Chirurgii Rekonstrukcyjnej. W gronie wykładowców z naszej kliniki pojawili się dr Paweł Burduk, dr Józef Mierzwiński oraz moja osoba.

Z przyjemnością słuchaliśmy wykładów, w których znakomicie prezentowali się zarówno dr Adam Stanek, jak i dr Michał Krawczyński – uzupełniając się wzajemnie, eksponując najważniejsze niuanse technik operacyjnych nosa zewnętrznego. Chirurgia wierzchołka nosa, grafting,

nos skrzywiony bocznie, chirurgia zastawki nosa i chirurgia nosa w wieku rozwojowym stanowią sporą dawkę znakomicie przekazanej fachowej wiedzy praktycznej, niezbędnej przy tego typu zabiegach. Temat powikłań ostudził trochę entuzjazm, ale myślę, że pozwoli na rozsądne i spokojne wdrażanie we własną laryngologiczną praktykę tego, co widziało się w czasie wykładów i 4 operacji wykonanych w Klinice.

Cieszymy się bardzo, że z korzyścią dla koleżanek i kolegów, którzy przybyli na kurs z całego kraju, Klinika mogła gościć tak znakomitych wykładowców i myślimy, że to tylko początek udanej współpracy.

Krzysztof Dalke



**CENTRUM LECZENIA
CHRAPANIA I BEZDECHU**

ul. Koszalińska 7, 85-714 Bydgoszcz, tel. kom. 0 665 708 052
e-mail: info@niechrapanie.eu • www.niechrapanie.eu

BIURO PODRÓŻY

TEXT-TOURIST

85-005 Bydgoszcz, ul. Gdańska 45
tel/fax: +48 52 322 27 37
e-mail: office@text-tourist.com.pl
www.text-tourist.com.pl

LATO 2008 ZNIŻKI DO 38%

U NAS CENY ORGANIZATORA • DAJEMY WYCIECZKI GRATIS • GWARANTUJEMY
NIEZMIENNOŚĆ CENY • UBEZPIECZENIE OD KOSZTÓW REZYGNACJI SZEROKA
OFERTA POKOI RODZINNYCH – DZIECI DO 12 LAT GRATIS • WYLOTY Z BYDGOSZCZY:
KRETA, TURCJA, TUNEZJA, EGIPT...

EGZOTYKA – wyloty z Polski, super ceny

WYSPA SAL od 2699 zł INDIE od 2399 zł KUBA od 3199 zł

SRI LANKA od 2799 zł EMIRATY ARABSKIE od 2079 zł

WENEZUELA od 3499 zł TAJLANDIA od 4099 zł BALI

PARKI NARODOWE USA + Hawaje, KENIA, RPA, SESZELE, POLINEZJA FRANCUSKA,
FILIPINY, MADAGASKAR, PERU-BOLIWIA, NOWA ZELANDIA, MEKSYK

REJSY W WEEKEND MAJOWY – dzieci do 18 lat GRATIS

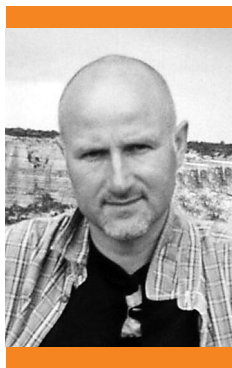
27.04–04.05 WŁOCHY-TUNEZJA-HISZPANIA-FRANCJA od 699 €

27.04–06.05 WŁOCHY-MONAKO-HISZPANIA-MALTA-TUNEZJA od 699 €

CENTRUM BILETÓW LOTNICZYCH:

NOWY JORK, HAWAJE, HONG KONG, SINGAPUR, SYDNEY, LONDYN, BERLIN, KOPENHAGA...





Ozon – leczy czy zabija?

■ **Marek Jurgowiak**

Dr n. med. Marek Jurgowiak wykłada biochemię w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej Collegium Medicum UMK. Jest autorem książki „Biologia – przed egzaminem na akademie medyczne” wydanej przez Wydawnictwo Lekarskie PZWL, współautorem rozdziałów podręcznikowych i autorem licznych artykułów popularyzujących wiedzę biomedyczną m.in. w czasopiśmie „Wiedza i Życie”.



Nie oprze mu się żadna bakteria. Jest groźny dla nas samych. A jednak, gdyby nie ozon, nie byłoby życia na Ziemi w postaci jaką znamy. Coraz częściej też jego niszczycielskie zdolności daje się przekuć na naszą korzyść.

Życiodajna kołderka



Kiedy w początkach historii życia na Ziemi stężenie tlenu (O_2) w atmosferze znacząco wzrosło (głównie dzięki organizmom fotosyntetyzującym), w górnych jej warstwach powstała otoczka utworzona przez szczególną odmianę tlenu (O_3), która odcięła dopływ promieni UV do powierzchni Ziemi. Dało to możliwość burzliwego rozwoju życia na naszej planecie. Ozon, składnik tej kołderki życia – trójatomowa cząsteczka tlenu – jest jednym z najważniejszych gazów obecnych w stratosferze, 15–50 km nad Ziemią, w części zwanej warstwą ozonową (ozonosfera). Największe stężenie tego gazu odnotowuje się na wysokości od 20 do 25 km. I co ciekawe, w atmosferze ozon powstaje głównie w wyniku działania promieniowania UV, na cząsteczki dwuatomowego tlenu. Ustala się wówczas swoisty stan równowagi, od którego zależy ilość ozonu w atmosferze, oraz stopień pochłaniania promieniowania UV.

W troposferze, na wysokości od 7 do 18 km od powierzchni ziemi ozon powstaje na skutek wyładowań atmosferycznych podczas burzy. Zatem charakterystyczna, świeża woń powietrza, jaką odczuwamy po burzy to efekt obecnego w nim ozonu powstającego ze zwykłego dwuatomowego tlenu. Zanim jednak, latem głęboko odetchniemy ozonowanym powietrzem, warto poznać prawdziwe oblicza tego orzeźwiającego gazu! Zresztą podobnie ozon powstaje podczas pracy lamp bakteriobójczych i kwarcowych, w wyniku iskrzenia przewodów wysokiego napięcia i iskrzenia przemierzających nasze miasta tramwajów.

Obecny w atmosferze ozon tworzy swoistą kołderkę nad Ziemią, która chroni przed destrukcyjnie działającym na organizmy żywe promieniowaniem. Warstwa ozonowa, która rozciągnięta na powierzchni Ziemi, miałaby zaledwie 3 mm grubości, chroni skutecznie żywe organizmy przed mutagennym (uszkodzającym DNA), a co za tym idzie nawet karcyno-

gennym (pronowotworowym) działaniem promieniowania nadfioletowego. Choć warstwa ozonowa jest tak cienka, pochłania całkowicie promieniowanie kosmiczne (o długości fal 150–292 μm), które jest bardzo czynne biologicznie i może być niebezpieczne dla organizmów. Ozonosfera to także naturalny filtr dla promieni słonecznych (UV-A, UV-B i UV-C). Wyraźnie więc widać, że brak ozonosfery powadziłby do licznych mutacji genetycznych, uszkodzenia narządu wzroku a nawet do wyniszczenia życia na Ziemi. Idąc dalej, należałoby stwierdzić, że rozwój życia do postaci w jakiej obserwowane jest w tej chwili na Ziemi byłby w ogóle niemożliwy bez wcześniejszego powstania w atmosferze ziemskiej warstwy ozonowej.

Poznajmy się lepiej



Ozon (O_3), występuje we wszystkich stanach skupienia, choć w postaci gazowej jest najbardziej znany. Jako gaz jest bezbarwny i ma intensywny charakterystyczny zapach. Ozon w stanie płynnym ma barwę granatową, prawie czarną, a w postaci stałej, jak i ciekłej jest nawet substancją silnie wybuchową!

Ozon jest gazem o właściwościach silnego utleniacza, silniejszego niż tlen dwuatomowy (O_2) i jest 15 razy lepiej od niego rozpuszczalnym w wodzie, co może mieć spore implikacje w jego oddziaływaniu na organizmy żywe (łatwe przedostawanie się do tkanek!).

Interesującym jest również, że jako silny utleniacz ozon utlenia wszystkie metale z wyjątkiem platyny i złota.

W stanie gazowym ma tendencję do szybkiego rozkładania się. Szybkość rozkładu ozonu zwiększa się wraz ze wzrostem temperatury i stężenia. Do substancji katalizujących i przyspieszających rozkład ozonu należą głównie związki organiczne, platyna czy tlenek azotu (NO).

Ozon w działaniu



Obecnie świadomi jesteśmy tego, że ozon jest aktywną formą tlenu o silnych właściwościach bakteriobójczych, co wykorzystuje się już od dawna w praktyce ozonując wodę przeznaczoną do spożycia. Ozon ma też działanie przeciwwirusowe i przeciwgrzybicze. Wiemy również, że ozon może

działać toksycznie także na inne organizmy, w tym na organizm człowieka. Z tego powodu wydaje się ważnym poznanie wszystkich właściwości ozonu, tym bardziej, że od pewnego czasu znajduje on zastosowanie jako środek terapeutyczny.

Wykorzystanie ozonu w medycynie zostaje, mimo długiego stosowania go jako środka dezynfekcyjnego, wciąż kontrowersyjne. Pojawiają się przy tym opinie, że terapia ozonowa może być formą terapii zastępczej, pewnym uzupełnieniem ortodoksyjnej medycyny, czy też substytutem w przypadkach, gdy nie znane są, bądź zawodzą inne formy terapii. Z drugiej jednak strony, chociaż O_3 jest niezwykle silnie reaktywny, niekoniernie musi być toksyczny, jak wiele środków terapeutycznych, jeśli stosowany jest w oparciu o wiedzę dotyczącą mechanizmów jego działania i jeśli stosowany jest prawidłowo z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności.

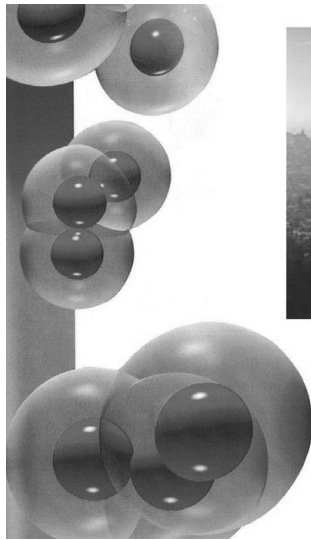
Już w końcu XIX wieku znano właściwości dezynfekcyjne ozonu, a obecnie w literaturze światowej można znaleźć opisy zastosowania ozonu w terapii wielu chorób, w tym chorób infekcyjnych, chorób sercowo-naczyniowych, związanych z obniżeniem odporności organizmu i chorób neurodegeneracyjnych (demencja, choroba Parkinsona) i innych.

A jak działa?



Ozon dobrze rozpuszcza się w wodzie co zapewnia mu łatwe przemieszczanie się (dyfuzję) do tkanek. W tkankach i komórkach organizmu O_3 dość łatwo oddziałuje na lipidy i białka. Ozon reaguje też szybko z askorbinianem czy tokoferolami (witaminy). W roztworach wodnych ozon rozpada się tworząc nadtlenek wodoru (H_2O_2) czyli wodę utlenioną, czy też rodnik hydroksylowy OH (to tzw. reaktywne formy tlenu, do których należą wolne rodniki tlenowe!). Ta ostatnia cecha ozonu ma zatem spore implikacje biomedyczne (wolne rodniki są bardzo aktywne). Przy czym pamiętajmy, że ozon generujący w komórkach powstawanie wolnych rodników działa podobnie jak funkcjonujące naturalnie w komórkach systemu biologicznego produkujące wolne rodniki.

Ozon wnikając do organizmu reaguje ze składnikami osocza krwi, a produkty tego oddziaływania reagują następnie ze składnikami cytoplazmy komórek wpływając na przemiany metaboliczne. Ważne implikacje biochemiczne związane są między innymi ze wzrostem poziomu H_2O_2 , który ma wpływ na przebieg wielu procesów biochemicznych w komórce. Pomijając skomplikowane wywody dotyczące przemian komórkowych podajmy od razu opierając się na doniesieniach z poważnych badań naukowych, że terapie ozonowe działają korzystnie na poprawę gospodar-



Ozon jest składnikiem smogu fotochemicznego – dotykającego coraz większą liczbę aglomeracji miejskich.

Ekspozycja na składniki smogu może powodować defekty w układzie oddechowym.

ki lipidowej poprzez wzrost antymiażdżycowej frakcji cholesterolu w postaci HDL oraz zmniejszenie całkowitego poziomu lipidów i trójglicerydów. Ozonoterapia zwiększa absorpcję tlenu w płucach i wzrost stężenia tlenu we krwi. Polepsza się natlenowanie tkanek, szczególnie tych, które w wyniku toczącego się procesu chorobowego są niedotlenione i gorzej odżywione. Ozon neutralizuje też procesy zapalne.

Kto i co leczy?



Pierwsze zastosowania ozonu w medycynie dotyczyły odkażania sprzętów medycznych, a dopiero później podjęto próby leczenia ozonem różnych schorzeń. W ostatnich latach ozonoterapia przeżywa swój renesans, co spowodowane jest zarówno postępem technicznym jak i lepszym poznaniem właściwości i mechanizmów działania ozonu i innych aktywnych form tlenu. Dynamiczny rozwój tej wciąż niekonwencjonalnej metody terapii odnotowuje się głównie w Niemczech, Anglii USA i Rosji. W Polsce ta metoda leczenia stosowana jest od nieco ponad 20 lat. Jej główny propagator Profesor Zygmunt Antoszewski (Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Instytutu Kardiologii Śląskiej Akademii Medycznej) pozytywnie odnosi się do zastosowania ozonu w medycynie, potwierdzając to swoimi licznymi badaniami i publikacjami. Nie wszyscy jednak podzielają tę opinię odnosząc się sceptycznie i ostrożnie do tej metody leczenia. A mimo to ozonoterapia wkracza coraz śmiało do terapii coraz nowych jednostek chorobowych, a ostatnio nawet znajduje coraz szersze zastosowania w stomatologii (np. leczenie próchnicy zębowej metodą HealOzone).

Ozonoterapia stosowana jest w Polsce w leczeniu takich chorób jak: miażdżycy uogólniona i zarostowe zapalenie tętnic kończyn dolnych, owrzodzenia kończyn dolnych w przebiegu cukrzycy i schorzeń naczyń żylnych, chromanie przestankowe w zakrzepowo-zarostowym zapaleniu naczyń krwionośnych, zmiany troficzne kończyn dolnych różnego pochodzenia, zapalenie

stawów, szpiku kostnego, trudno gojące się rany, odleżyny różnego pochodzenia, w chorobach skórnych, dermatozach (czyrączność, trądzik, egzema, atopowe zapalenie skóry), opryszczka i półpasiec.

I może też szkodzić!



Przeglądając polską i obcojęzyczną literaturę fachową można znaleźć pewną liczbę publikacji, wskazujących na negatywne oddziaływanie ozonu na organizm człowieka. Nie powinno nas to dziwić jeśli wiemy na przykład, że ozon jest znaczącym składnikiem smogu fotochemicznego. Ekspozycja na składniki smogu wpływa natomiast negatywnie na drogi oddechowe i może powodować poważne zmiany w układzie oddechowym. Zjawisko smogu dotyka obecnie sporej liczby wielkich aglomeracji miejskich na całym świecie. Ozon działa uszkadzająco na tkankę płucną jeśli podawany jest w dużych stężeniach drogą wziewną. Toksyczne działanie ozonu w płucach można wyjaśnić w dwojaki sposób. Po pierwsze może to odbywać się poprzez destrukcyjne działanie agresywnych rodników tlenowych, które powstają na skutek kontaktu ozonu z tkankami. Po drugie pod wpływem ozonu metamorfiozom mogą ulegać leukocyty (komórki krwi), które uszkadzają następnie nabłonek. Dłuższa ekspozycja dróg oddechowych na ozon powoduje metaplastę (przemianę w inne rodzaje tkanek) i hiperplazję (rozrost) nabłonka błon śluzowych, przekrwienie błon śluzowych oskrzeli, stan zapalny i obrzęk płuc. Wziewne oddziaływanie ozonu może też prowadzić do powikłań w obrębie naczyń wieńcowych serca. W tym aspekcie niezwykle ciekawą wydaje się informacja, że w niektórych ośrodkach badawczych na świecie prowadzone są badania nad dołtucznym podawaniem ozonu, w których udowodniono, że gaz ten podawany w małych dawkach i niskich stężeniach nie działa szkodliwie!

Wyłania się tu tylko jeden wniosek a mianowicie, że toksyczność ozonu tak jak każdej substancji leczniczej jest zależna od

dawki, czasu ekspozycji i drogi podania. Skoro wiadomo, że ozon w stanie czystym jest wysoce toksyczny, do celów medycznych używa się obecnie mieszaniny ozonu z tlenem, w odpowiednich proporcjach. Ozonoterapia stosowana jest albo jako zabiegi zewnętrzne (powłoki ciała), albo wewnętrzne a odpowiednia dawka, droga podania i poprawne przygotowanie ozonu medycznego gwarantują bezpieczeństwo i skuteczność takiej terapii. Obserwujemy obecnie tendencję, pomimo wielu głosów krytycznych, rozwoju nowych metod i coraz to nowych

zastosowań ozonu w lecznictwie. Przykładem mogą być zastosowania ozonu w stomatologii, kosmetologii i odnowie biologicznej. Musimy być zatem świadomi zalet i niebezpieczeństw jakie niosą ze sobą zastosowania terapeutyczne ozonu abyśmy mogli dokonywać świadomego wyboru bądź odrzucenia tej jeszcze wciąż niekonwencjonalnej metody leczenia.

Ozon oswojony



Ozon wytwarzany w specjalnych ozonizatorach, stosowany jest powszechnie na świecie do uzdatniania wody pitnej, odkażania wody w basenach, dezynfekcji ścieków, niekiedy nawet w kombinacji z naświetlaniem promieniowaniem UV lub dodatkiem nadtlenu. Stosowany jest także do przedłużania czasu przechowywania żywności. Ozon działa 3 tys. razy silniej bakteriobójczo niż chlor. Nie pozostawia przy tym, jak chlor, przykrego smaku i zapachu. Natomiast w postaci leczniczej stosowany jest w formie zewnętrznej aplikacji na skórę lub błony śluzowe, w postaci iniekcji ozonowanych roztworów, infuzji dotętnicznych mieszanych z własną krwią pacjenta jako autohemotransfuzja czy też hiperbarycznej terapii ozonowej.

Obecnie umiemy już w sposób skuteczny i bezpieczny stosować ozon w różnych sferach życia i działania człowieka, a coraz lepsze metody jego wytwarzania i zastosowania czynią ozon przyjaznym towarzyszem naszego życia. Nie zapominajmy jednakże o dwoistej naturze ozonu i zagrożeniach jakie może nieść niewłaściwe stosowanie ozonu w medycynie czy innych sferach działalności człowieka. Rozkoszując się świeżością letniego powietrza po burzy pomyślmy o otaczającym naszą planetę i obecnym wokół nas pachnącym, życiodajnym, ale i potencjalnie groźnym gazie.

Tekst częściowo oparty o treści zawarte we wcześniejszym artykule autora: Marek Jurgowiak „Zabójczy ochroniarz” Wiedza i Życie lipiec 2007; 26–28.

Czy warto zostać konsultantem?

Wiele się w Polsce mówiło i pisało o propozycjach Ministerstwa Zdrowia dotyczących wprowadzenia w kraju tak zwanego systemu konsultanckiego. Pisałem o tym w moim poprzednim liście. Co prawda prof. Religa przeszedł już jako minister do historii, nie jestem jednak pewien czy pomysł ten nie będzie powracał jako swoiste remedium na wszelkie zło w polskiej opiece zdrowotnej. Pozwolę sobie więc napisać na temat konsultantów nieco więcej, opierając się z przyczyn oczywistych głównie na mojej specjalności.

Zacznijmy od pytania zasadniczego: kto może być konsultantem w Wielkiej Brytanii? Odpowiedź jest pozornie prosta – każdy kto spełnił kryteria wymagane przez właściwy dla swojej specjalności Royal College. Cóż to jest więc Royal College? Jest to organizacja, która nie ma swojego odpowiednika w Polsce (część kompetencji posiada w Polsce izba lekarska). Royal College odpowiada za stronę merytoryczną szkolenia podyplomowego każdego lekarza w ramach danej specjalności. Opracowuje programy specjalizacji, ustala zakres i czas trwania szkoleń. Wreszcie uznaje, iż dany lekarz może ubiegać się o stanowisko konsultanta. Do College'u należy organizowanie i przeprowadzanie egzaminów specjalizacyjnych. Jego przedstawiciele wizytują także szpitale pod kątem poziomu i jakości staży specjalizacyjnych. College pozostaje w kontakcie z dziekanem wydziału medycznego uniwersytetu właściwego dla danego regionu. Na przykład mój szpital podlega uniwersytetowi w Oksfordzie.

Jak więc wygląda szkolenie podyplomowe lekarza? Zaczyna od od pracy tzw. House Officer, czyli odpowiednika naszego stażysty. Przechodzi przez różne oddziały. Dobrze widziany jest staż w izbie przjęć. Po roku może starać się o pracę Senior House Officer (SHO). W ramach tej pracy zacznie stopniowo pracować coraz bardziej samodzielnie.

Na przykład w anesteziologii SHO w drugim roku pracy zaczynają samodzielnie dyżurować, znieczulając do zabiegów nagłych. Dalsze stopnie kariery to bardziej kierunkowe staże specjalizacyjne, na przykład oddział intensywnej terapii, znieczulanie w położnictwie, kardioanestezja, neuroanestezja itd. W sensie prawnym i organizacyjnym nie są to staże w naszym pojęciu. Jest to normalna praca w konkretnym szpitalu na konkretnym oddziale. Lata szkolenia wiążą się więc z częstą (co 6–12 miesięcy) zmianą pracy. Praktycznie każdy szpital, w tym powiatowe, prowadzą szkolenia specjalistów. Jak wspominałem wyżej są one monitorowane przez Royal College i w przypadku stwierdzenia marnej jakości szkolenia College może zwrócić się do dziekana uniwersytetu o odebranie szpitalowi prawa do szkolenia. Wówczas powstanie problem np. obsadzenia dyżurów. Każdy szpital i każdy oddział traktuje bardzo poważnie wizytacje przedstawicieli College'u. Zwłaszcza, że opinia rozchodzi się lotem błyskawicy i szkolący nie chcą zatrudniać się w szpitalu, który oferuje trening niskiej jakości. To potem znajdzie swoje odbicie w CV. Szkolący muszą też dbać, by nie pracować zbyt długo w jednym miejsku (sic!).

Generalnie rzecz biorąc szkolenie podyplomowe od momentu ukończenia stażu do uzyskania uprawnień do ubiegania się o stanowisko konsultanta trwa około dziesięciu lat. Wreszcie przychodzi ten upragniony moment. Upragniony lecz niezwykle stresujący. Założmy, że szpital, który nas interesuje ogłasza konkurs na stanowisko konsultanta. Trzeba najpierw dostać się na tzw. "shortlistę" czyli zostać zakwalifikowanym do interview. Wstępna kwalifikacja odbywa się na podstawie przesłanego CV i referencji. Dobrze jest złożyć kilka wizyt w szpitalu, poznać innych konsultantów, bezpośredniego szefa, dyrekcję. Wypada pytać o warunki nie tylko pracy ale także życia w danej okolicy (szkoły, ceny domów, możliwość uprawiania sportów). Ma to świadczyć o poważnym zainteresowaniu danym miejscem pracy. Interview ma charak-

ter rozmowy prowadzonej przez panel przedstawicieli szpitala oraz Royal College (obowiązkowo). Można być również poproszonym o przygotowanie krótkiej prezentacji na zadany lub dowolny temat. Rozmowa trwa około godziny i ma na celu poznanie kandydata i nabranie przekonania, iż jest to osoba, z którą będzie się chciało w przyszłości pracować.

Interview za nami, negocjacje płacowe zakończone. Rozpoczynamy upragnioną pracę konsultanta. Na czym ona polega? Przede wszystkim na odpowiedzialności. Zaryzykowałbym stwierdzenie, że konsultant otrzymuje wynagrodzenie właśnie za odpowiedzialność, którą ponosi jednoosobowo za siebie i podległych sobie szkolących się. Na każdym skierowaniu na badanie czy do laboratorium oprócz nazwiska wystawiającego skierowanie podaje się także nazwisko konsultanta, który dane badanie firmuje swoim nazwiskiem. Każdy konsultant odpowiada za szkolenie podległego mu stażysty. Oprócz tego zazwyczaj jest również odpowiedzialny za jakąś część pracy swojego oddziału. Poza tym zasiada w licznych komitetach w szpitalu. Uczestniczy w przesłuchaniach kandydatów do pracy. Jest także rozliczany przez Royal College ze swojego rozwoju zawodowego (punkty edukacyjne).

Można zadać więc pytanie: czy warto zostać konsultantem? To zależy. Jeśli nie ma się potrzeby pełnej niezależności zawodowej odpowiedź brzmi „nie”. Jeśli jednak chce się pracować na własny rachunek za cenę odpowiedzialności wówczas, oczywiście, warto. Trzeba też wspomnieć o stronie finansowej. O ile zarobki konsultanta w państwowej służbie zdrowia nie są porażające (aczkolwiek należą do wysokich) o tyle prawdziwe konfitury znajdują się w sektorze prywatnym. A tylko konsultant ma prawo praktykować prywatnie... Proste, prawda?

Czy stać nas na taki system? Na to pytanie będą musieli odpowiedzieć nowi gospodarze w MZ.

Zbigniew Kirkor

Zapraszamy do obejrzenia w siedzibie BIL!

„Włoskie klimaty” – wystawa fotografii doktora Dariusza Jałochy

Dariusz Jałocha – lat 53, jest od 10 lat lekarzem rodzinnym. Prowadzi praktykę i kieruje Zespołem Diagnostyczno-Leczniczym BO-NUS w Sępólnie Krajeńskim. Jest prezesem Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego i członkiem Zarządu Głównego KLRwP.

Wystawa obejmuje fotografie wykonane w czasie podróży do Włoch i na Sycylię (2006r). Autor unikał fotografowania znanych obiektów i miejsc, chcąc skupić się na znalezieniu i utrwaleniu typowych włoskich klimatów. Pokonując sześć tysięcy kilometrów w ciągu 30 dni wykonał ponad siedem tysięcy zdjęć. Zdjęcia wykonane aparatem Canon EOS 30d z wymienną optyką.

O „Jakości życia w chorobie”, jej uwarunkowaniach psychologicznych, społecznych i medycznych rozmawiano na warsztatach zorganizowanych przez „Akademię rozwoju i edukacji pacjenta” w Warszawie 18 października.

W warsztatach dla dziennikarzy udział wzięli: prof. Tomasz Pasierski – kierownik Zakładu Humanistycznych Podstaw Medycyny na AM w Warszawie, prof. Antonina Ostrowska - zastępca dyrektora w Instytucie Filozofii i Socjologii PAN, dr hab. Ewa Trzebińska – psycholog, profesor w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej, Anna Dymna – aktorka znana z działalności społecznej, założycielka Fundacji „Mimo wszystko” oraz ksiądz Arkadiusz Nowak.

Kształcenie emocjonalne

„Uważa się, że lekarz - profesjonalista to ktoś sprawny zawodowo, technicznie – mówi prof. Tomasz Pasierski, szef utworzonego w tym roku Zakładu Humanistycznych Podstaw Medycyny na AM w Warszawie – W moim rozumieniu, niezależnie od kompetencji, ważny jest charakter lekarza. Zgodnie ze słowami profesora Andrzeja Szczeklika «powinien on dawać pacjentowi poczucie, że nie zostawi go samego w chorobie». To podstawowa sprawa. Na taką postawę składa się współczucie, zrozumienie, poczucie wspólnej walki z pacjentem.” Zdaniem profesora, to właśnie lekarz, wspólnie z psychologiem, jest najbardziej predysponowany by być przewodnikiem pacjenta po świecie choroby, uczyć jak z nią żyć, a nawet wejść w świat odczuć cierpiącego człowieka.

Jak osobie potrzebującej empatii może pomóc lekarz, którego edukacja na ogół nie przewiduje takiego kontaktu z chorym człowiekiem?

Na pewno konieczna jest zmiana sposobu kształcenia przyszłych lekarzy. W USA trwają rozmowy, czy nie zmodyfikować systemu rekrutacji studentów, tak by już przy przyjęciu na studia wybierać kandydatów „zmotywowanych bardziej współczuciu”. A jak wygląda edukacja lekarzy u nas: „Teraz staramy się im wtłoczyć jak najwięcej nauki, nie zwracając uwagi na kwalifikacje emocjonalne. Uważam, że powinno być wręcz odwrotnie. – twierdzi prof. Pasierski - Kształcimy lekarzy na naukowców, a tymi zostaje tylko 10 proc. z nich. Większość musi pozostawać w stałym kontakcie z pacjentem, z któ-

rym trzeba rozmawiać. Kwestie edukacji emocjonalnej są czymś podstawowym, a koncepcja szkolenia, jako transferu maksymalnej ilości informacji medycznej to droga donikąd, bo całościowej wiedzy i tak się nie przekáže.”

Kształcić „emocjonalnie” ma Zakład Humanistycznych Podstaw Medycyny Akademii Medycznej w Warszawie. „Moją ideą jest, by wykłady z tej dziedziny prowadzili lekarze z doświadczeniem zawodowym, którzy poznali wewnętrzny świat emocji człowieka doświadczającego przewlekłą chorobą, żeby opowiedzieli im ten świat i uczynili go przedmiotem głębszej refleksji. Jak mawiał bowiem Petroniusz: «Nikt nie zaufa lekarzowi, który nie rozumie bólu.»” - dodaje prof. Pasierski, kierownik nowoutworzonego zakładu.

Agnieszka Banach

Wrażliwość plasuje się na szczególnym miejscu w medycynie

Nie chcemy widzieć cierpienia, odwracamy się plecami do nieszczęścia. Ono zawsze przychodzi nie w porę. Przeszkadza. Drażni jak cierni, choć nie tkwi pod naszą skórą. Znajduje nas nieprzygotowanych. I tylko lekarz, pielęgniarka, kapelan szpitalny wychodzą rano na jego spotkanie. Muszą zachować wrażliwość, by nie stać się uczestnikami sceny przedstawionej przez Brueghla.

Wrażliwość plasuje się na szczególnym miejscu w medycynie. Z jednej strony my, lekarze, musimy nakładać na siebie pancerz. Inaczej nie udźwignęlibyśmy tej nędzy, cierpienia wokół nas. Inaczej lekarz zacząłby pła-

kać z chorym i po godzinie pracy byłby do niczego, chirurg załamałby się przy stole operacyjnym. Pancerz ten zakładamy codziennie. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki.

A z drugiej strony tkwi w nim niebezpieczeństwo, bo a`la longue może narzucić brak empatii, nieczułość. A wszak to wzruszenie śle pierwszy impuls, który budzi lekarza do ruchu. (...) Trzeba pielęgnować w sobie tę wrażliwość — wrażliwość serca. Nieczęsto się o tym mówi, bo przecież wrażliwości oczekuje się szczególnie od artystów. Być może związki medycyny ze sztuką ujawniają się i na tej płaszczyźnie.

Z wrażliwości wywodzi się otwarcie na drugiego człowieka, gotowość na jego przyjęcie. Chorzy „otwierają przestrzeń dla miłosierdzia. Swoją chorobą i cierpieniem wzywają do czynów miłosierdzia i stwarzają możliwość ich podejmowania”. Ale jakże o nie nieraz trudno! Noc, karetka przywozi kolejnego, bełkoczącego, pijanego chorego. Albo korytarz przychodzi, kłębi się w nim tłum ludzi w wilgotnych płaszcach, którzy czekają godzinami, by być przyjęci, zbadani. Mają serdecznie dość, ale czy tylko oni?

(Andrzej Szczekliak „KORE” – O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny.)

DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA I OBRAZOWA W HIPERTENSJOLOGII

Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum zaprasza na kurs specjalizacyjny z zakresu hipertensjologii organizowany zgodnie z wymogami CMKP

Numer kursu: 5-788-02-203-2008

Charakter kursu: kurs specjalizacyjny dla lekarzy specjalizujących się w hipertensjologii

Termin: 03.03.2008 – 05.03.2008

Organizator: Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych, 85-094 Bydgoszcz, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9

Kierownik naukowy: prof. dr hab. Jacek Manitius

Zgłoszenia na kurs: dr Marek Kretowicz, dr Beata Sulikowska, sekretariat Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych, 85-094 Bydgoszcz, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, fax 052 / 585 40 30, e-mail: nerka@nerka.cpro.pl

Płatność: kurs bezpłatny.

Szpital z pozycji leżącego

Marcin Kasierski

W trakcie studiów, gdy spotykałem się z pacjentami odkrywałem, że wiele rzeczy w leczeniu jest poukładanych nie tak, jak wyobraża to sobie świeżo upieczony psycholog kliniczny. Jednak obserwacja ta rozmywała się przytłaczana przez inne, „niezmiernie ważne” sprawy. Przełom nastąpił, gdy po 10 latach pracy w szpitalu z poczuciem doskonałej wiedzy na temat tej instytucji, przyszło mi, a właściwie nie było wyboru, położyć się tam jako pacjent. Zderzenie z tą – okazało się – zupełnie mi nieznaną rzeczywistością było zaskakujące.

Początki

Miałem lat 20 i w trakcie wakacji dostałem biegunki. Zupełnie mnie to nie zaniepokoiło, bo jak to w wakacje, coś się pewnie zjadło... Zaczęłem brać jakieś popularne leki – węgiel, smecta itp. Jednak nie przechodziło i – jak się później okazało – tak to się zaczęło. Długi czas jakoś nie mogłem dopuścić myśli, że coś jest nie tak. Kto w takim wieku myśli o chorowaniu, prędzej doszlifowuje plany zdobycia całego świata.

Po kilku tygodniach, a może miesiącach, dokładnie nie pamiętam, udałem się do lekarza. Chirurg zrobił mi kolonoskopię, pobrał wycinki i spotkał się ze mną po badaniu. Muszę dodać, że choroba stała się nieco uciążliwa. Powiedział, że wie co mi jest po obejrzeniu jelita, co prawda nie ma wyników histopatologicznych, ale według niego to *collitis ulcerosa* (wrzodziejące zapalenie jelita grubego). Nie wiedząc co to za choroba, nawet mnie to ucieszyło. No dobrze – mówię – czyli już wiadomo, rozumiem, że będę brał jakieś leki etc.

Kiedy będę zdrowy Panie Doktorze? – zapytałem czekając na jakąś optymistyczną odpowiedź. Nigdy – usłyszałem – tego się nie da wyleczyć, można to tylko zaleczyć i nauczyć się z tym żyć.

Dalej nie słuchałem, miałem wrażenie, że ktoś zabrał tylne nogi krzesła na którym siedziałem i zapadam się w jakąś otchłań. Nie, to niemożliwe, jak to nigdy, ja tak nie mogę żyć, po co ta cała medycyna skoro ja mam być chory! – krzychałem wewnątrz. Wyszedłem z gabinetu, nie wiedząc co mam ze sobą zrobić. Kilka dni dochodziłem do siebie i postanowiłem walczyć. Wycinki nie potwierdziły tej choroby, czyli w pewnym sensie – pomyłka (ile mnie to kosztowało!).

Poszedłem do następnego lekarza, kolejna kolonoskopia i wynik podobny – brak widocznych zmian chorobowych – diagnoza: jelito drażliwe, czyli zaburzenia czynnościowe jelita spowodowane stresem, nerwami etc. To mi już bardziej pasowało, rozpocząłem terapię, porządkowanie życia i powoli przyzwyczaiłem się do objawów choroby, które po pewnym czasie stały się mniej uciążliwe. Tak przetrwałem ponad 10 lat. W pewnym sensie uśpiło mnie to, choroby jednak nie. Żyłem w przeświadczeniu jelita drażliwego, którego nikt za bardzo nie chciał leczyć. Zresztą standardowe metody nie dawały za bardzo skutków, uwierzyłem, że taka moja natura i już. Czas jednak nadchodził...

12 lat później

To było w kwietniu 2007, miałem 32 lata, chorowałem już dość poważnie od kilku miesięcy, schudłem ok. 15 kilo i kolejne dni stawały się coraz trudniejsze do przebrnięcia. Życie zaczynała pochłaniać choroba, wpychać się wszędzie, gdzie się dało, powoli ograniczała, pozwalała jedynie na wykonywanie absolutnie koniecznych obowiązków, resztę zabierała dla siebie. Patrzyłem z przerażeniem jak moje intensywne, szalone, pełne niespodzianek życie zamienia się w wegetację i nie jestem w stanie z tym nic zrobić. Po wizycie u kolejnego lekarza, profesora etc., który nic nie mógł wykryć i nawet pocieszać za bardzo nie potrafił za sporą kasę jaką pobierał za wizytę, opadały mnie naprzemian uczucia euforii, że coś się ruszyło – zaczynam zdrowieć i bezradności, bez nadziei, że nic się nie da zrobić, nie ma nikogo, kto chciałby się mną zająć. Z tygodnia na tydzień diagnozowałem u siebie coraz to nowe objawy depresji, dziwiłem się, jak mogą wytrzymać ze mną osoby bliskie. Wpadłem na pomysł, żeby zejść z towarzyskiego piedestału – no i wegetacja postępowała.

Któregoś dnia zaczął mnie znajomy lekarz z Poznania, pytając „Co się z Tobą dzieje? Schudłeś bardzo, przyjeżdż do mnie na oddział na dwa dni, przebadamy cię i okaże się, co ci jest”. Hm, długo się zastanawiałem, ja przecież miałem kilka gotowych koncepcji jak wyzdrowieć, co prawda średnio się sprawdzały, ale były. Pójście do szpitala wydawało mi się czymś ostatecznym. Postanowiłem jakoś to sobie ponazywać. Wpadłem na pomysł, że wcale nie idę do szpitala tylko na badania, coś jakby wpadam przelotem na chwilę i już. Zrobiło mi się od razu lżej.

W szpitalu

Dokonałem stosownych zakupów i rano wyruszyłem do Poznania. Dość gładko przeszedłem przez biurokrację przyjęcia i znalazłem się na oddziale, na sali z trzema innymi pacjentami w stanie zdecydowanie gorszym ode mnie, co utwierdziło mnie w przekonaniu, że ja tu tylko na chwilę i właściwie przelotem.

Zamontowałem się na swoim łóżku, zajęłem szafkę i ruszyłem na pierwsze badania, pobieranie krwi etc. Otrzymałem status – dieta płynna i pielęgniarka powiedziała, że do wieczora muszę wypić 4 litry wody ze środkami przeczyszczającymi. Udałem się do sklepiku zakupić wodę i jakoś w przypadkowym odruchu, kupiłem sobie kubeczek.

Wróciłem na salę, wspaniałe środki do wody mineralnej, otworzyłem książeczkę, zacząłem czytać i popijać. Płyn okazał się całkiem do wypicia, lektura ciekawa, dzień leciał.

Moi współlokatorzy, na których zerkałem spoza książki, wydawali mi się dość oryginalni. Nie chciałem się zbyt poznać, bo i po co, jutro śmigam do domu, jestem tylko przelotem, nie ma sensu – pomyślałem. Jeden czekał na zabieg, drugi był po operacji i dochodził do siebie. Oboje potwornie wychudzeni, po którymś zabiegu z kolei. Można było się podbudować, że ze mną jeszcze nie jest tak źle. Co oczywiście uczyniłem. Ich głównym zajęciem było opowiadanie dowcipów i robienie sobie żartów. Śmiali się przy tym dość dziwnie, bo bali się o rany pooperacyjne, więc można to opisać, jakby rżeli. Pomyślałem sobie: podziwiam ich, są w takiej ciężkiej sytuacji, a mają takie poczucie humoru. Trzeci sąsiad czekał na stosunkowo prosty zabieg, nie wiedział jednak czy znajdzie się w planie na następny dzień. Leżał sobie i rozwiązywał krzyżówki. Sąsiad z naprzeciwnka, który czekał na zabieg, co pewien czas pytał – „Jak idzie?”. A ja na to – „No, już dwa i pół litra za mną”. Uważnie mi kibicował, co sprawiało mi dużą przyjemność, ponieważ wiedziałem, że na żadne odwiedziny nie mogę liczyć, więc miałem jakąś namiastkę troski. Jakies dwie godziny od rozpoczęcia „tankowania” nuszyl proces oczyszczania organizmu i regularnie śmigałem do ubikacji co godzinę. Pierwsze wyjście do WC okazało się dużo trudniejsze niż można sobie wyobrazić. Zabrałem papier i w drogę. Odszukałem toaletę męską – wchodzę. Standard niski, no ale nie za bardzo mam wyjście. Nagle szok – nie można się zamknąć, co to ma znaczyć, pomyślałem. Po chwili wpadłem, że pewnie tak jest dlatego, żeby w przypadku zastąpienia pacjenta można było się do niego dostać. No tak, to

zrozumiałe – pomyślałem – jednak i tak miałem świadomość, że w każdej chwili ktoś może wejść. A przecież – pomyślałem – można zamontować zamek z otwieraniem do zewnątrz, to załatwia i sprawę zastąpienia i komfortu dla innych. Ale – tu się leczy, to szpital nie sanatorium – usłyszałem.

Przyjechała pani z obiadem, zerknęła na kartę – „Aha, dieta płynna powiedziała – Ma Pan kubek?” – zapytała. Zdziwiło mnie to pytanie – „Mam”. Pani wlała mi zupkę z dzbanka do kubka i poszła. O opatrności, pomyślałem, dzięki za impuls w kiosku i zakup kubka, bo inaczej nie wiem, chyba nie dostałbym zupki.

W czasie obiadu sąsiad z naprzeciwka pojechał na zabieg. Wrócił za jakieś 1,5 godziny, wszystko poszło sprawnie i odzyskał jeszcze bardziej humor. Czekał, aż będzie mógł zacząć jeść, bo 7 dni postu ścisłego dały mu się we znaki.

Okazało się, mój początkowy optymizm w pochłanianiu płynów zaczął zniknąć. Po trzecim litrze wody, wlanie w siebie ostatniego litra było już mało miłe. Jednak dzięki wiernym kibicom z sali dałem radę. Po południu wrócił trzeci sąsiad z przepustki i dowiedział się, że na rano ma termin operacji jako trzeci. Przyjrzałem mu się i zobaczyłem jak bardzo się boi, głównie tego, że nie był pewien, czy uda się jego zabieg wykonać laparoskopowo i za trzy dni będzie w domu, czy tradycyjną metodą i wtedy czeka go kilkutygodniowa rekonwalescencja.

Ta okazja oczywiście została wykorzystana przez starych wiarusów z sali, którzy natychmiast postanowili mu zrobić żarcik. Padło pytanie – „Klamerkę pan ma?”. „Jaką klamerkę? Nie, nie mam.”. „U, to niedobrze, bo wie pan – mówi jeden z wiarusów – kla-

merkę zapina się na interes, żeby chirurg – jak się rozpędzi z rozciniem brzucha – miał na czym zatrzymać skalpel i nie obciął tego i owego. A przecież panu się jeszcze przyda”. Po tym wyjaśnieniu oboje zarzeli śmiechem, ja też się uśmiechnąłem, czytając książkę. Nie śmiał się jedynie zainteresowany, on się po prostu bał i miałem wrażenie, że gdyby nie gromki śmiech, uwierzyłby w to i dzwonił do żony, aby przywiozła klamerkę. Po całym dniu w pokoju i wychodzeniu jedynie na krótkie chwile do ubikacji, zacząłem jakoś inaczej widzieć moich sąsiadów. To, co na początku wydawało mi się hartem ducha i zdziwiającym poczuciem humoru, okazało się być lękiem, a właściwie ogromnym napięciem. Dotarło do mnie, że te wszystkie żarciki, opowiastki etc. przykrywają niepokój tych ludzi. Po 5–6 operacjach zadają sobie oni w myślach pytania: „czy będę już teraz zdrowy, czy moje życie wróci do jakiejś normy, co mi pozostanie z tego, jak kiedyś żyłem, czy będę jeszcze jadł golonkę?”. Odkrycie było dla mnie niebywałe i zupełnie zmieniło kontakt z moimi sąsiadami. Pomyślałem sobie, jak to dobrze, że jutro wychodzę.

Po południu dotarły pierwsze wyniki, dostałem dwie informacje: złą – jestem chory, tylko na razie nie wiadomo co to, ale podejrzenia są, dobrą – nowotwór wykluczili. Po usłyszeniu zrobiło mi się ciepło, bo dopiero wtedy dotarło do mnie, że mogłem mieć raka, tylko usilnie to od siebie odpychałem. Orzeczenie o moim stanie zdrowia tak szybko zostało ogłoszone, że nie zdążyłem się zdenerwować.

Hm – zastanowiło mnie – ciekawe, jak by przekazano mi ewentualną informację o nowotworze. ■

(od red. ciąg dalszy w jednym z kolejnych numerów PNN)

Trójkąt chorób układu pokarmowego – często objawy się przeplatają, powielają.

Zespół jelita drażliwego (zespół jelita nadwrażliwego; ang. *Irritable Bowel Syndrome* w skrócie *IBS*) – przewlekłe schorzenie o charakterze czynnościowym (trwające przez co najmniej trzy miesiące) charakteryzujące się bólami brzucha i zaburzeniami rytmu wypróżnień nieuwarunkowane zmianami organicznymi lub biochemicznymi.

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (łac. *colitis ulcerosa*, używany jest również skrót nazwy łacińskiej *CU*), zaliczane do grupy nieswoistych zapaleń jelit (*Inflammatory bowel disease* – *IBD*) – jest przewlekłym procesem zapalnym błony śluzowej odbytu lub jelita grubego o nieustalonej dotychczas etiologii.

Choroba Leśniowskiego-Crohna (łac. *Morbus Leśniowski-Crohn*, *morbus Crohn*, *illeitis terminalis*, *illeitis regionalis*, ang. *Crohn disease*) – zapalna choroba jelita o niewyjaśnionej etiologii, zaliczana do grupy nieswoistych zapaleń jelit (*IBD*).

Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie Ziemnym

Jesienią 2007 na kortach KS Wisła w Toruniu rozegrano kolejne VII Mistrzostwa Pomorza i Kujaw w tenisie ziemnym. Rozegrano ciekawe i zacięte mecze tenisowe w których uczestniczyli lekarze z Torunia, Bydgoszczy oraz z bardziej odległych miast – Iława, Warszawa i Częstochowa. Rywalizowano w dwóch grupach wiekowych open i powyżej 50 roku życia.

W kategorii open zwyciężył dr Aleksander Skop, a w grupie 50+ dr Lesław Rudziński. W grupie +50 zacięty 3-setowy pojedynek o 3 miejsce prowadzili prof. Jędrzejczyk i dr Jerzy Siekiera z Bydgoszczy. Profesor Jędrzejczyk jak zawsze prezentował wysoką formę sportową, której mogą mu pozazdrościć młodzi lekarze. Pan profesor jest w naszym gronie od początku turniejów tenisowych i jednocześnie najlepszym przykładem lekarza, który swoim przykładem zachęca zarówno do aktywności umysłowo-naukowej jak i aktywności fizycznej.

Impreza została zorganizowana przy wsparciu Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej i pod patronatem Prezesa Izby dr Macieja Czerwińskiego. Uzgodniono, że kolejne VIII Mistrzostwa odbędą się w Bydgoszczy, na które już dzisiaj serdecznie zaprasza Bydgoska Izba Lekarska.

Z koleżeńskim pozdrowieniem
Zbigniew Kula



Jak zawsze najliczniejszą i najmocniejszą grupą tenisistów byli lekarze Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Zapraszamy do Adrii

Na Czytelników „Primum non nocere” czeka 16 biletów do kina! Można je wykorzystać na dowolnie wybrany film. Czekamy na telefony 16 stycznia 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 stycznia:
KABARETOWA SCENA KINA ADRIA PRZEDSTAWIA:
PARANIENORMALNI
KABARET

24 stycznia (czwartek) 2008
godzina 20:30 (i ew. 18:00)
cena: 35zł

TEATR BAJ POMORSKI PRZEDSTAWIA:
JAS I MAŁGOSIA
20 stycznia godz. 12:00 cena: 13zł

TANIE KINO NA FERIE 7zł
od 25 stycznia do 7 lutego

www.kinoadria.pl tel. 52 371 27 39

KUPON
bilet za 10 zł
PRIMUM NON NOCERE

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

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Rok stary jak ziarno piasku
Stoczył się w czasie przestrzenie;
Czyż go żałować?

Adam Asnyk



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Jak ten czas leci! Jeszcze tak niedawno witaliśmy pierwszy rok nowego tysiąclecia, a tu już siódmy zostawiamy za sobą. Rok jak każdy inny, miał dla każdego z nas chwile miłe, ale też i takie, o których chcielibyśmy zapomnieć jak najprędzej.

Przed nami nowe! Nowe dni, nowe spotkania z losem, nowe trudności, nowe niespodzianki i radości. Wszyscy z nadzieją patrzymy w przyszłość, a ta jak często okazuje się bardzo podobna do przeszłości, która niby „jak sen przepada”.

Tym niemniej należy się nam raczej optymistyczne spojrzenie na ten nowy 2008 rok.

Niech ten rok nam wszystkim przyniesie więcej radości niż smutku! Niech nasze marzenia, nawet te najbardziej nieprawdopodobne się spełnią. Zacznijmy wobec tego ten rok w nastroju takim jak zaleca poeta:

„Spełnijmy puchary do dna
I życzymy sobie nawzajem
Szczęśliwych lat!
Niech myśl powstanie swobodna
I światło błysnie nad krajem!
Bogu w opiekę oddajem
Przyszłości kwiat.”



W chwili, kiedy słowa moje dotrą do Was Miłe Koleżanki i Szanowni Koledzy, lampka szampana na cześć Nowego Roku będzie już przez Was wypita. Ja natomiast zapewniam, że o północy wychyliłem łyk tego trunku za Waszą pomyślność!

Wasz

A. Martynowski

Prosimy o 1 %



Koleżanko i Kolego Lekarzu!!!

W zeznaniu rocznym podatkowym możesz odliczyć od należnego podatku 1% i przekazać go na rzecz Fundacji DOMU LEKARZA SENIORA, która jest fundacją pożytku publicznego. Odbędzie się to w sposób niezwykle uproszczony.

Należy wpisać w pozycji darowizna:

Fundacja Dom Lekarza Seniora. Bydgoszcz, ul. Powst. Warszawy 11.
KRS 0000223048 – kwotę przelewu.

Resztę zrobi za Ciebie Urząd Skarbowy. Włączmy się wszyscy w budowę naszego, lekarskiego DOMU, miejsca, które kiedyś może być także, Twoją bezpieczną przystanią. Życie upływa tak szybko i niesie ze sobą tyle niewiadomych.

Fundacja DOM LEKARZA SENIORA

Szczególne podziękowanie składamy Pani Dr. Lutogniewskiej za włączenie się w uzyskanie dokładnych informacji w Urzędzie Skarbowym oraz redagowanie tekstu.

PRACA

NZOZ KA-DENATAL nawiąże współpracę z **lekarzem stomatologiem** i **lekarzem ortodontą**. Warunki pracy i płacy do ustalenia. Tel. (052) 3452231, 510034930.

◆ **Lekarza stomatologa** do pracy w soboty zatrudnię. Tel. (052) 3632056, 600363616.

◆ Gminna przychodnia w Sadkach, ul. Mickiewicza 7, 89-110 Sadki zatrudni **lekarza rodzinnego, ogólnego** lub **internistę** do pracy w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Prosimy o kontakt telefoniczny: (052) 3850711 lub 606794746.

◆ NZOZ „ELMED” Bydgoszcz Sp. z o.o. zatrudni **lekarza onkologa, radiologa, neurologa oraz laryngologa** w pełnym wymiarze godzin pracy. Placówka posiada dobrze wyposażone gabinety RTG oraz USG. Świadczymy usługi komercyjne oraz posiadamy umowę z NFZ. Godziny pracy są do ustalenia. Zainteresowane osoby proszę o kontakt z działem administracji NZOZ „Elmed” Bydgoszcz, tel. (052) 3461199 lub 602618727.

◆ NZOZ nawiąże współpracę z lekarzem stomatologiem i lekarzem ortodontą wykonującym aparaty stałe. Tel. 502029249.

WYNAJEM

Dobrze prosperujące CENTRUM MEDYCZNE wynajmie gabinet lekarski lekarzowi specjaliście, codziennie od poniedziałku do piątku w godz. 9.00–15.00. Zapewniamy rejestrację pacjentów. Opłaty symboliczne. Tel.: (052) 3452231, 510034930.

DO WYNAJĘCIA

ZESPÓŁ 5 GABINETÓW LEKARSKICH

(parter budynku – ok. 180 m²)
w centrum Bydgoszczy

Tel. 606 22 66 14

Kurs specjalizacyjny „Zdrowie Publiczne” dla lekarzy wszystkich specjalności



Bydgoska Izba Lekarska informuje, iż w terminie 14.03 – 06.04.2008 r. organizuje kurs „Zdrowie Publiczne” dla lekarzy odbywających specjalizację. Kurs odbywać się będzie w 3 częściach:

- 14.03 – 16.03.2008 r. – 1 część
- 28.03 – 30.03.2008 r. – 2 część
- 04.04 – 06.04.2008 r. – 3 część

Kurs przeznaczony jest dla lekarzy zarejestrowanych w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej, którzy rozpoczęli specjalizację po 30 maja 2003 r.

Kierownikiem naukowym kursu jest dr n. med. Maciej Borowiecki. Kurs obejmuje 60 godzin wykładów, zakończony będzie kolokwium.

Uczestnictwo w kursie jest nieodpłatne. Liczba miejsc ograniczona!!!

Wykłady odbywać się będą w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej, ul. Powstańców Warszawy 11.

Zapisy od 21 stycznia 2008 r. przyjmuje oraz wszelkich informacji na temat kursu udziela: mgr Karina Lemanik-Dolny, osobiście w Biurze BIL, pod numerem telefonu (052) 346 07 80 wew. 12, pod adresem email: szkolenia@bil.org.pl

Spotkania w Izbie

Klub Lekarza Seniora zaprasza do siedziby Bydgoskiej Izby Lekarskiej 6 lutego 2008 na godz. 15.00 na interesujące spotkanie. Gościem lekarzy seniorów będzie kierownik Katedry i Zakładu Muzykoterapii Collegium Medicum UMK – prof. Wojciech Pospiech z prelekcją pod tytułem: „Leczenie muzyką – nakazem XXI wieku dla dobra ludzkości”.

Zaproszenia dla Czytelników do Teatru!

- 17.01 **Kajtuś Czarodziej** Janusza Korczaka – 4 zaproszenia
- 22.01 **Powrót Odysa** – 4 zaproszenia
- 25.01 **Nordost** – 4 zaproszenia

Czekamy na telefony 16 stycznia od godz. 9–11. Tel. 052 346 00 84, Ewa Langner.

Repertuar styczeń 2007



- 15,16,17 Janusz Korczak – **Kajtuś Czarodziej** Duża Scena TPB, 10.00
- 18 Elfriede Jelinek – **O zwierzętach** Mała Scena TPB Premiera, 20.00
- 19 Janusz Korczak – **Kajtuś Czarodziej** Duża Scena TPB, 16.00
- Elfriede Jelinek – **O zwierzętach** Mała Scena TPB, 20.00
- 20 Janusz Korczak – **Kajtuś Czarodziej** Duża Scena TPB, 11.00
- Elfriede Jelinek – **O zwierzętach** Mała Scena TPB, 20.00
- 22 Stanisław Wyspiański – **Powrót Odysa** Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 19.00
- 23 Lekcja Wyspiańskiego: **Do kogo należy Ithaka?** Zajęcia edukacyjne, Duża Scena TPB, 10.00, 11.30
- Stanisław Wyspiański – **Powrót Odysa** Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 17.00, 19.00
- 24 Lekcja Wyspiańskiego: **Do kogo należy Ithaka?** Zajęcia edukacyjne, Duża Scena TPB, 10.00, 11.30
- Stanisław Wyspiański – **Powrót Odysa** Duża Scena TPB – spektakl kameralny Teatralny czwartek, 19.00
- 25 Torsten Buchsteiner – **Nordost** Mała Scena TPB, 19.00
- 26 Torsten Buchsteiner – **Nordost** Mała Scena TPB, 19.00
- SPEKTAKLE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY W FERIE ZIMOWE
- 30 Jan Brzechwa – **Pchła Szachrajka** Mała Scena TPB, 10.00
- Drugie zabicie psa** Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 19.00
- 31 Jan Brzechwa – **Pchła Szachrajka** Mała Scena TPB, 10.00
- Drugie zabicie psa** Duża Scena TPB – spektakl kameralny Teatralny, 19.00

Repertuar może ulec zmianie