

*Z okazji
Świąt Wielkiej Nocy
- życzymy ciągle
odradzającej się
Nadziei!*

W NUMERZE

Z BIL	2
NEGATYWNIE O PROJEKTACH MZ.	3
INFORMUJEMY	4, 17
TRANSPLANTOLOGIA Skąpcy z „tamtego świata”.....	5
Skąpcy z tego świata.....	5
SEMINARIA, KONFERENCJE, SZKOLENIA	6, 7, 18
Z CM UMK	7
W SPRAWIE DOMU LEKARZA SENIORA	8
UBEZPIECZENIA	10
NOWE W NAUCE Żelazny zestaw chorób.....	12
ŚWIATOWY DZIEŃ CHOREGO Skarga.....	15
Szpital z pozycji leżącego.....	15
FELIETON	19
W PIGUŁCE	20

Zdjęcie na okładce:
Maciej Grzymiel



Szanowne Koleżanki i Koledzy

Marzec jest co roku miesiącem, w którym Samorząd Lekarski organizuje zjazdy okręgowe – nasz zjazd odbędzie się 29 marca. Bardzo proszę o przekazywanie swoim delegatom spraw, które zdaniem Państwa winny być na nim poruszone.

Koleżankom i Kolegom delegatom przypominam i apeluję o obowiązkową obecność na zjeździe. Jesteście przedstawicielami i reprezentantami swoich środowisk, obecność na zjeździe jest doskonałą okazją do pokazania problemów, które tam istnieją.

Tematów do dyskusji nie zabraknie. Od tych, które nurtują całe środowisko lekarskie – obietnice rychłej reformy ochrony zdrowia złożone przez nowy rząd (na ostatniej Naczelnej Radzie Lekarskiej podjęto stanowiska odrzucające – ze względu na złą merytorycznie zawartość tych projektów – w całości projekty poselskie ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej, o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych, o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta), do spraw dotyczących naszego regionu.

Kolejna, przyjemniejsza informacja, to zaproszenie na Medyczną Noc w Operze w tym roku już wiosną – 11 kwietnia o godz. 19.00. Program będzie różnorodny, zagrają: w części koncertowej „ElJazz Big Band” z solistami, a w tanecznej zespoły „Dubska” i „Żuki”. Zaproszenia, w kwocie 60 zł (w tym 10 zł na Fundację „Dom Lekarza Seniora”), można rezerwować w biurze BIL. Serdecznie zapraszam!

Radostawa Staszak-Kowalska
Przewodnicząca BIL

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska, 85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11; telefony: 0523460084, 0523460780; Numer konta: PKO BP II O/Bydgoszcz 95102014750000830200191197; e-mail: bil@bil.org.pl; <http://www.bil.org.pl>

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

DRUK: ARSPOL sp z. o.o. Bydgoszcz tel. 052 3411337 **SKŁAD:** MAGRAF, Bydgoszcz tel. 052 3791435

APEL NR 1/V/08

Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby lekarskiej z dnia 14 lutego 2008 r.

Okręgowa Rada Lekarska Bydgoskiej Izby Lekarskiej zwraca się do wszystkich lekarzy, członków Bydgoskiej Izby Lekarskiej, aby nie podejmowali zatrudnienia w miejscach, gdzie w wyniku prowadzonej akcji protestacyjnej Koledzy lekarze pracę wypowiedzieli.

Złożone wypowiedzenia są wyrazem walki całego środowiska o lepsze wynagrodzenie dla wszystkich, a nie faktycznym zamiarem rezygnacji z wykonywania zawodu lekarza.

W związku z powyższym przyjęcie propozycji pracy w miejsce protestujących w ten sposób, należy uznać za niegodne.

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

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

Stanowisko nr 1/V/08

Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby lekarskiej z dnia 14 lutego 2008 r.

Okręgowa Rada Lekarska Bydgoskiej Izby Lekarskiej wyraża zaniepokojenie eskalacją konfliktu interpersonalnego w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim w Bydgoszczy.

Koledzy lekarze pracujący w Oddziale Patologii Ciąży i Położnictwa złożyli wypowiedzenia umowy o pracę. W maju tego roku może dojść do sytuacji braku kontynuacji opieki nad kobietami – pacjentkami w czasie ciąży, porodu i połogu oraz noworodkami znajdującymi dotychczas opiekę w w/wym. Szpitalu.

Okręgowa Rada Lekarska Bydgoskiej Izby Lekarskiej apeluje do stron o szybkie porozumienie. Jednocześnie oferuje swą pomoc w rozwiązaniu sporu.

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

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

29 marca 2008 r.

w sali konferencyjnej Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy odbędzie się Okręgowy Zjazd Lekarzy BIL (poniżej projekt uchwały programowej)

Uchwała nr 2/XXV/08

Na podstawie art. 23 pkt. 1 Ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 1989 Nr 30, poz. 158, z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1

XXV Okręgowy Zjazd Lekarzy BIL przyjmuje następujący porządek obrad:

- 1) otwarcie Zjazdu godz. 9.00,
 - 2) wręczenie dyplomów i odznaczeń „Zasłużony dla Samorządu Lekarskiego”,
 - 3) wystąpienia zaproszonych gości,
 - 4) wybory przewodniczącego i prezydium Zjazdu,
 - 5) uchwalenie regulaminu Zjazdu,
 - 6) ustalenie i uchwalenie porządku obrad,
 - 7) wybory komisji mandatowej oraz komisji uchwał i wniosków,
 - 8) sprawozdanie przewodniczącej ORL BIL z działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w 2007 roku,
 - 9) sprawozdanie finansowe skarbnika Okręgowej Rady Lekarskiej za rok 2007,
 - 10) wystąpienie przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej w sprawie udzielenia absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej za 2007 rok,
 - 11) sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za rok 2007,
 - 12) sprawozdanie przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego za rok 2007,
 - 13) dyskusja nad sprawozdaniami,
 - 14) zatwierdzenie sprawozdania finansowego za 2007 rok,
 - 15) przedstawienie, dyskusja i zatwierdzenie preliminarza budżetowego na 2008 rok,
 - 16) sprawozdanie komisji uchwał i wniosków oraz przyjęcie uchwał,
 - 17) wolne wnioski,
 - 18) zakończenie Zjazdu.
- Przerwa obiadowa ok. godz. 14.00.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz XXV OZL BIL
dr n. med. Iwona
Sadowska-Krawczenko*

*Przewodnicząca XXV OZL BIL
dr n. med. Radostawa
Staszak-Kowalska*



Medyczna Noc w Operze tym razem wiosną

11 kwietnia 2008 – to termin tegorocznej „Medycznej nocy w Operze”. Z przyczyn niezależnych od organizatorów nie udało się zorganizować corocznego lekarskiego spotkania w czasie karnawału. Prosimy więc o zarezerwowanie sobie terminu wiosennego i zapewniamy, że nie będziecie Państwo rozczarowani – planujemy bardzo atrakcyjny program artystyczny. Na scenie

zagra „ElJazz Big Band” z solistą Januszem Szromem, a w foyer gości bawiły będą zespoły „Dubska” i „Żuki”. Siły wzmocnią małe przekąski.

Zaproszenia są już dostępne w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Cena jednego biletu to 60 zł (10 zł z każdego biletu zostanie przekazane na Fundację „Dom Lekarza Seniora”).



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.

Prosimy wpisać w pozycji darowizna:

Fundacja Dom Lekarza Seniora.
Bydgoszcz, ul. Powst. Warszawy 11.
KRS 0000223048 – kwotę przelewu.
Resztę zrobisz za Ciebie Urząd Skarbowy.

Poniżej publikujemy list otwarty do premiera Donalda Tuska napisany przez przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi – dr. n. med. Grzegorza Krzyżanowskiego, na temat sytuacji ochrony zdrowia w Polsce. List został przesłany do wszystkich Okręgowych Izb Lekarskich (14 lutego br. odczytany podczas ORL BIL).

List otwarty

Szanowny Panie Premierze,

Zwracam się do Pana nie tylko jako lekarz i przewodniczący lokalnego samorządu, ale również jako świadomy obywatel, odczuwający moralny obowiązek współuczestniczenia w trudnym procesie tworzenia pozytywnych zmian w naszym kraju.

Od ponad 30 lat pracuję w szpitalu, począwszy od lekarza stażysty do zastępcy dyrektora samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Obecnie jestem (od ponad 15 lat) ordynatorem oddziału z uposażeniem zasadniczym brutto 2 900 PLN. W 1980 r. współzakładałem Sekcję Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność”. Przez dwie kadencje tworzyłem i pracowałem w samorządzie terytorialnym, będąc przewodniczącym rady miasta. Brałem udział w organizowaniu w 1989 r., i od samego początku działałem w samorządzie lekarskim.

Poznałem skalę problemów, jakie występują w systemie ochrony zdrowia na różnych poziomach jej organizacji i – w sumie od 28 lat – walczę o wprowadzenie zmian oraz naprawę opieki zdrowotnej w naszym kraju. Wierzę, że obecnie jest niepowtarzalna okazja, by to wreszcie uczynić, trzeba tylko dobrze zastanowić się, jakie należy podjąć działania.

Propozycje Pana i Minister Zdrowia – Ewy Kopacz, aby zmiany zacząć od uszczelnienia systemu opieki zdrowotnej, są tylko w części słuszne. Wszystkie poprzednie ekipy rządzące o tym mówiły i starały się wprowadzić takie mechanizmy. Teza o nieuszczelnieniu systemu ochrony zdrowia, tak jak każdego innego, jest być może prawdą, ale

nie to głównie decyduje o obecnej zapaści w opiece zdrowotnej.

Pierwsza i zasadnicza przyczyna ciągłych napięć, niedostatków, chaosu i zadłużeń, występujących w placówkach ochrony zdrowia, to brak dopływu do systemu odpowiedniej ilości środków, przynajmniej na minimalnym poziomie. Nie pomogą nowe ustawy, czy też nowelizacje starych, bo – choć są konieczne – to jednak samo ich uchwalenie, bez zwiększenia nakładów, nic nie zmieni.

Uprzejmie proszę o przeanalizowanie ekspertyz, dotyczących wprowadzenia w 1999 r., czyli na starcie reform ochrony zdrowia w Polsce, ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Wszystkie wcześniejsze obliczenia wykazywały, że składka na to ubezpieczenie powinna wówczas wynosić 11% od osiągniętych przez obywateli dochodów. Ówczesny minister finansów – Leszek Balcercowicz, niewątpliwie zastuszony w innych dziedzinach, obniżył ją jednak – z powodu niewiedzy, albo raczej celowo, z przymusu ekonomicznego lub z racji swoich doktrynalnych poglądów – do 7%. Była to decyzja wysoce nieodpowiedzialna, której ogromne, negatywne konsekwencje ponosimy do dzisiaj.

Eksperti WHO już dawno orzekli, że wszędzie tam, gdzie publiczne wydatki na ochronę zdrowia są niższe od 6% PKB, tam system jest niewydolny. Tymczasem u nas te nakłady wynoszą około 4% PKB, co stawia nas pod tym względem na ostatnim miejscu wśród państw Unii Europejskiej. Wreszcie należy to zmienić. W przeciwnym wypadku wszelkie, nawet najślusniejsze reformy nic nie pomogą, jedynie pogłębią obecną zapaść.

I jeszcze jedna uwaga. Wprowadzenie proponowanych przez Pana i Panią Minister rozwiązań w systemie ochrony zdrowia, takich jak m.in. decentralizacja NFZ, przekształcenia w publicznych ZOZ-ach, koszyk świadczeń gwarantowanych, dodatkowe i alternatywne ubezpieczenia, czy współpłacenie pacjentów,

jest – oczywiście – niezbędne. Proszę jednak nie zapominać, że należy wreszcie w sposób rzetelny wycenić koszty poszczególnych świadczeń medycznych. Dotychczasowa „su-fitowa” wycena procedur powoduje, że większość z nich jest niedoszacowana. Koszt materiałów i sprzętu medycznego, użytego do przeprowadzenia tych świadczeń, jest często niższy niż zwrot z NFZ pieniędzy za ich wykonanie. A gdzie reszta – zapłata za pracę lekarza i innego personelu medycznego? Konieczne jest stworzenie metod wartościowania ich pracy, zwłaszcza lekarzy, i nie można zapominać, że wszystkie te zmiany trzeba wprowadzać jednocześnie.

Środowisko medyczne, w tym lekarskie, wiąże z Panem i Pańskim Rządem wielkie nadzieje na szybką poprawę w ochronie zdrowia. Jesteśmy bowiem – co stwierdzam z ogromnym żalem – ostatnim bastionem socjalizmu w naszym kraju. Tymczasem z przykrością obserwuję, że ponownie spory polityczne są istotniejsze niż pacjent, lekarz czy pielęgniarka. Niech Pan zapomni, że przejęcie przez NFZ części środków z Funduszu Pracy, czy wzrost do 13% składki zdrowotnej zaproponowała poprzednia ekipa. To dobre pomysły i należy je wspólnie zrealizować. Proszę nie zmarnować tej jedynej, niepowtarzalnej okazji przeprowadzenia słusznych zmian w systemie ochrony zdrowia, pod przewodnictwem Pańskiego Rządu, ale... wspólnie z opozycją.

Mam nadzieję, że pochylił się Pan nad tym listem. Słowa w nim zawarte wynikają bowiem z doświadczenia, życzliwości do obecnego Rządu i głębokich, wieloletnich przemyśleń. Życzę sukcesu. Czekam na to od wielu lat nie tylko ja, ale całe środowisko medyczne i wszyscy obywatele.

Z poważaniem
Przewodniczący Okręgowej Rady
Lekarskiej w Łodzi
dr n. med. Grzegorz Krzyżanowski

NRL negatywnie o projektach ustaw poselskich

NRL negatywnie o projekcie ustawy o ZOZ-ach: Naczelna Rada Lekarska wnioskuję do Marszałka Sejmu o zaniechanie prac nad poselskim projektem ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i jednocześnie prosi rząd o skierowanie projektu do uzgodnień zewnętrznych w trybie przewidzianym dla projektów MZ.

NRL skrytykowała projekt ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych: Naczelna Rada Lekarska zwróciła się do Marszałka Sejmu o zaniechanie prac nad poselskim projektem ustawy o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach

zdrowotnych. Jednocześnie Rada zwróciła się do rządu o skierowanie projektu do uzgodnień zewnętrznych w trybie przewidzianym dla pracy Rady Ministrów.

NRL: Projekt ustawy o prawach pacjenta jest niekompletny i chaotyczny: Naczelna Rada Lekarska skrytykowała poselski projekt ustawy o ochronie indywidualnych i zbiorowych praw pacjenta oraz o Rzeczniku Praw Pacjenta. Rada zaapelowała do marszałka Sejmu o niepodejmowanie prac nad tymi ustawami, a do rządu – o skierowanie projektu do uzgodnień zewnętrznych w trybie projektu MZ.

NFZ

KOMUNIKAT

dla świadczeniodawców i lekarzy posiadających indywidualne umowy na wypisywanie refundowanych recept lekarskich

Wydział Gospodarki Lekami prowadząc analizy zrealizowanych recept lekarskich (od czasu wprowadzenia Systemu Numerowania Recept Lekarskich) stwierdził brak dostatecznego nadzoru ze strony świadczeniodawców i lekarzy posiadających indywidualne umowy nad pobranym zakresem numerów oraz dystrybucją już wydrukowanych recept.

Skutkuje to dużą liczbą recept zdublowanych, co w znacznym stopniu uniemożliwia rozróżnienie recept prawdziwych od fałszywych.

W związku z powyższym Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ informuje, że w przypadku stwierdzenia posługiwania się przez lekarzy receptami z zakresami numerów recept, które nie zostały mu przydzielone w przypadku gdy dotyczy to:

- świadczeniodawcy – Oddział będzie nakładał kary umowne stanowiące równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept (zgodnie z zawartą umową),

- lekarzy posiadających indywidualne umowy – podobnie jak w przypadku świadczeniodawców, w szczególnych przypadkach – NFZ będzie rozwiązywał umowę zawartą na wystawianie recept refundowanych (zgodnie z zapisem w § 8 ust.5 zawartej umowy na wystawianie recept na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych).

*Zastępca Dyrektora ds. Medycznych
Kujawsko-Pomorskiego
Oddziału Wojewódzkiego NFZ
Andrzej Purzycki*

KOMUNIKAT

w sprawie umów na wystawianie refundowanych recept lekarskich

Narodowy Fundusz Zdrowia **uaktualnia umowy** upoważniające do wystawiania recept na leki i wyroby medyczne podlegające refundacji.

W związku z powyższym **wszyscy lekarze posiadające stare umowy na wystawianie recept lekarskich (zawarte jeszcze z Kujawsko-Pomorską Kasą Chorych) oraz lekarze którzy po raz pierwszy zawierają takie umowy** powinni przestać do Oddziału NFZ wnioskować do zawarcia umowy zgodnej z Zarządzeniem nr 43/2007 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wniosek należy pobrać ze strony www.nfz-bydgoszcz.pl.

Po wypełnieniu wniosków należy przelać pocztą do Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Bydgoszczy i Toruniu lub Włocławku.

- K-P OW NFZ, ul. Mickiewicza 15; 85-071 Bydgoszcz,
- Delegatura K-POW NFZ 87-100 Toruń, ul. Grudziądzka 46/48.
- Delegatura K-P OW NFZ, 87-800 Włocławek, ul. Kilińskiego 16.

*Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Kujawsko-Pomorskiego
Oddziału Wojewódzkiego NFZ
Andrzej Purzycki*

Jak wydrukować recepty?

Oferta „Medycyny Praktycznej”

Bydgoska Izba Lekarska informuje, że w portalu internetowym „Medycyny Praktycznej” na stronie [www: http://recepty.mp.pl](http://recepty.mp.pl) zamieszczona jest informacja – oferta „Medycyny Praktycznej”, dotycząca druku recept numerowanych z kodem kreskowym.

Dodatkowo informujemy, że „Medycyna praktyczna” zamówienia przyjmuje także:
– telefonicznie pod numerem +48122934088 (Pn-Pt 8-18)
– faksem pod numerem: +48122934010.

Broszura „Lekarz, lekarz dentysta a przemysł medyczny” do odbioru w BIL

Szanowna Koleżanko, Szanowny Kolego z przyjemnością przekazuję Państwu broszurę „Lekarz, lekarz dentysta a przemysł medyczny”, wydaną przez Naczelną Izbę Lekarską we współpracy z firmą GlaxoSmithKline.

Prawie każdy z nas w swej działalności zawodowej zetknął się z przedstawicielami przemysłu medycznego. Te kontakty są nieuniknione a zarazem także potrzebne dla prawidłowego wykonywania zawodu lekarza. Często jednak pojawiają się w związku z tym pytania natury etycznej, na które czasem trudno udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Myślę, że pomocna w tym będzie właśnie prezentowana Państwu broszura, w której w sposób syntetyczny ujęto etyczne, prawne i podatkowe aspekty współpracy lekarzy i lekarzy dentystów z przemysłem medycznym. Materiały zawarte w broszurze zostały zaktualizowane zgodnie z ostatnimi nowelizacjami prawa farmaceutycznego.

Serdecznie zachęcam Państwa do zapoznania się z treścią broszury!

*Prezes NRL
Konstanty Radziwiłł*

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



Skąpcy z „tamtego” świata

Wojciech Szczęsny

Przeglądając Internet w celu napisania tego artykułu natknąłem się na informację, która mną wstrząsnęła. Otóż w 2004 r. do Poltransplantu – Polskiego Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnego ds. Transplantacji – wpłynęło 696 zgłoszeń o możliwości pobrania narządów od osób zmarłych. 124 nie wykorzystano, z czego 64 z powodu protestu rodziny (podkreślenie moje W.S.). Za tą liczbą 64 kryje się dramat kilkudziesięciu osób, którym odebrano nadzieję, a może i życie. Prawdopodobnie – a nawet na pewno – wypadki ostatnich dwóch lat, pod postacią nagonek na lekarzy transplantologów i sugerowanie, że zabijają oni pacjentów, aby pozyskać narządy dla swoich prywatnych chorych, przyczyniły się do zapaści i tak trudnej sytuacji. Również głoszone przez niektórych lekarzy teorie o możliwości wybudzenia każdego pacjenta ze śpiączki, skłaniały rodziny zmarłych tragicznie do odmawiania zgody na pobranie narządu. Niewiedza społeczeństwa, połączona z buńczucznymi opowieściami w kolorowych pismach, też zebrały żniwo.

Stosunek Kościoła Katolickiego do przeszczepiania narządów wyraził Papież Polak. Jan

Paweł II mówił, że: „należy zaszczyścić w sercach ludzi, zwłaszcza młodych, szczerze i głębokie przekonanie, że świat potrzebuje braterskiej miłości, której wyrazem może być decyzja o darowaniu narządów” (przemówienie do uczestników Światowego Kongresu Towarzystwa Transplantologicznego, Rzym 2000).

Mam swoją teorię na temat recepcji nauce Jana Pawła II w Polsce. Polacy Go oglądali, klaskali, słuchali, ale nie słyszeli tego, co mówił. A jeśli nawet słyszeli, to w żaden sposób nie przestrzegali Jego zaleceń i nauk. Mógłbym mnożyć przykłady, ale po co...

Od 1996 r. w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów przyjęto 23 249 sprzeciwów na pośmiertne pobranie narządów. 84,7% pochodzi bezpośrednio od zainteresowanych, a 15,3% od przedstawicieli prawnych. Ponad połowę skierowały kobiety. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby między 50 a 59 rokiem życia, najmniejszą osoby do 19 roku życia. Najwięcej sprzeciwów zgłaszają mieszkańcy województwa mazowieckiego, śląskiego, wielkopolskiego i kujawsko-pomorskiego.

To porażająca i przerażająca informacja. Nie mogę pojąć, jak można zawczasu sprzeciwić

się pomocy bliźniemu. W Polsce, w kraju który, jak słyszymy – według niektórych – był i jest wzorem do naśladowania, ojczyzną ludzi szlachetnych i dobrych! Jest też krajem, gdzie nawet próba powiedzenia, że jest nieco inaczej, może skończyć się w prokuraturze z paragrafu: „obrażanie narodu polskiego”, czy jakoś podobnie. Z obrzydzenia nawet nie sprawdziłem dokładnie. Tymczasem kilkadziesiąt tysięcy obywateli awansem odmawia pomocy innym. Przecież nic nie tracą. Nikt nie odmówi im pochówku, nie zbezczeszczy zwłok. Rodzina otrzyma spadek i ubezpieczenie. Tylko ich narządy, może jeszcze zdrowe, rozłożą się wraz z nimi w grobie. To tak, jakby umierającemu z głodu włożyć do ręki chleb i zaraz go z niej wyrwać.

Jest jeszcze jeden aspekt. W Polsce o zgodę na pobranie narządów od zmarłego prosi się rodzinę. I tu następuje następny „odsiew”. Nie wiem, jak matka zmarłego dziecka może odmówić ratowania życia innemu. Nikt nie wzmieni mi, że istnieją jakieś racjonalne przesłanki, tłumaczące taką postawę. Ile matek, ojców, sióstr czy braci zmarłych przyczyniło się do przedłużenia cierpienia, a może i śmierci innych. Jak czują się, kładąc kwiaty na grobie swoich bliskich? Przecież może na tym samym omentarzu, kilka alejek dalej, leży ktoś komu mogli pomóc.

Rozwój nauki nie pozwala jeszcze na wytwarzanie zastępczych narządów, które by idealnie „pasowały” do organizmu biorcy. Transplantologia potrzebuje narządów już stworzonych przez naturę w innym organizmie. Mam wrażenie że jeszcze długo tak będzie.

Nie wiem tylko, jak długo będą ludzie odmawiać pomocy innym. Jakby uciekali z miejsca wypadku, będąc jedynymi, którzy mogą pomóc. Niektórzy mówią, że krzyki umierających śnią się po nocach. Może i tak...

Skąpcy z tego świata

Po ubiegłorocznym załamaniu transplantologia dochodzi do siebie. Ośrodki odnotowują więcej przeszczepień – w samej tylko bydgoskiej Klinice Transplantologii w styczniu nerkę otrzymało 10 osób, podczas gdy w całym 2007 roku dokonano tam ledwie 49 takich zabiegów. W porównaniu z grudniem ubiegłego roku, z 1632 do 1596 spadła też liczba osób oczekujących na narząd w całej Polsce. Wydawałoby się, że może być już tylko lepiej...

Cios przyszedł z najmniej oczekiwanej strony – Ministerstwo Zdrowia przeznaczy na procedury transplantologiczne w 2008 r. o ok. 25 mln mniej, niż w kryzysowym 2007, gdzie na realizację tego rodzaju świadczeń przeznaczono około 130 mln.

„To błąd Ministerstwa Zdrowia, a katastrofa dla transplantologii. W zeszłym roku wykonano 650 przeszczepień nerek i łatwo można policzyć, że zmniejszona o 20% pula pieniędzy zabezpieczy jedynie ok. 500 takich zabiegów. To tragedia! – komentuje prof. Zbigniew Włodarczyk

czyk, kierownik Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej z Bydgoszczy, członek Krajowej Rady Transplantacyjnej – Nasza Klinika zrealizowała już 1/4 rocznego limitu. Przeszczepiliśmy 10 nerek, mamy kontrakt na jeszcze 30 zabiegów, do maja go zrealizujemy.”

Z jakiego powodu Ministerstwo Zdrowia obcina pieniądze na transplantologię? Bo statystyki w 2007 były tak słabe... Inaczej mówiąc MZ przy podziale środków kierował się realizacją kontraktów do października zeszłego roku. Roku szczególnie dla transplantologii złego. Wystarczy wspomnieć sprawę dr. G., aferę białostocką, czy jedyny autentyczny problem – przeszczepienie nerki z komórkami nowotworowymi. To wszystko spowodowało, że wykonano o 40 proc. mniej przeszczepień niż w latach ubiegłych – 922 a nie 1300.

Czy MZ chce, żeby w tym roku nie było lepiej? Na razie obiecuje dodatkową zapłatę za wszystkie wykonane procedury, w co lekarze nie bardzo wierzą. Raczej MZ przesunie środki z mniej aktywnego ośrodka transplantacyjnego do tego, gdzie przeszczepia się więcej, niż znajdzie kolejne pieniądze – uważają – co nie wiąże się ze zwiększeniem liczby przeszczepianych narządów.

Problemem w transplantologii są też zbyt nisko wycenione procedury. Ich wartość nie zmieniła się od 2001 roku. Pobranie, przeszczepienie nerki, opieka do 30 dnia po zabiegu kosztuje 36 tys. zł. – kilkakrotnie mniej niż w innych krajach UE. „Obecna wycena jest zaniżona o około 30 proc. – uważa prof. Włodarczyk – Całościowa procedura powinna kosztować ok. 46 tys. złotych.”

Tymczasem na zdrowy narząd czeka w Polsce prawie 1600 osób – w tym aż 1143 na nerkę. Ich liczba, w związku z niewystarczającą ilością przeszczepień, będzie rosła. „To bogaty kraj – ironizuje prof. Włodarczyk – Stać nas na dializowanie 16 tys. osób, a nie stać na przeszczepianie nerek. Stać nas na droższą, mniej skuteczną metodę leczenia, a nie stać na tańszą i skuteczniejszą. To paradoks. Ekonomia, której zupełnie nie rozumiem.”

Dodajmy, że przeszczepienie oraz roczna opieka nad chorym po transplantacji w pierwszym roku kosztuje mniej, niż roczne dializy (te kosztują 60 tys. zł.), a w następnych latach koszt opieki nad przeszczepionym pacjentem nie przekracza 30 tys. złotych.

Agnieszka Banach

Seminarium z udziałem Profesora Lindholma

24 stycznia 2008 r. Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy, zorganizowała wspólnie z firmą Baxter Terpol Sp. z o.o. seminarium na temat „Cardiovascular risk in peritoneal dialysis patients”. Okazją do zorganizowania sympozjum była obecność prof. Bengta Lindholma z Division of Renal Medicine and Baxter Novum, Department of Clinical Science z Karolinska Institutet. Prof. Lindholm jest czołowym ekspertem i uznanym światowym autorytetem nie tylko w zakresie dializy otrzewnowej, ale również współtwórcą nowego zespołu chorobowego: Malnutrition-Inflammation –Atherosclerosis. Wprowadzenie tego zespołu do kanonu nefrologicznych pojęć, pozwoliło – między innymi – zrozumieć związek pomiędzy zwiększoną śmiertelnością z powodu powikłań sercowo-naczyniowych, a stopniem niedożywienia u chorych leczonych nerkozastępczo. Również szereg prac oryginalnych w ostatnim okresie, poświęcił Bengt Lindholm zagadnieniu tzw. odwrotnej epidemiologii, opisującej odwrotną zależność pomiędzy wielkością BMI czy też stężeniem homocysteiny, a śmiertelnością chorych poddawanych przewlekłej terapii nerkozastępczej.

W seminarium uczestniczyło ponad trzydzieści osób, przedstawiciele wszystkich ośrodków nefrologicznych naszego województwa. Natomiast najbardziej nurtującym problemem poruszonym w dyskusji były kryteria kliniczne i laboratoryjne uzasadniające rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego u chorych z pierwotnymi i wtórnymi nefropatiami.

Nasza Klinika współpracuje również z ośrodkiem prowadzonym przez prof. Lindholma w zakresie uwarunkowań genetycznych przepuszczalności błony otrzewnej u chorych dializowanych otrzewnowo.

Przygotował Jacek Manitius



dr med. Janusz Ostrowski, dr Paweł Kochman, Marta Nadrajowska



Zespół dializy otrzewnowej z Katedry i Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych w Bydgoszczy, od lewej – lek. Magdalena Grajewska, dr med. Rafał Donderski, prof. Bengt Lindholm, prof. Jacek Manitius, lek. Elżbieta Marcinkowska



dr med. Rafał Donderski – prof. Bengt Lindholm

Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Nadciśnieniowego

Ukazanie się w połowie 2007 r. nowych Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Nadciśnieniowego (ESH), dotyczących leczenia nadciśnienia tętniczego skłoniły Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, do zorganizowania szeregu spotkań w Polsce poświęconych temu zagadnieniu. Spotkanie, które miało miejsce w Bydgoszczy zgromadziło nie tylko bardzo liczną grupę słuchaczy, ale było również miejscem ożywionej dyskusji.

Wychodząc naprzeciw zainteresowaniu szerokich rzesz Koleżanek i Kolegów naszego regionu tym zagadnieniem, konsultant wojewódzki ds. hipertensjologii dr med. Beata Sulikowska, Oddział Kujawsko-Pomorski PTNT oraz Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum w Bydgoszczy, podję-

ły wspólnie decyzję o kontynuowaniu tego przedsięwzięcia. Szczególnie Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych, która jako Hypertension Excellence Center posiada akredytację European Society of Hypertension, poczuwa się do obowiązku aktywnego uczestniczenia w propagowaniu Wytycznych.

Cel ten zamierzamy realizować poprzez zorganizowanie cyklu spotkań w różnych ośrodkach Regionu. Podczas kolejnych spotkań, zasadnicze zagadnienia zawarte w Wytycznych będą komentowane w oparciu o symulowane sytuacje kliniczne.

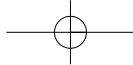
Realizacji tego niewątpliwie bardzo wartościowego i interesującego przedsięwzięcia podjęli się lekarze Rezydenci, którzy odbywają staż specjalizacyjny z zakresu hipertensjologii w Katedrze i Klinice Nefrologii, Nadciśnienia

Tętniczego i Chorób Wewnętrznych. To na nich przede wszystkim spoczął trud opracowania a następnie przedstawienia wybranych sytuacji klinicznych, z którymi najczęściej ma do czynienia lekarz w codziennej praktyce ambulatoryjnej.

Serdecznie zapraszamy do wspólnych spotkań, które odbędą się kolejno: Toruń – 19.02.2008 r.; Grudziądz – 18.03.2008 r., Bydgoszcz – 22.04.2008 r.; Włocławek – 09.09.2008 r.; Inowrocław – 28.10.2008 r.

Tematy poszczególnych zagadnień poruszanych podczas spotkań można znaleźć na stronie internetowej Katedry od dnia 10.02.2008 r., pod adresem: www.nerka.cpro.pl

Organizatorzy



Doktoraty



**Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika
w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera
w Bydgoszcy informuje, że niżej wymienione osoby dnia
6.02.2008 r. uzyskały stopień naukowy dr. n. med.:**

■ **Magdalena Wiącek-Zubrzycka** z Uniwersytetu Rzeszowskiego dn. 6.02.2008 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej

tytuł rozprawy: „Analiza zmian zdolności koordynacyjnych ludzi w podeszłym wieku”

promotor: dr hab. Wojciech Hagner, prof. UMK, CM UMK

recenzenci: dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Zdzisława Wrzosek z AWF we Wrocławiu

■ Krzysztof Olszewski z Kat. i Klin. Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dn. 6.02.2008 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny

tytuł rozprawy: „Ocena zależności biomechanicznych i dentytometrycznych tkanki kostnej u chorych ze zmianami zwy-

rodnieniowymi stawów biodrowych i złamaniami szyjki kości udowej”

promotor: dr hab. Jacek Kruczyński, prof. UMK, CM UMK

recenzenci: prof. dr hab. Władysław Lasek, CM UMK, prof. dr hab. Wanda Horst-Sikorska z UM w Poznaniu

■ **Piotr Błaszczyk** z Centrum Onkologii w Bydgoszcy dn. 6.02.2008 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny

tytuł rozprawy: „Wpływ radioterapii na efekt kosmetyczny oszczędzającego leczenia raka sutka”

promotor: dr hab. Janusz Kowalewski, prof. UMK, CM UMK

recenzenci: dr hab. Roman Makarewicz, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Jan Skokowski, em. AM w Gdańsku

Szkolenia

Szkolenia stomatologów:

● W Toruniu

15 marca 2008 r.

• „Projektowanie leczenia protetycznego u pacjentów z dysfunkcją układu ruchowego narządu żucia”, prowadzi prof. dr hab. med. Stefan Baron, Hotel Filmar, ul. Grudziadzka 45, Toruń.

Za udział w kursie lekarze otrzymają 10 punktów edukacyjnych.

12 kwietnia 2008 r.

• „Radiologia Stomatologiczna”, prowadzi prof. dr hab. med. Teresa Katarzyna Różyto, Doc. dr hab. med. Ingrid Różyto, Hotel Filmar, ul. Grudziadzka 45, Toruń. Za udział w kursie lekarze otrzymają 10 pkt. edukacyjnych.

W programie kursu m.in.: radiografia cyfrowa w stomatologii, zaburzenia rozwojowe części twarzowej czaszki, diagnostyka radiologiczna chorób przyzębia przyszczytowego, diagnostyka obrazowa stawów skroniowo – żuchwowych, nowotwory zębopochodne itp.

17–18 października 2008 r.

• **XIV Ogólnopolska Konferencja Stomatologiczna** oraz XIV Targi Stomatologiczne “EXPONENT 2008”, Aula UMK, ul. Gagarina 11, Toruń. Za udział w konferencji lekarze otrzymają punkty edukacyjne.

Informacje i zgłoszenia (pocztą, telefonicznie, faxem, e-mailem lub poprzez stronę www)

przyjmuje i informacji udziela: Sekretariat Centrum Konferencji i Wystaw Expo-Andre, 87-100 Toruń, ul. Prosta 19/7, skr. poczt. 290, tel: 056 6573505, tel/fax: 056 6573506, tel.kom. 0516037516, 0506134639, e-mail: biuro@andrekh.neostrada.pl, http://www.expo-andre.pl

● W Ciechocinku

Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów zaprasza na kolejne kursy do Ciechocinka

Kurs 12 kwietnia 2008 r.

• **Ocena skuteczności terapii endodontycznej w aspekcie nowych możliwości powtórnego leczenia.**

Wykładowca: dr hab. n. med. Elżbieta Bołtach-Rzepkowska z Zakładu Stomatologii Zachowawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

• **Włókno szklane w stomatologii i protetyce.**

Wykładowca: lek. stom. Danuta Bukowska – Prywatna Praktyka Lekarska w Łodzi.

Kurs 31 maja 2008

• **Diagnostyka i leczenie bólu głowy. Procedury w leczeniu protetycznym dysfunkcji układu stomatognatycznego.**

Wykładowca: Prof. dr hab. Stefan Baron – Kierownik Katedry i Zakładu Dysfunkcji Narządu Żucia Śląskiej Akademii Medycznej.

Kursy organizuje – Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej. Początek 7-godzinnych zajęć o 10.00.

Uczestnicy wcześniejszych kursów w Ciechocinku wnoszą opłatę w wysokości 220 zł;

pozostali – 250 zł (koszt szkolenia + obiad)
Wpłaty na konto: 06 1020 5170 0000 1202 0065 1620, Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, 87-800 Włocławek, ul. Królewiecka 1a/2

Będą wydawane rachunki oraz zaświadczenia o ukończeniu kursu z przyznanymi 8 punktami edukacyjnymi.

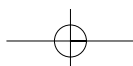
Prosimy o wypełnienie i przesłanie Internetem formularza zgłoszeniowego znajdującego się na stronie internetowej **www.stomatologia.edu.pl** lub przesłanie zgłoszenia – zawierające dane konieczne do wystawienia rachunku – pod adresem: Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, 87-800 Włocławek, ul. Królewiecka 1a/2.

Informacje i zgłoszenie uczestnictwa: (054) 2315157, 2310416.

Szanowni Państwo,

Jeżeli są Państwo zainteresowani propagowaniem informacji o organizowanych przez Państwa konferencjach i zjazdach naukowych, zachęcamy do przekazywania nam informacji o nich (tekst, logo itp.) na adres: agnieszka.nowak@um.bydgoszcz.pl, a umieścimy je na naszej stronie internetowej: www.convention.bydgoszcz.pl Umieszczenie informacji zarówno w polskiej, jak i angielskiej wersji językowej jest darmowe.

Agnieszka Nowak
Wydział Promocji Miasta – Convention Bureau,
ul. Jezuicka 24, 85-102 Bydgoszcz,
tel./fax (052) 58 58 392, e-mail:



Stanisław Betlejewski

W obronie idei Domu Lekarza Seniora

W ostatnich dniach przeczytałem o koncepcji, by zamiast kontynuacji budowy „Domu Lekarza Seniora”, zebrane pieniądze przeznaczyć na inne cele socjalne. Pomysł ten wydaje mi się bardzo niewłaściwy. Idea stworzenia godnych warunków bytowania dla starszego pokolenia lekarzy, by późny wiek mogli spędzić w warunkach, na jakie zasłużyli sobie pracując ofiarnie dla dobra społeczeństwa, idea ta, moim zdaniem była niezwykle trafna i celna.

Kim jest pokolenie dzisiejszych seniorów? To pytanie trzeba zadać, gdyż pokolenie młodych czy „średnio – wiecznych” lekarzy nie zdaje sobie sprawy, w jakich warunkach studiowali i rozpoczęli swoją pracę dzisiejsi seniorzy. Czas studiów przypadał na lata powojenne, warunki studiowania i socjalno-bytowe (słowo brzydkie, ale oddające atmosferę tamtych czasów) były bardzo trudne. Wielu kolegów chodziło w „battle dresach” z przydziału UNNRA, koleżanki nie mogły marzyć o strojach, które ewentualnie za dolary czy tzw. bony można było kupić w „Pewexach” czy „Baltonie”. Sądzę, że żaden z dzisiejszych studentów nie chciałby mieszkać w warunkach, jakie ówczesne „akademiki” stwarzały dla braci studenckiej. Niestety, nierzadko zdarzało się, że jedynym ciepłym posiłkiem była zupa, którą bezpłatnie, wraz z chlebem, można było dostać w stołówce akademickiej „Tivoli” (studentom z AM w Gdańsku z tego okresu nazwa dobrze znana). Do tego atmosfera politycznych nacisków, skutecznie realizowana przez Komitety Uczelniane PZPR i „aktyw” ZMP, oraz licznych donosicieli sieci UB a potem SB. Jeden z kolegów za noszenie kolorowych skarpetek i butów na tzw. „słoninie” został opisany jako „bikiniarz” w gazetce ściennej ZMP „Błyskawica” i gdyby nie rozsałek władz dziekańskich, wyleciałby z hukiem z uczelni.

Na marginesie tylko wspomnę o braku w tym czasie podręczników, czy innych materiałów dydaktycznych, bo może się to dzisiaj studentom i młodym lekarzom wydawać

niemożliwe, nie było w tym czasie kserokopierek, internetu, czy telefonów komórkowych, aby chociażby umówić się z dziewczyną na randkę, (bo te, mimo trudności, zawsze były).

Po ukończeniu studiów trudności nie tylko się nie kończyły, ale nawet nasilały. Pracy nie można było wybierać, specjalne, partyjne komisje (w Gdańsku postrachem była pani profesor Majewska) dawały tzw. „nakazy pracy”. Jeżeli któryś z absolwentów miał „niepolityczną” przeszłość, np. należał do AK, lub miał nieodpowiednich rodziców (np. należących do tzw. inteligencji pracującej lub np. do tzw. kułaków, czyli osób, mających większe gospodarstwa rolne) nakazy pracy przydzielane były do najbardziej odległych i zapadłych dziur, a małżeństwa dostawały nakazy pracy takie, by małżonkowie mogli do siebie odbywać dalekie podróże. Inną atrakcją była okresowa służba wojskowa, do której, na co najmniej dwa lata, wcielano nas do bardzo różnych garnizonów i jednostek wojskowych, rozsianych po całej Polsce.

Dzisiejsze pokolenie lekarzy bardzo słusznie walczy o poprawę warunków pracy i płacy. Warunki płacowe w okresie, gdy aktywnie pracowali dzisiejsi seniorzy, były nieporównywalnie gorsze, a o gabinetach czy praktykach prywatnych, w których można byłoby dorobić do pensji, nie wolno było nawet mówić, gdyż był to wyraz „zgniłego kapitalizmu” i wpływ „zachodniego imperializmu”.

Mimo tych wszystkich trudności ludzie ci pracowali ofiarnie, brakowało w okresie powojennym lekarzy i mimo wszystko jeszcze ciągle aktualny był wzorzec lekarza – społecznika, wychowanego na sylwetce doktora Judyma. Dziś tę postać traktuje się z pełnym niedowierzaniem uśmiechkiem, ale nasi profesorowie (w Gdańsku w olbrzymiej części profesorowie Uniwersytetu Stefana Batorego z Wilna), oczywiście poza drobnymi wyjątkami, podtrzymywali w nas ideę roli społecznikowskiej lekarza.

W okresie stalinowskim, czy później za czasów Gomułki czy Gierka, szczytem komfortu, jaki ojciec rodziny – lekarz mógł zaproponować swojej żonie i dziecku, był wyjazd na Węgry nad Balaton, czy ewentualnie wycieczka trabantem do NRD. Podróże poza teren kra-

jów „paktu warszawskiego”, nawet w celach naukowych, na zjazdy czy sympozja naukowe, były możliwe tylko dla osób o „właściwych poglądach politycznych”. Olbrzymim osiągnięciem było uzyskanie przydziału na własne M-2 czy M-3. Do dziś ta grupa lekarzy w minimalnym stopniu może pochwalić się własnymi willami czy choćby domkami.

Tak więc okres najbardziej czynny i twórczy pracy zawodowej tej grupy lekarzy, dzisiejszych seniorów, przypadł na czasy, które teraz wspomina się jako bardzo ciemny i przykry okres dziejów Polski. Trudno było w tym okresie zdobyć takie zabezpieczenie finansowe, które gwarantowałoby spokojną emeryturę. Rzeczą wręcz nieprzyzwoitą jest mówienie o wysokości emerytur, które – po wielu latach wyteżonej pracy, często na kilku etatach – otrzymuje dzisiaj lekarz senior.

Cieszę się, gdy w „Primum non nocere” widzę zdjęcia lekarzy seniorów, biorących udział w wycieczkach organizowanych przez Izbę Lekarską. Ale niedziela jest tylko raz w tygodniu, sześć pozostałych dni to szara rzeczywistość, gdy trzeba zrobić zakupy, załatwić różne urzędowe sprawy, pójść do lekarza, czy apteki. A co zrobić, gdy potrzebna jest pomoc drugiej osoby, pomoc w trudnościach z poruszaniem się, czy w przypadku kłopotów ze zdrowiem?

Dom Lekarza Seniora byłby w takich przypadkach optymalnym rozwiązaniem, gdy nie można liczyć na opiekę osoby bliskiej, rodziny czy choćby przyjaciół. Ta forma rozwiązania problemów życiowych osób w podeszłym wieku sprawdziła się już wielokrotnie. Przykładem może być chociażby środowisko aktorskie i Dom Seniora w Skolimowie, dlatego też uważam, że rezygnacja z idei stworzenia takiego domu dla lekarzy seniorów jest błędem, a próby zniszczenia dotychczasowego wysiłku organizacyjnego i finansowego są wysoce nieracjonalne.

P.S. Przepraszam, że rozpisałem się tak szeroko, ale sprawa ta bardzo mnie poruszyła, przepraszam również za użyte słownictwo, ale jest ono zgodne z duchem czasu, który dla wielu obecnie pracujących medyków jest już tylko historią.



Warto przetrzymać ten trudny okres

Popieram dramatyczny apel Zarządu Fundacji Domu Lekarza Seniora o ponowne przeanalizowanie problemu Domu Seniora w Inowrocławiu. Zdaję sobie w pełni sprawę z trudności w pozyskiwaniu funduszy na modernizację budynku, ale trudno jest przekreślić piękną ideę realizowaną od siedmiu lat. Dotychczasowe zasoby Fundacji zostały uzyskane w przeważającej większości z wpłat i darowizn na konkretny cel, jakim jest Dom Seniora naszej Izby. Wielu z nas 1% dochodów od kilku lat wpłaca na ten cel. Przeznaczenie tej sumy na bardzo ogólnie sprecyzowaną opiekę i pomoc społeczną, praktycznie przekreśla ideę adaptacji budynku dla najbardziej potrzebujących, samotnych i chorych naszych Koleżanek i Kolegów.

Realizując ideę budowy Domu Seniora nasza Izba wyprzedza pozostałe regionalne Samorządy. Warto przetrzymać ten trudny okres i zatroszczyć się o wsparcie z funduszy unijnych.

Zygmunt Mackiewicz

Halina Petrykowska

W sprawie DOMU

Ogromnie zaskoczyła mnie uchwała Rady Fundacji „Domu Lekarza Seniora” z dnia 22 listopada 2007 roku, stanowiąca o likwidacji Fundacji, sprzedaży nieruchomości w Inowrocławiu i przeznaczeniu uzyskanych w ten sposób funduszy, na opiekę i pomoc społeczną.

Być może statut Fundacji pozawala na podjęcie, przez 7 osobową radę, takiej decyzji, lecz jest to decyzja nieprzemyślana, podjęta bez konsultacji ze środowiskiem, a co za tym idzie niewłaściwa i szkodliwa.

Zadysponowanie majątkiem Fundacji, zniweczenie jedną lekkomyślną decyzją wysiłku i nadziei środowiska, nie może być zrealizowane. Jak słusznie zauważa dr Małgo-

rzata Świątkowska, zgromadzone dotychczas, niemałe zresztą, środki, przeznaczane były przez darczyńców na konkretny cel i nie na żaden inny. Ponadto bliżej nieokreślona „opieka i pomoc społeczna”, może stać się pretekstem do spożytkowania ich w sposób niewłaściwy, czyli mówiąc trywialnie „przedzienie” całego majątku.

Nikt nie pozbysza się dzisiaj posiadanych nieruchomości, zwłaszcza, że ich wartość wciąż rośnie.

Okręgowa Rada Lekarska, musi podjąć zdecydowane kroki zmierzające do zgromadzenia funduszy koniecznych na remont i wykończenie willi w Inowrocławiu. Sprawa ta powinna być priorytetem. Proponuję też

przeznaczenie na ten cel pieniędzy przewidzianych na rozbudowę siedziby BIL, który to pomysł uważam za całkowicie chybiony, zwłaszcza, że nie cieszy się ona zbyt wielkim zainteresowaniem lekarzy. Jedyne spotkania Klubu Seniorów, organizowane przez dr Halinę Grzybowską-Rogulską ożywiają ją i spełniają wielce pożyteczną rolę.

Konieczne jest zorganizowanie szerokiej akcji propagandowej, zaangażowanie autorzytetów Collegium Medicum, których udział w działalności BIL jest niezauważalny, znalezienie sponsorów, a nade wszystko wola do końca tego wspaniałego przedsięwzięcia.

Zróbmy to dla nas i dla przyszłych pokoleń lekarzy.

Dom Lekarza Seniora: mobilizacja środowiska czy rezygnacja?

Rzeczywistość rodzin wielopokoleniowych, żyjących harmonijnie i wspierających się nawzajem odchodzi w przeszłość i chyba nieodwracalnie. Niedawno wpadła mi w ręce amerykańska książeczka dla dzieci, w której przypomina się małym czytelnikom o konieczności pamiętania o dziadkach i babciach. Jest właśnie Dzień Dziadka i trzeba złożyć mu wizytę, pamiętać, pocieszyć, żeby dziadkowi było miło. Więc idziemy do dziadka. Do drugiego pokoju? Nie, do domu seniora. To już norma i będzie się ona utrwalać coraz mocniej, także i w naszej, polskiej świadomości. Będzie więc dotyczyć i lekarzy.

Zespół ludzi z pasją działania społecznego (także gatunek wymierający dość szybko, i bodaj, czy także nieodwracalnie) wysunął pomysł i podjął realizację Domu Lekarza Seniora. Etap, na jakim znalazło się przedsięwzięcie jest nam pozornie znany. Pozornie, bo – z wyjątkiem wąskiego grona realizatorów – nie mamy chyba zielonego pojęcia, ile pracy, czasu, cierpliwości i wytrwałości, wymagało już nawet osiągnięcie dzisiejszego etapu. Brakuje mi jeszcze jednej rzeczy: pełnego planu finansowego przygotowania i eksploatacji obiektu.

W związku z pojawieniem się pomysłu sprzedaży obiektu i przeznaczenia uzyska-

nych stąd pieniędzy na inne formy „opieki i pomocy”, dokładniej nie sprecyzowane, zgłaszam następujące uwagi z prośbą o ich rozważenie:

1. Podjęcie tematu wycofania się z tego przedsięwzięcia i przeznaczenia walorów Fundacji na inne cele, bez uprzedniego dokonania wspólnie z Fundacją szczegółowej jego analizy i bez zasięgnięcia opinii środowiska, uważam za niedobre działanie, bo:

- Bydgoska Izba Lekarska powinna – moim zdaniem – pomóc Fundacji w odpowiednim przygotowaniu planu finansowego całego przedsięwzięcia i – dopiero w oparciu o elementy tego planu – przeprowadzić szczegółową, konkretną dyskusję nad obydwoma częściami planu: wydatkami i dochodami, rozważając przede wszystkim możliwość wszelkiej pomocy w jego realizacji, łącznie z mobilizacją naszego środowiska i szukaniem partnerów na zewnątrz;

- sprzedaż obiektu w Inowrocławiu, stanowiącego świetną lokatę pieniędzy i przedmiot szybko rosnącej wartości, jeżeli nie jest wymuszona jakąś absolutnie awaryjną sytuacją, wydaje mi się postępowaniem nieracjonalnym;

- myśl o odstąpieniu od tego przedsięwzięcia, podjęta w sposób zaskakujący jego społecznymi autorów i realizatorów i jednak bez szerszej konsultacji z naszym środowiskiem, jest fatalną lekcją, udzieloną nam publicznie, odstręczającą od podejmowania

wszelkich inicjatyw społecznych i działania na rzecz osób drugich jedynie z chęci pomocy.

2. My wszyscy natomiast, zrzeszeni w Izbie Lekarskiej, po zapoznaniu się z konkretnym planem finansowym tego przedsięwzięcia, musimy podjąć decyzję, czy je popieramy. Jeżeli tak, będzie trzeba bardzo czynnie i wielokierunkowo wspomagać to przedsięwzięcie i te osoby, które od kilku lat działają tak ofiarnie i bezinteresownie w najlepszych (gigantycznych?) tradycjach naszego zawodu. Należy się tym osobom nasz szacunek, względy i pomoc. Uwagę tę kieruję przede wszystkim do siebie.

Ryszard Długotłęcki

Klub Lekarza Seniora zaprasza!

2 kwietnia o godz. 15 rozpocznie się comiesięczne spotkanie lekarzy – seniorów. Tym razem gościem będzie dr n. med. Maria Linka, ordynator Oddziału Psychoz Kliniki Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego CM w Bydgoszczy UMK. Tematem prelekcji będą „Wybrane problemy psychiatryczne w naszych czasach”.

Dobrowolne ubezpieczenie OC lekarza

Przypominamy, że od 9 stycznia 2008 r. obowiązuje Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2008 r. nr 3 poz.10) wydane na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) stanowiącego, że *minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 1, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę specyfikę wykonywanego zawodu oraz zakres wykonywanych zadań.*

Przepisy niniejszego rozporządzenia określają zakres obowiązkowego ubezpieczenia OC świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ.

Natomiast od 1.01.2005 r. obowiązuje Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (Dz.U. z 2004 r. nr 283 poz. 2825) wydane na podstawie art. 35 ust. 8 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408, z późn. zm.) stanowiącego, że *minister właściwy do spraw instytucji finansowych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę specyfikę wykonywanego zawodu oraz zakres realizowanych zadań.*

Rozporządzenie powyższe określa szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpie-

czenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 35 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń.

Powyższe rozporządzenia dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia OC omówione zostały w poprzednim artykule. Niniejszy artykuł przedstawia natomiast dobrowolne ubezpieczenia OC, których celem jest zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej lekarzom w zakresie nieobjętym obowiązkowymi ubezpieczeniami OC.

Dobrowolne ubezpieczenia OC jest skierowane do osób fizycznych, udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 2005, nr 226, poz.1943, z późn. zm.), a więc do indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej oraz lekarzy wykonujących zawód na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Działalność zawodowa lekarzy wiąże się z wysokim ryzykiem związanym z odpowiedzialnością cywilną z tytułu szkód wyrządzonych w związku z czynnościami zawodowymi. Coraz częściej pacjenci występują z roszczeniami do lekarzy o naprawienie szkód wyrządzonych np. w wyniku błędu medycznego.

Dobrowolne ubezpieczenie OC umożliwia ochronę przed ewentualnymi roszczeniami. Ubezpieczenie pełni ponadto funkcję ochronną – zapewnia osobom odpowiedzialnym za wyrządzone szkody pokrycie kosztów tzw. ochrony prawnej, tj. kosztów obrony sądowej, biegłych i rzeczoznawców itp. w wypadku postępowania sądowego.

Przedmiotem ubezpieczenia jest odpowiedzialność cywilna lekarzy, za szkody na osobie lub w mieniu, wynikłe z uchybień w wykonywaniu czynności zawodowych, w tym również powstałe w związku z niesieniem pierwszej pomocy.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarza w związku z wykonywanym zawodem działa dwustronnie:

1) zabezpiecza lekarza, który wyrządził szkodę pacjentowi przed uszczupleniem jego majątku na skutek ciężącego na nim z mocy art. 415 kc, lub 471 kc obowiązku naprawienia szkody,

2) ochrania pacjenta, któremu szkodę wyrządził, przed niewypłacalnością lekarza.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi rozróżnia się dwa rodzaje odpowiedzialności cywilnej za wyrządzoną szkodę:

- odpowiedzialność deliktową – z tytułu czynu niedozwolonego. Jej podstawą jest art. 415 ustawy Kodeks Cywilny, „Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia”. Przesłankami odpowiedzialności deliktowej są wina, szkoda oraz adekwatny związek przyczynowy między szkodą a winą sprawcy. Dla zaistnienia odpowiedzialności deliktowej przesłanki te muszą występować łącznie.

- odpowiedzialność kontraktową – z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania. Artykuł 471 ustawy Kodeks Cywilny stanowi, że *Dłużnik obowiązany jest do naprawienia szkody wynikłej z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, chyba, że niewykonanie lub nienależyte wykonanie jest następstwem okoliczności, za które dłużnik odpowiedzialności nie ponosi.* Przesłankami odpowiedzialności kontraktowej są niewykonanie lub nienależyte wykonanie świadczenia, szkoda oraz adekwatny związek przyczynowy między szkodą a niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem świadczenia. Również w przypadku odpowiedzialności kontraktowej powyższe przesłanki muszą występować łącznie.

Każdy lekarz powinien dla własnego bezpieczeństwa posiadać dobrowolne ubezpieczenie zawodowej odpowiedzialności cywilnej. Kwestią do negocjacji jest jedynie określenie zakresu i sumy ubezpieczenia.

Przy zawieraniu umów ubezpieczenia należy zwracać uwagę na zapisy zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia (w szczególności na wyłączenia), z których wynika zarówno przedmiot i zakres ubezpieczenia, odpowiedzialność ubezpieczyciela i jej ograniczenia, jak i obowiązki i postępowanie ubezpieczającego, w tym wypadku lekarza, w przypadku wystąpienia szkody.

Z uwagi na możliwość negocjowania warunków zawieranych ubezpieczeń, wszelkie dodatkowe uzgodnione i zaakceptowane przez obie strony tj. ubezpieczającego i ubezpieczyciela, odstąpienia od standardowych zapisów ogólnych warunków ubezpieczenia znajdują się w tzw. warunkach szczególnych, stanowiących integralną część polisy ubezpieczeniowej, (czyli umowy ubezpieczenia).

Określenie wysokości sumy gwarancyjnej, na jaką powinno być zawarte ubezpieczenie, aby dawało lekarzowi pewność pokrycia szkody w przypadku wystąpienia roszczeń pacjenta związane jest ściśle z oceną ryzyka zawodowego lekarza określonej specjalizacji.



Najwięcej roszczeń generują tzw. specjalizacje zabiegowe, tj. chirurgia, ginekologia, położnictwo i stomatologia.

Lekarze niezabiegowi np. interniści, pediatri, psychiatry itp. są w mniejszym stopniu narażeni na wystąpienie roszczeń, gdyż w ich przypadku właściwie odpada ryzyko między innymi związane z wykonywaniem zabiegu i możliwością przeniesienia chorób zakaźnych.

Należy jednocześnie podkreślić, że im większy jest zakres działań zawodowych podejmowanych przez lekarzy, prowadzenie indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej, tym większe jest ryzyko zagrożenia popełnieniem błędu w sztuce i związane z tym roszczenia pacjentów.

Ponadto należy pamiętać, iż lekarz zatrudniający personel medyczny, odpowiada za szkody wyrządzone przez ten personel, niezależnie od swojej winy¹.

Najczęstsze przyczyny wszczynania spraw przeciwko lekarzom²:

- nagła, niespodziewana śmierć po uznanym powszechnie za prosty zabieg operacyjnym lub przebiegu schorzenia uważanego za „łatwe do wyleczenia”;
- wystąpienie ciężkich powikłań, w tym mieszczących się w granicach ryzyka leczniczego, z którymi chory i jego rodzina nie liczyli się. Lekarz, informując pacjenta o ryzyku leczenia, nie jest w stanie wymienić wszystkich grożących mu powikłań, a nawet jeśli je wymieni, to i tak odnoszone są one do nieprawidłowego postępowania lekarskiego. Bardzo trudno jest osobom pokrzywdzonym i poszkodowanym pogodzić się z faktem, że niekorzystne dla ich zdrowia wyniki leczenia mieszczą się w granicach ryzyka (np. operacyjnego) lub są skutkiem wystąpienia niepożądanych objawów przy prawidłowo stosowanych lekach; słowem – stanowią niepowodzenie lecznicze, a nie błąd lekarski;
- optymistyczne, nieuzasadnione obiektywnymi danymi informacje i prognozy, co do efektów leczenia;
- brak prawidłowej komunikacji pomiędzy pacjentem a lekarzem, stwarzający wrażenie braku zainteresowania ze strony lekarza stanem pacjenta;

Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej na podstawie standardowych ogólnych warunków ubezpieczenia

Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje zdarzenia, w następstwie których ubez-

pieczony zobowiązany jest do naprawienia szkody na osobie lub szkody rzeczowej wyrządzonej osobie trzeciej.

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta odpowiedzialność cywilna z tytułu wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologa, innego zawodu medycznego.

Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w granicach odpowiedzialności ustawowej z tytułu czynu niedozwolonego (odpowiedzialność deliktowa) lub z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (odpowiedzialność kontraktowa).

Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za szkody:

- 1) jeżeli w czasie wykonywania czynności zawodowych ubezpieczony nie posiadał uprawnień zawodowych, miał zakaz lub zawieszono prawo do wykonywania zawodu,
- 2) wyrządzone w następstwie wykonywania świadczeń zdrowotnych przez osoby nie posiadające do tego wymaganej specjalizacji, przeszkolenia (dotyczy również obsługi aparatury medycznej np. rentgen, laser, itp.).

3) wyrządzone umyślnie,

4) wyrządzone osobom bliskim,

5) powstałe w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych przez ubezpieczonego lub osoby, za które ponosi on odpowiedzialność, znajdujące się w stanie nietrzeźwości albo w stanie po spożyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,

6) powstałe wskutek nie zabezpieczenia lub nienależytego zabezpieczenia preparatów i substancji chemicznych, biologicznych lub radioaktywnych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie normami,

7) powstałe w wyniku uszkodzenia kodu genetycznego,

8) wynikające z kar pieniężnych, kar umownych, grzywnien sadowych i administracyjnych nałożonych na ubezpieczonego lub jego pracowników,

9) objęte systemem ubezpieczeń obowiązkowych,

10) powstałe wskutek zaginięcia lub kradzieży gotówki, biżuterii, przedmiotów z metali i kamieni szlachetnych, papierów wartościowych oraz wszelkiego rodzaju dokumentów oraz zbiorów o charakterze kolekcjonerskim,

11) powstałe w czasie udzielania przez ubezpieczonego świadczeń zdrowotnych w okresie trwania działań wojennych, stanu wojennego lub wydatkowego, niepokojów społecznych, oraz powstałe w następstwie aktów sabotażu lub terroryzmu,

12) powstałe w wyniku niedotrzymania terminów zaplanowanych świadczeń zdrowotnych,

13) wyrządzone w środowisku naturalnym, w następstwie niewłaściwego składowania śmieci, odpadów i odprowadzania ścieków,

14) powstałe w mieniu, z którego ubezpieczony korzystał na podstawie umowy najmu, dzierżawy, ubytkowania, przechowywania, leasingu, itp.

Jeżeli nie umówiono się inaczej, ubezpieczyciel nie odpowiada także za szkody:

1) wyrządzone wskutek przeniesienia choroby zakaźnej,

2) wyrządzone na skutek zastosowania eksperymentalnych metod leczenia lub rehabilitacji,

3) będące wynikiem chirurgii plastycznej i wszelkiego rodzaju zabiegów stosowanych w celach kosmetycznych,

4) wyrządzone pracownikom ubezpieczonego w związku z wykonywaniem przez nich pracy na jego rzecz, niezależnie od podstawy zatrudnienia,

5) powstałe w rzeczach oddanych przez pacjentów na przechowanie, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Elementy, na które należy zwrócić uwagę przy zawieraniu umowy

Nie do zaakceptowania z punktu widzenia interesu prawnego lekarza jest wyłączenie z ochrony ubezpieczeniowej:

a) szkód powstałych w wyniku rażącego niedbalstwa ubezpieczonego lub osoby, za którą lekarz ponosi odpowiedzialność,

b) szkód powstałych w wyniku przeniesienia wirusów i bakterii,

c) szkód polegających na utracie, uszkodzeniu lub zniszczeniu rzeczy będących w posiadaniu poszkodowanego podczas czynności medycznych,

d) szkód powstałych w wyniku niedotrzymania terminu świadczeń medycznych.

Dla tych szkód winno się ustalić sumę ubezpieczenia, np. w wysokości 50 000 lub 100 000 zł, jako sumę gwarancyjną do wyczerpania – suma ubezpieczenia będzie zależna od specjalizacji, umiejętności lekarza itp.³

KRP Jadwiga Jarząbkiewicz-Górniak

¹ zob. http://www.emedyk.pl/arttykul.php?dartykul_rodzaj=73&idartykul=1352

² B. Świątek, A. Morawski: Problematyka błędów medycznych w Polsce na przykładzie opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu. „Arch. Med. Sąd. i Krym.”, 1994, XLIV, 2, s. 230–232. zamieszczone w Jaki model ubezpieczenia OC? Mirosław Jasik, OPM 3/2005

³ zob. ididem





Żelazny zestaw chorób

■ **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”.

Nawet w najdrobniejszych rzeczach objawia się moc natury

(Horacy, Oda II, 16, 27)

Żelazo jest metalem, od którego zależy istnienie większości organizmów żywych i nas samych. Od dawna wiemy, że niedobory tego metalu mogą skutkować niedokrwistością (anemią). Ale żelazo pokazuje też swoje drugie, groźne oblicze – występując w zbyt dużych ilościach może siać spustoszenie w organizmie.

Utrzymanie naszego organizmu w dobrej kondycji zdrowotnej wymaga dostarczenia z zewnątrz składników, których sami nie potrafimy wyprodukować, albo produkujemy w niedostatecznych ilościach. Stąd wynika potrzeba stosowania odpowiednio zbilansowanej diety, która powinna zawierać białka, węglowodany, lipidy, witaminy w odpowiednich ilościach, ale i wiele niezbędnych pierwiastków, w tym metale. Wśród nich żelazo zajmuje szczególne miejsce, ze względu na rolę, jaką pełni ten metal w procesach życiowych. Niestety, niemal 90% żelaza pokarmowego wydalamy dość szybko z organizmu. Wiemy też obecnie, że poziom żelaza w naszym organizmie regulowany jest poprzez kontrolę jego wchłaniania, natomiast słabo jest monitorowane jego wydalanie (ekskrecja). Łatwo zatem o niedobory tego pierwiastka, jeśli dieta nie jest dostosowana do naszych potrzeb (wiek, płeć, aktywność życiowa, stosowanie używek). Od pewnego czasu naukowcy zajmujący się metabolizmem żelaza ostrzegają nas również – **nadmiar żelaza może być równie niebezpieczny jak jego niedobory**. W dobie rozpowszechnionej mody na suplementowanie odżywek zawierających witaminy i minerały ostrzeżenie to nabiera nowej mocy.

Waga żelaza...

Niezwykła rola żelaza w układach biologicznych wiąże się z tym, że może ono występować w dwóch stanach utlenienia $Fe^{+3} \leftrightarrow Fe^{+2}$. Występując w postaci jonów Fe^{+2} i Fe^{+3} żelazo może być zarówno dawcą jak i biorcą elektronów. Takie właściwości żelaza zdecydowały o tym, że metal

ten jest funkcjonalnym elementem wielu białek i enzymów biorących udział w kluczowych dla życia procesach biologicznych, takich jak transport tlenu, synteza DNA, uzyskiwanie energii w komórce, specjalizacja i podziały komórek. Żelazo wchodzi w skład cytochromów, hemoglobiny i mioglobiny oraz niektórych enzymów. Co ciekawe, jony żelaza warunkują też prawidłowe funkcjonowanie naszego układu nerwowego poprzez udział w tworzeniu ostonek mielinowych i wypustek protoplazmatycznych komórek neuronalnych. Znaczenia żelaza nie można przecenić, jeśli uświadomimy sobie, że to od niego przede wszystkim zależy dostawa tlenu do naszego mózgu, serca, wątroby, mięśni oraz pozostałych tkanek i narządów. Żelazo zatem warunkuje nasz prawidłowy wzrost, rozwój, zwiększa odporność organizmu na choroby i dodaje nam energii życiowej. **Jakie podstawy mają więc badacze, żeby ostrzegać nas przed tym życiodajnym metalem?**

Nasze żelazo

Zawartość żelaza w organizmie człowieka zależna jest przede wszystkim od wieku i płci. Kobiety tracą regularnie sporą ilość żelaza wraz z krwią w comiesięcznych krwawieniach menstruacyjnych. Także w czasie ciąży organizm kobiety traci żelazo, a potem w okresie karmienia piersią. Zapotrzebowanie na żelazo wzrasta u dzieci w trakcie wzrostu i dojrzewania.

Organizm dorosłego człowieka przeciętnie zawiera 4–5 g żelaza, a z tego 65–75% związanego w hemoglobinie – wiążącej tlen w krwinkach czerwonych. Dlatego niedobór żelaza skutkujący upośledzeniem syntezy hemoglobiny doprowadza do niedokrwistości. Pewna ilość to żelazny zapas zgromadzony w białkach o nazwie ferrytyna (około 20%) i hemosyderyna oraz żelazo mioglobinowe, czyli zawarte w białku wiążącym tlen dla pracującego mięśnia. We krwi życiodajny metal, nie związany z hemoglobiną, transportowany jest, i tą drogą rozprowadzany po organizmie, w formie związanej z białkiem nośnikowym osocza, jakim jest transferyna (około 1%).

Żelazo wydalane jest z organizmu kilkoma drogami: z kałem, w złuszczeniach nabłonek, z moczem i u kobiet z krwią menstruacyjną. Straty wyrównywane są natomiast

poprzez przyswajanie żelaza, które przyjmujemy z pokarmem w ilościach około 0,5 do 2,0 mg każdego dnia. Małe ilości żelaza zapasowego w organizmie nasilają jego wchłanianie w dwunastnicy i jelicie cienkim. Niektóre substancje zawarte w pokarmach mogą jeszcze zwiększać skuteczność wchłaniania żelaza, a należy do nich np. kwas askorbinowy, czyli popularna witamina C. Po wchłonięciu przez komórki nabłonka jelitowego i dostaniu się do krwi żelazo ulega związaniu z transferyną, a każda cząsteczka transferyny wiąże dwa jony Fe^{+3} i w prawidłowych warunkach jest w 30% wysycona żelazem. W ten sposób żelazo przenoszone jest do kości, w których szpiku znajdują się komórki prekursorowe erytrocytów tzw. erytroblasty syntetyzujące hemoglobinę. Do syntezy hemoglobiny wykorzystywane jest też żelazo uwalniane podczas rozkładu starych, zużytych krwinek czerwonych, jaki ma miejsce w śledzionie i wątrobie (tu dostaje się do makrofagów – komórek pożerających stare krwinki i uwalniających z nich żelazo). Pozostałe, przeniesione do tkanek nadmiarowe żelazo wiąże się z ferrytyną, i w tej postaci magazynowane jest w tkankach organizmu (w dużej ilości w wątrobie).

Żelazne rezerwy

Ponieważ uzależnieni jesteśmy od dostaw żelaza pokarmowego, powinniśmy dbać, aby nasza dieta zapewniała jego stały dopływ do organizmu. Stały i w odpowiednich ilościach. Wprawdzie mechanizmy regulujące wchłanianie jonów Fe^{+2} w jelicie działają precyzyjnie, ale nie jest wskazane nadużywanie pokarmów bogatych w żelazo, o co w dobie dostępności wszelakich odżywek wzbogaconych w minerały nietrudno. Źródłem żelaza pokarmowego jest dla nas wątroba, szczególnie wieprzowa i cielęca. W diecie powinny się też znaleźć żółtka jaj kurzych i suche nasiona roślin strączkowych. Mniej zażelazione są natomiast mięso, ryby, drób, orzechy, zielone i żółte warzywa oraz ziarna zbóż.

Znakomitym źródłem żelaza są też zioła, takie jak mięta, tymianek, majeranek, lubczyk, pietruszka i seler. Nie pozbawione tego metalu są też jabłka, maliny czy poziomki. Zapewne wiele osób przyjmuje też nowoczesne preparaty suplementujące żelazo i inne metale, a także wi-

taminy. Jeśli przy tym dieta jest prawidłowo zbilansowana i jesteśmy zdrowi to... uważajmy, bo badania prowadzone w wielu ośrodkach na świecie i w Polsce dostarczają dowodów na to, że żelazo może być toksyczne!

A jednak...

Właściwości, które czynią żelazo składnikiem niezbędnym dla organizmów żywych, decydują również o jego potencjalnym działaniu toksycznym. Toksyczność ta u większości organizmów jest ściśle związana z metabolizmem tlenowym (organizmy aerobowe). A jego efektem jest produkcja wolnych rodników. Dlatego też żywe organizmy są chronione przed skutkami utleniania, między innymi poprzez obecność białek wiążących żelazo. Wówczas jony żelaza zamknięte są w swoistych klatkach białkowych. W takiej postaci są nieczynnne, i tym samym bezpieczne dla organizmu. Jony żelaza krążą więc w osoczu związane z transferyną i akumulowane są przez komórki w formie ferrytyny (patrz wyżej). W większości komórek ssaków (w tym człowieka), równowaga w gospodarce żelazem jest koordynowana przy udziale receptora dla transferyny – białka odpowiedzialnego za transport żelaza do komórki w formie kompleksu z transferyną oraz ferrytyny – białka, którego cząsteczka może przyłączyć do 4500 atomów żelaza, ograniczając toksyczność wolnego żelaza w komórce, jak również będącego źródłem jego zapasów. Gromadzenie i absorpcja żelaza w organizmie są zatem precyzyjnie regulowane.

Żelazo w komórce wprawdzie znajduje się głównie w postaci nieaktywnej formy, związanej z ferrytyną, jednak ponieważ potrzebne jest także „wolne żelazo”, niezbędne do syntezy wielu enzymów, w komórce występuje też „pula wolnego żelaza”, które może przy okazji katalizować reakcję Fentona (poniżej):



W takim przypadku, w obecności jonów „wolnego żelaza”, przy udziale stosunkowo mało reaktywnych biologicznie, częściowo zredukowanych form tlenu, takich jak nadtenek wodoru powstaje w reakcji Fentona, rodnik hydroksylowy (OH), cząsteczka o niespotykanym w układach biologicznych potencjale utleniającym, reagująca z każdą molekułą znajdującą się w bezpośrednim jej sąsiedztwie. Wynikiem takiego oddziaływania są uszkodzenia DNA, białek czy lipidów, a to stanowić może zagrożenie dla homeostazy organizmu.

Wyjaśnia to zagrożenia, które płyną ze strony „wolnego żelaza”, mogącego inicjować szok tlenowy, włączając się w patogenezę takich chorób jak cukrzyca, miażdżyca, choroba Parkinsona, czy też starzenie się organizmu. W stanie zdrowia komórki organizmu człowieka zawierają śladowe ilości „wolnego żelaza”. Poziom ten może ulegać podwyższeniu podczas uwalniania żelaza w ko-

mórce lub obniżeniu w wyniku chelatacji, czyli wiązania z białkami (transferyną, ferrytyną).

Warto również zaznaczyć, że same, wytworzone z udziałem żelaza, rodniki tlenowe przyczyniają się dodatkowo do uwalniania żelaza z ferrytyny, zasilając tym samym jego pulę komórkową. Najprawdopodobniej penetrują rdzeń ferrytyny, poprzez hydrofilowy kanał, redukując żelazo do postaci Fe^{+2} .

Jakie to choroby?

W licznych badaniach rzeczywiście stwierdzono podwyższoną zawartość „wolnego żelaza” we krwi osób cierpiących na typowo żelazową chorobę – **hemochromatozę**. Podwyższony, całkowity poziom żelaza w organizmie, może bowiem sprzyjać występowaniu „żelaza wolnego” – nie zamkniętego w klatkach białkowych, które może poprzez udział w tworzeniu wolnych rodników tlenowych być przyczyną wielu groźnych chorób. U osób dotkniętych hemochromatozą w tkankach gromadzi się żelazo i to w dużych ilościach. Chorzy są przy tym bardzo podatni na rozwój miażdżycy i chorób nowotworowych, co potwierdzają badania epidemiologiczne.

Hemochromatoza jest bardzo skomplikowaną chorobą o podłożu genetycznym. U chorych absorpcja żelaza jest 2–3 krotnie wyższa niż normalnie, co skutkuje nagromadzeniem żelaza w wielu tkankach i narządach. Zatem wzrasta u nich całkowita zawartość żelaza, w tym „żelaza wolnego”. Następstwem jest nadprodukcja wolnych rodników, zwłóknienie i uszkodzenie wielu narządów. Obecnie znanych jest kilka postaci tej choroby. Dziedziczna hemochromatoza typu I (dziedziczona autosomalnie, recesywnie) jest najbardziej rozpowszechnioną odmianą hemochromatozy. Wywołana jest mutacjami genu HFE. Chorują na nią głównie mężczyźni z Europy północnej, a objawy zauważalne są zwykle po 40 roku życia. Żelazo wchłaniane w przewodzie pokarmowym jest następnie nadmiernie gromadzone w wątrobie, trzustce, sercu i innych narządach. W stadium zaawansowanym jest to wielonarządowa choroba, a zmiany powodowane przez toksyczny metal są nieodwracalne. Chorzy cierpią na marskość wątroby, cukrzycę (cukrzyca brązowa), kardiomiopatię, artropatię. Często jest nadmierna pigmentacja skóry. Chorobie towarzyszy też impotencja. Inne odmiany, jak np. hemochromatoza młodzieńcza (juwenilna) ujawniać się mogą już w młodszym wieku. Znanych jest jeszcze co najmniej kilka odmian choroby, ale ich opis wykraczałby poza ramy niniejszego artykułu. Krótko mówiąc, wszystkie znane odmiany choroby są wynikiem zakłócenia działania mechanizmów związanych z regulacją wchłaniania i metabolizmu żelaza. Najwcześniejszą poznana mutacja C282Y (Cys282Tyr) dotyczy genu HFE kodującego białko transbłonowe, które wiąże inne białko – mikroglobulinę 2. Kompleks ten wiąże receptor

transferyny (patrz wyżej) i cały kompleks regulujący wchłanianie żelaza. Gen hemochromatozy HFE zlokalizowany na chromosomie nr 6 został zidentyfikowany w 1996 roku.

U osób cierpiących na hemochromatozę można zatem w sposób niemal modelowy obserwować zmiany w organizmie, jakie są wynikiem nadmiernego gromadzenia żelaza. Obserwacje te mogą przyczynić się do lepszego poznania mechanizmów regulujących metabolizm żelaza, a przez to w przyszłości pozwolą na lepszą prewencję, terapię i diagnostykę związaną z zakłóceniami w metabolizmie tego metalu.

I... miażdżyca

Hipotezę zakładającą, że nadmierny poziom żelaza odgrywa znaczącą rolę w rozwoju chorób układu sercowo – naczyniowego, zaproponowano już ćwierć wieku temu. Ale dopiero od niedawna wyniki coraz liczniejszych badań epidemiologicznych potwierdzają wiarygodnie rolę żelaza w rozwoju np. miażdżycy. W badaniach obejmujących grupę kilkuset pacjentów potwierdzono, że wysoki poziom ferrytyny we krwi stanowi jeden z ważniejszych czynników ryzyka progresji zmian miażdżycowych. Wykazany został również synergistyczny związek pomiędzy hiperlipidemią (nadmiernym gromadzeniem lipidów) i ferrytyną surowicy. Interesujące jest też powiązanie wskazujące, że dziedziczna hemochromatoza (patrz wyżej) jest czynnikiem ryzyka rozwoju chorób naczyniowych. Chociaż dane te nadal wzbudzają kontrowersje, ciekawe są wyniki badań wskazujące, że zmniejszenie puli żelaza ustrojowego chroni przed rozwojem zmian miażdżycowych i chorób sercowo-naczyniowych. W tym kontekście interesujące są obserwacje, że u kobiet w okresie premenopauzalnym występowanie miażdżycy i chorób sercowo-naczyniowych jest o połowę rzadsze niż u mężczyzn w tym samym wieku. Jednym z czynników wyjaśniających ten stan rzeczy może być regularny ubytek żelaza wraz z krwią menstruacyjną, co może stanowić jeden z mechanizmów chroniących kobiety w wieku premenopauzalnym. Zatem niedogodność comiesięcznych krwawień rekompensowana jest kobietom lepszą kondycją zdrowotną. Zresztą i u chorych na hemochromatozę okresowe upusty krwi (flebotomia) pozwalają – jak donoszą niektóre źródła – na utrzymanie, w pewnym stopniu, kontroli nad postępującym schorzeniem.

Udział żelaza w patogenezie miażdżycy znajduje się również w kręgu zainteresowań zespołu badawczego Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. W badaniach prowadzonych pod kierunkiem Profesora Ryszarda Olińskiego zespół udowodnił, że zakłócony metabolizm żelaza może mieć związek z rozwojem zmian miażdżycowych. Ustalono mianowicie wyższe stężenie ferry-

tyny we krwi pacjentów ze zmianami miażdżycowymi, w porównaniu z grupą osób zdrowych. Jednakże należy odnotować, iż wzrost koncentracji ferrytyny, generalnie, jest odzwierciedleniem nasilonego gromadzenia żelaza, ale również może mieć związek z konsumpcją dużych ilości alkoholu, chorobą nowotworową czy też stanami zapalnymi. Po raz pierwszy na świecie, w badaniach wspomnianego zespołu, podjęto próbę i to owocną, analizy puli „wolnego żelaza” w limfocytach (białych krwinkach) człowieka. Ta forma żelaza katalizuje reakcje w których powstają wolne rodniki (patrz powyżej). Interesującym jest, że w limfocytach pacjentów z miażdżycą pula wolnego żelaza jest około dwukrotnie wyższa niż w grupie kontrolnej. Wyniki tych badań potwierdzają, że frakcja „wolnego żelaza” może być znaczącym czynnikiem w rozwoju zmian miażdżycowych, poprzez udział w procesach utleniania (stan prooksydacyjny).

Witamina C redukować może jony metali, w tym jony Fe^{+3} , a zredukowane jony metali mogą redukować tlen. Takie cykle mogą się powtarzać wytwarzając wolne rodniki. Powstające w stanie szoku tlenowego wolne rodniki uwalniają natomiast żelazo z ferrytyny, a H_2O_2 zdolny jest nawet do uwalniania żelaza z hemu. Hem uwalniany z ulegających lizie (rozkładowi) erytrocytów przedostaje się do komórek śródbłonka (nabłonka wyścielającego naczynia krwionośne), w których uwalniane jest żelazo hemowe. Skutkować to może szokiem tlenowym i uszkodzeniami oksydacyjnymi. Żelazo nie jest uwalniane z transferyny przy prawidłowym pH, jednakże przy znacznym obniżeniu pH, co może mieć miejsce w ścianach naczyń, żelazo może być uwalniane z transferyny indukując następnie utlenianie LDL (cząstki transportujące lipidy, w tym cholesterol, tu znany jako tzw. zły cholesterol) i zmiany miażdżycowe. A wszystko dlatego, że utlenione cząstki LDL (oxLDL) są wchłaniane przez komórki żerne, czyli makrofagi, które przekształcają się w tzw. komórki piankowate. Osadzanie się takich obciążonych lipidami komórek na ścianie naczynia inicjuje rozwój płytki miażdżycowej.

Kilkanaście lat temu wysunięto ponadto hipotezę zakładającą, że miażdżycę może rozwinąć się na tle zmian indukowanych uszkodzeniami DNA, utrwalonymi w postaci mutacji. Zmiany te prowadziłyby do patologicznej proliferacji (podziałów) komórek mięśni gładkich ściany naczyń krwionośnych i w efekcie mogą przypominać rozwój łagodnego guza nowotworowego! Istnieją wyniki badań, które sugerują, że uszkodzenia zasad budujących DNA, w komórkach ściany aorty i komórkach krążących we krwi pacjentów cierpiących z powodu zmian miażdżycowych, mogą być jednym z bezpośrednich czynników w rozwoju tego schorzenia. Co ciekawe, z badań przeprowadzonych przez Zespół Katedry i Zakładu Biochemii Klinicznej CM UMK wynika, że poziom wolnorodnikowych uszkodzeń DNA

w limfocytach izolowanych z krwi pacjentów cierpiących na miażdżycę jest znacząco wyższy niż w DNA osób zdrowych. Pamiętać należy przy tym, że płytki miażdżycowe, oprócz innych składników, zawierają też limfocyty. Możliwe, że limfocyty z wysokim poziomem zmian mutacyjnych w DNA przylegające do płytki, mogą być włączone w proces inicjacji – promocji procesu chorobowego.

Zresztą ciekawym potwierdzeniem dla opisanej tu koncepcji rozwoju miażdżycy mogą być wyniki badań brytyjskich uczonych, w których wykazano, że ryzyko zgonów z powodu chorób serca w różnych krajach Europy koreluje z zawartością zmian mutacyjnych w DNA limfocytów.

Miażdżycę jest częstą przyczyną śmierci w wielu wysoko rozwiniętych krajach, gdzie co druga osoba umiera wskutek zawału serca lub udaru spowodowanego zahamowaniem przepływu krwi w naczyniach o zwężonym świetle. Również w Polsce więcej niż połowa zgonów jest wynikiem zmian miażdżycowych w naczyniach krwionośnych. Choroba ta w sposób niezauważalny początkowo postępuje przez wiele lat i w końcowej fazie jest przyczyną ograniczenia i skrócenia aktywności zawodowej ludzi w stosunkowo wczesnym okresie ich życia. Zatem zrozumienie molekularnego podłoża zmian prowadzących do miażdżycy jest jednym z kluczowych problemów leżących w polu zainteresowań biologii molekularnej i nauk klinicznych, a także instytucji społecznych.

Żelazo w naszych głowach?

Coraz większe grono zwolenników znajduje hipoteza mówiąca o tym, że choroba Parkinsona powodowana jest wzrostem ilości żelaza w istocie czarnej śródmózgowia. Do rozstrzygnięcia pozostaje jednak, czy wzrost ilości żelaza jest pierwotną przyczyną zmian chorobowych, czy jest zjawiskiem wtórnym, wynikającym już z uszkodzenia komórek. Ilość żelaza rośnie także w przebiegu innych chorób neurodegeneracyjnych, takich jak zwyrodnienie wieloukładowe, postępujące podrażnienie nadjądrowe czy płasawica Huntingtona. W mózgu znaleźć można co najmniej kilka źródeł żelaza, które mogłyby wejść w reakcję Fentona. Są to ferrytyna, neuromelanina, czy obecny w mózgu mikroglej (komórki podporowe i odżywcze dla neuronów), bogaty w żelazo związane z ferrytyną. Najważniejszym źródłem metalu wydaje się w istocie czarna ferrytyna. W tym kontekście ciekawe są obserwacje, że żelazo może być uwalniane z ferrytyny pod wpływem obecnego w komórkach kwasu askorbinowego. Czy witamina C nasila ten proces u chorych na chorobę Parkinsona, nie jest do końca pewne. Pobudzone komórki glejowe wytwarzają natomiast większe ilości tlenku azotu (NO). Tlenek azotu jest wolnym rodnikiem, który może w reakcjach z innymi rodnikami tworzyć agresywny rodnik hy-

droksylowy OH i co istotne może też uwalniać żelazo z ferrytyny. To nasila dalej procesy uszkodzające komórki nerwowe. Choroba Parkinsona jest bez wątpienia chorobą wieloczynnikową i bardzo skomplikowaną. Nadal dalecy jesteśmy od poznania istoty mechanizmu śmierci komórek w tej chorobie. Rola żelaza wydaje się tu jednak dość istotna, jako czynnika inicjującego stres oksydacyjny.

Na koniec

Deficyt żelaza, którego efektem jest anemia (niedokrwistość), może wynikać z niedoborów żywieniowych, bądź jest efektem chronicznej utraty krwi z organizmu. Pamiętać też należy, że zmniejszenie puli żelaza w organizmie może zaistnieć w warunkach fizjologicznych i np. dotyczyć może kobiet w ciąży, ponieważ stopniowo wzrasta zapotrzebowanie rozwijającego się płodu na żelazo. Można jednak temu zaradzić dostarczając naszym komórkom żelaza suplementowanego w odżywkach i odpowiedniej diecie, lub w postaci iniekcji domięśniowych, pod warunkiem wcześniejszych badań diagnostycznych i konsultacji z lekarzem. Podobnie, zatrucia żelazem mogą skutkować poważnymi komplikacjami zdrowotnymi, a szczególnie niebezpieczne są nadmiary żelaza u dzieci. W ciężkich przypadkach efektem toksycznego działania żelaza może być nawet gwałtowne obniżenie ciśnienia krwi, czy nawet śpiączka. Przeladowanie organizmu żelazem może pojawić się, nie tylko po nadmiernej jego suplementacji, czy też w przebiegu defektów genetycznych, jak w przypadku hemochromatozy (patrz wyżej), ale może też być efektem powtarzanych często transfuzji krwi. Usuwanie nadmiaru żelaza z organizmu można przeprowadzić podczas specjalistycznej terapii, polegającej na chelatowaniu (wiązaniu) żelaza z desferryoksamina (stosowana też jako antyoksydant). Związane żelazo jest wydalane następnie z moczem w postaci kompleksu o mocno pomarańczowej barwie.

Nie ulega zatem wątpliwości, że warunkiem dobrego zdrowia jest utrzymanie równowagi organizmu w gospodarowaniu żelazem, które zaangażowane jest w przebieg najważniejszych dla życia procesów. Łatwość, z jaką może dojść do rozregulowania gospodarki żelazowej powoduje, że powinniśmy pamiętać o tym szczególnie wtedy, gdy sięgamy po dodatkowe dawki tego metalu, zawarte w odżywkach, czy preparatach witaminowych z minerałami. Właściwa dieta zawiera bowiem żelazo w ilościach wystarczających dla podtrzymania procesów życiowych wówczas, gdy jesteśmy w dobrej kondycji zdrowotnej. Dodatkowa zaś suplementacja powinna być ściśle kontrolowana i raczej wynikać z zaleceń lekarza, aniżeli być wynikiem mody na przyjmowanie preparatów dodających nam zdrowia i urody.



W połowie lutego do jednego z bydgoskich szpitali, na oddział wewnętrzny, pilnie skierowana przez lekarza prowadzącego, trafiła terminalnie chora 76 letnia starsza pani (rozrostowy proces płuca prawego, zatorowość płucna, niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze). Rozpoznanie: przedawkowanie acenokumarolu.

Z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej kobieta miała problemy z oddychaniem i nie była w stanie poruszać się samodzielnie – o czym informowała rodzina – zdana na łaskę, czy niełaskę personelu oddziału. Tymczasem starszą panią próbowano na siłę „uruchomić” nakazując m.in. chodzenie do toalety. Korzystanie z podsuwacza także nie należało do przyjemności – opróżniano go nieregularnie. Kiedyś zawartość takiego przepelnionego podsuwacza zwyczajnie się wylała, skazując chorą na kilkunastogodzinne – dopóki nie interweniowała rodzina – leżenie w ekstremach. Niepunktualnego podawania leków, przede wszystkim

Skarga

morfiny – nie da się wytłumaczyć. Jakby tego było mało, nie można było wezwać personelu – uszkodzone przyciski alarmowe w okolicy łóżka. To nie wszystko – przewód doprowadzający tlen był zbyt krótki i każdy większy ruch powodował wysunięcie przewodu lub kaleczenie błony śluzowej nosa. Po interwencji rodziny przedłużono go – po trzech dniach... Łóżko chorej nie było zabezpieczone barierką ochronną, co mogło grozić upadkiem (rodzina zgłaszała to przy przyjęciu), szczególnie niebezpiecznym dla osoby nie tylko ciężko chorej, ale dodatkowo, ze znacznie obniżoną krzepliwością. No i stało się – starsza pani spadła z łóżka – upadek spowodował dotkliwe potłuczenia lewej strony ciała i rozległe wylewy podskórne oraz... pojawienie się barierek.

Jak to leczenie „odebrała” 76 letnia pacjentka? Od strony medycznej, nie wiemy – chociaż znajduwane pod łóżkiem tabletki, których przyjęcia personel nie dopilnował, mogą budzić wątpliwości. Ale, jak w liście przekazanym redakcji pisze rodzina: „Pomimo niesprawności fizycznej spowodowanej zaawansowaną chorobą nowotworową matka pozostaje w pełnej sprawności intelektualnej. Opisane sytuacje spowodowały znaczne pogorszenie jej kondycji psychicznej oraz naruszyły godność i prawo do spokojnego umierania”.

Oprac. a.b.

Od red.: W publikacji pominęliśmy dane, które mogłyby identyfikować szpital i chorego. Tekst powstał na podstawie skargi złożonej przez rodzinę chorej do rzecznika praw pacjenta przy Kujawsko – Pomorskim OW NFZ i przesłanym do: Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia, rzecznika praw pacjenta przy centrali NFZ, Bydgoskiej Izby Lekarskiej oraz redakcji „Primum non nocere”.

Szpital z pozycji leżącego

(część II)

Marcin Kasierski

Po badaniach w Poznaniu spakowałem się i pomknąłem do domu zadowolony, że wyszło na moje. Poczuję się trochę, lepiej, czyli nastąpi optymizm.

Długo jednak nie musiałem czekać na drugi akt tego dramatu. Minęły jakieś dwa miesiące i permanentne wyniszczanie osiągnęło kres możliwości mojego organizmu. Dotarłem do stanu wycieńczenia i wegetacji, już nie miałem siły bronić się przed pójściem do szpitala, przestały działać mechanizmy obronne karmione stereotypami, lęki przed szpitalem itp. Zacząłem walczyć o swoje życie, skończyło się kozakowaniem. I tak trafiłem na oddział gastroenterologiczny we własnym szpitalu Bizziela w Bydgoszczy.

Wzbogacony dużo większym doświadczeniem, przygotowałem się już należycie. Zabrałem wszelkie potrzebne mi rzeczy, a poza tym – mój młodszy brat w każdej chwili mógł po coś zjechać na dół, do mojego biura, lub przywieźć coś z domu. Niewiarygodne, jak ważne jest mieć kogoś bliskiego, ważnego, kto w razie potrzeby przywiezie nową piżamkę, majtki na zmianę, etc. Nie trzeba tego nawet wykorzystywać, wystarczy mieć świadomość, że można. Komfort i poczucie bezpieczeństwa, którego zabrakło mi w Poznaniu.

Po przyjęciu rozpoczęły się badania – krew, usg, rtg. Pełen pakiet. Przyszła Pani Doktor Krystyna Pawlik i powiedziała, że coś się dzieje – jutro powtórzymy resztę badań – wygląda to na niedrożność i skończy się najprawdo-

podobniej zabiegiem. Słuchałem i w ogóle do mnie nie dotarło, że czeka mnie operacja. Byłem tak przekonany do swojej wersji diagnozy, ba utwierdzałem się resztką sił, że to ja mam rację. Siedziałem wpatrzony w okno i nie bardzo wiedziałem, co mam zrobić. Po kilkudziesięciu minutach do głowy przyszło mi jedyne znane rozwiązanie – walczyć. Zdecydowałem, że spod noża ucieknę na pewno. Postanowiłem sprowadzić do szpitala. Panią psychiatrę na konsultację. Byłem pewien, że coś ustawi w lekach, wszystko minie i spokojnie, po małym dożywieniu, wrócę do domu. Chciałem, żeby wszystko było jak należy, wybrałem się do lekarza prowadzącego i zapytałem o możliwość konsultacji zewnętrznej psychiatry. Pan doktor nie miał nic przeciwko, jednak dodał, że mój problem jest natury chirurgicznej, a nie psychiatrycznej. Ja jednak wiedziałem lepiej.

Dostałem wytyczne, co do diety – ha, to był pozytywny szok. Po latach eksperymentowania z pokarmami, czytania jakiś bzdurnych artykułów w gazetach, słuchania rad domorosłych ekspertów, wreszcie trafiłem na specjalistę, który brał odpowiedzialność za zalecenia. Okazało się, że: po pierwsze – mam dietę bezmleczną (żadnego mleka, ani produktów mlecznych) i to nie było dla mnie zbyt duże wyrzeczenie; po drugie – bezresztkową tj. żadnych świeżych owoców i warzyw (przetworzone w umiarkowanych ilościach – marchewka na ciepło, kalafior, bu-

raczki etc., owoce w każdej właściwie postaci – out). Po chwili analizy stwierdziłem: żyć, nie umierać.

Po kolejnym USG, padło wstępne rozpoznanie, że to może być choroba Leśniowskiego-Crohna. Zabrzmiąło groźnie. Jednak nie wszystkie objawy pasowały, nawet jak na tak „wredną” chorobę, czyli o szerokim, niespecyficznym spectrum. Dla mnie to wystarczyło, żeby cały czas kurczowo trzymać się swojej wizji, że znajdzie się cudowny lek i wszystko zniknie. Operacja, bóle itd. Nie docierało do mnie, że wieloletnie poszukiwania nie dały skutku. Wynik USG nie pozostawiał jednak żadnych wątpliwości, co do tego, że gdzieś coś się zablokowało, badania RTG wykazały dokładnie to samo. Zagadką dla lekarzy było to, że na badaniach w Poznaniu na kolonoskopii wyszedł całkiem niezły wynik i pobrane wycinki nic nie wskazały. Może coś przeoczyli? Postanowiono powtórzyć mi następnego dnia rano kolonoskopię, jednak bez standardowej procedury, czyli picia 4 litrów płynu ze środkiem czyszczącym jelita, bo uznano, że w moim stanie nie dam rady tego przetrwać. Rano mała lewatywka i na badanie. Poszło nadzwyczaj gładko i bezboleśnie. Nie oponowałem, bo moja wizja się umacniała i wierzyłem, że powtórna kolonoskopia to potwierdzi.

Dokończenie na str. 16



Dokończenie ze str. 15

Atu kolejna zagadka: lekarze odtworzyli przebieg badania z Poznania i wyszły dokładnie takie same, niezłe wyniki tj.: jelito grube zdrowe, żadnych zmian chorobowych, początek jelita cienkiego również. Zasadniczo bez jakis alarmujących zmian. No i wyszło na moje, ucieszyłem się w duchu. Jednak lekarze okazali się twardzi i nie odpuszczali. Dlaczego? Bo brzuch miałem wydęty jak piłka, przewalające się gazy nie tylko było słychać, ale widać jak deformowały mi wypchane brzuszysko. Wezwano chirurgów na konsultację. Przyszedł pan Profesor, ordynator chirurgii i lekarz, który kilkanaście lat wcześniej orzekł colitis ulcerozę. Osluchali mi brzuch, obadali na wszystkie sposoby. Odezwał się pan Profesor – no nic, to jest brzuch do roboty. Trzeba otwierać i szukać zatonu. Gastroenterolodzy jednak zaczęli oponować, że jestem za słaby, że mam za mało białka, żeby się skleić po operacji, i w ogóle jestem za słaby na operację. Siedziałem obok i słuchałem, jakby mowa była o kimś zupełnie mi nieznanym. Ktoś zaproponował, żeby mnie – jak długo się da – dożywiać i dopiero operować. Profesor zerknął na zegarek, zastanowił się i stwierdził, że to bez sensu, to dokarmianie pozajelitowe, bo to nic już nie da. Trzeba dzisiaj operować! Chłopak jest młody, trzeba mu wyciąć to, z czym się zmagam i z każdym dniem będzie już rwał do zdrowia, a teraz wszystko idzie na walkę. Słowa te okazały się później prorocze. Spojrzał na mnie i mówi – no, niezłe pan schudł, panie Marcinie. Jak się pan zapatruje na otwieranie panu brzucha? Ja z zadziwiającym spokojem odparłem: No cóż ja mogę sądzić, trzeba, to trzeba. Przyjąłem to z zadziwiającą łatwością. No, świetnie – powiedział pan Profesor, to ok. 18 zabieg. I rozpoczęły się przygotowania.

Rozpoczęto tłoczenie we mnie płynów przed operacją. Tempo podawania wszystkiego było takie, że nie nadązałem dzwonić po pielęgniarki, żeby zmieniały butle. W pewnym momencie zamontowano dodatkowe trójniki i leciały we mnie trzy butle na raz. Glukoza, nawodnienie, białko ludzkie, antybiotyki, krew, osocze. Kraniki prawie na full i jazda. Efekt był taki, że nerki rozszalały się jak nigdy i moim głównym zadaniem przez ok. 4 godziny było bieganie, co 15 minut ze stojakiem pełnym butelek i nurek, do ubikacji i oddawanie wpompowanej wody bez odessanych przez organizm składników. W trakcie regularnych biegów odbywały się innego typu przygotowania do operacji. Jakoś ok. godz. 15 przyszedł anestezjolog i przepytał mnie na okoliczność wcześniejszych zabiegów, uczuleń etc. Uprowadził mnie, że ze względu na stan zdrowia mogę i pewnie obudzę się na intensywnej terapii, podłączony do pełnego monitoringu, a nie na oddziale chi-

nurgii i żebym się nie przestraszył, że to wszystko jest ok i tak ma być. Ja słuchałem i spokojnie potakiwałem głową, bo lekarz był przekonujący, rzeczowy i wszystko na logikę mi pasowało, więc czemu nie miałem kiwać ze zrozumieniem głową. Dużo później zastanawiałem się nad tym, że zupełnie odciąłem w tym momencie emocje i nie myślałem o tym, że tak naprawdę mój stan jest stosunkowo ryzykowny i wybudzenie na OIOM-ie jest spowodowane znacznym ryzykiem zabiegu w stanie takiego wyniszczenia.

Zrozumiałem jak ważne jest, aby w takim czasie, przed zabiegiem były przy tobie osoby ważne, znaczące. Mogą mówić cokolwiek, pomagać w przygotowaniach, nieważne, byle były, byle nie zostac samemu, to najgorsze, co może spotkać kogoś przed operacją. Mój zabieg był wstępnie zaplanowany na godz. 18 – rozpoczął się o 20. Opóźnienia zabiegu to standardowa sprawa, zdarza się chyba w 90% przypadków. Jednak „standardowa”, to jest dla chirurga wykonującego swój n – ty zabieg, ale nie dla kogoś, kto „idzie” pierwszy raz na salę. Nie potrafiłem sobie wyobrazić, jakbym znosił samotne oczekiwanie, ale już zupełnie nie mogłem sobie wyobrazić, jakbym zniósł to opóźnienie w samotności – koszmar. Przy mnie dzielnie byli: moja dziewczyna Kasia, Mama i brat Piotr.

W końcu położono mnie na łóżko i pojechałem na blok, tam przełożono mnie na stół operacyjny, zdecydowanie za wąski i zbyt niewygodny i rozpoczęło się ostateczne oczekiwanie. Jakies 15 minut leżałem na stole, a personel rozkładał narzędzia etc. Byłem zupełnie spokojny, chociaż można było się tam zdenerwować.

Po kilku minutach wpadł na salę anestezjolog, no to jak – mówi – zaczynamy! Panie Doktorze, nie ma jeszcze ostatniej morfologii – mówi pielęgniarka. Nie szkodzi, wyniki nie leczą – śmiało napieramy na ciało! Stanął nade mną i mówi: teraz poczujesz ciepło, za chwilę trochę zakręci ci się w głowie. I już nic dalej nie pamiętam.

Ztego, co dowiedziałem się od bliskich za bieżąc z planowanych trzech godzin, trwał 1,5 – to dobra prognoza zdrowienia i fakt braku komplikacji. Ocknąłem się nie wiem kiedy, czy to było w nocy, czy nad ranem. Wiem, że wybudzany byłem powoli. Obudziła mnie pielęgniarka, przewracająca mnie na boki w celu ułożenia pod mną jakiejś pościeli, tak to wyczułem. Po znieczuleniu byłem cały czas lekko otumaniony. Cały byłem podpięty do monitoringu, jak limuzyna prezydenta USA – kardiomonitor, sonda w nosie do płuc, nura w tchawicy do płuc, wspomagająca i monitorująca oddech, ciśnieniomierz na ramieniu, zaciskający się co pewien czas na pomiar i wydawnie utrudniający jakąkolwiek drzemkę. Pielęgniarka przewracała mnie na boki i wciskała

prześcieradło, ja – powoli budzącą się świadomością – próbowałem oponować, myśląc: halo, halo ja tu jestem ledwo zszyty, że bym się nie rozerwał. Jednak nie bardzo miałem czym protestować, pozostał niepokój. W pewnej chwili leżąc na boku poczułem, że nie mogę nabrać powietrza przez nurę do płuc, jakby się zatkała. Wpadłem w panikę, próbowałem nabrać tchu, ale się nie dało. Jezus Maria, przetrwałem operację, a miałbym się udusić na OIOM-ie, to niemożliwe! Resztką racjonalnego myślenia przywołałem do pamięci specyfikację działania tego urządzenia. Przecież ta maszyna powinna wyczuć, że nie oddycham i sama wtlaczać powietrze, przecież jestem na intensywnej terapii – RATUNKU! Chciałem krzyczeć, ale nie miałem jak – rura uniemożliwiała nie tylko oddychanie, ale też wydanie jakiegos głosu. Kiedy pielęgniarka mnie odwróciła z powrotem na wznak, zacząłem wolną ręką pokazywać na maskę z węzami i jęczeć. Pani chyba się zorientowała, że coś nie tak i odkręciła mi te węże od maski. Zaczęło płynąć powietrze. Zaczęłem łapczywie je wdychać i odetchnąłem. Wyciągnąć nurę? – zapytała pielęgniarka. UHMM – TAK, TAK chciałem krzyczeć, ale się nie dało. Rura wyszła z płuc – boleśnie – uwolniła możliwość swobodnego oddechu. Mogłem spokojnie powracać do równowagi.

Dalej tkwiłem przez jakiś czas w letargu i powracałem do świadomości. Nad ranem odwiedził mnie tata. Dzięki temu, że jest lekarzem, wpuścili go na OIOM. Zamienił ze mną kilka krótkich zdań, powiedział, że wszystko się udało, wycięli mi kawałek jelita i jest ok. Widząc, że nie bardzo jeszcze kojarzę, co i jak, powiedział, że bym się trzymał i poszedł. Zgodzono się wpuścić na chwilę moją mamę, brata i dziewczynę. Dostali dyspensę na dwu – trzyminutową wizytę. Kolejny optymistyczny element był taki, że planowano mnie przenieść z OIOM-u na chirurgię wieczorem, a tu o 11 przed południem pani anestezjolog zbadala mnie i orzekła, że jestem w pełni stabilny i nie ma potrzeby mnie tu już trzymać. Tak więc godzinę po wyjściu pierwszych odwiedzających, pojechałem na 3. piętro. Rodzina wróciła po 1,5 godz., a tu na oddziale puste miejsce po mnie i personel mówi, że leżę już na chirurgii. He, he, kolejny raz udało mi się sprawić im psikusa.

I tak rozpoczęło się leżakowanie na 3 piętrze. Pierwsze dwa dni polegały na nieruchomym spoczywaniu i nasłuchiwaniu, co tam się dzieje w poprutym brzuchu.

Notatka o autorze:

Marcin Kasierski – fizyk techniczny i medyczny, psycholog kliniczny, zajmuje się marketingiem, informatyką, a w działalności naukowej badaniami kory mózgowej w zakresie percepcji wzrokowej. Hobby – gitara, żeglarstwo. Pracuje w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Lekarzy.



Dziękujemy!

Okręgowa Rada Lekarska BIL serdecznie dziękuje wszystkim Kolegom, którzy, odpowiadając na prośbę ORL BIL, wsparli finansowo leczenie doktora Macieja Polaka. Od wielu lat doktor Polak – laryngolog, specjalista laryngologii dziecięcej, długoletni pracownik Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy – zmagają się z nowotworem twarzoczaszki. Jedynym ratunkiem było przeprowadzenie reoperacji, której podjął się prof. Mani Abraham Kuriakose z Amrita Institute of Medical Science and Research Center w Kochi, Keral w Indiach.

Na konto Bydgoskiej Izby Lekarskiej do 24 stycznia wpłynęło ponad 34 tys. złotych. Pieniądze na pokrycie kosztów leczenia naszego Kolegi spływają nadal. W lutym dotarło do nas już ponad 10 tys. zł. Bardzo dziękujemy wszystkim: zarówno Koleżankom i Kolegom z naszej Izby Lekarskiej, jak i samorządom z innych izb, odpowiadających na naszą prośbę!

Przewodnicząca ORL BIL
Radostawa Staszak-Kowalska

Zapraszamy

Pragniemy zaprosić wszystkich uczestniczących niegdyś w działaniach Duszpasterstwa Akademickiego przy kościele OO. Pallotyńów im. Matki Bożej Częstochowskiej na uroczyste obchody 50-lecia kapłaństwa ks. Eugeniusza Klimińskiego „Minora”.

Uroczystości rozpoczną się dnia 1 czerwca 2008 r. o godzinie 12.00 jubileuszową Mszą świętą w Kościele M.B. Częstochowskiej przy ul. Curie-Skłodowskiej 3B w Gdańsku – Wrzeszczu. Po Mszy świętej, o godzinie 14.00, planujemy okolicznościową sesję poświęconą wspomnieniom, ale i debacie nad dzisiejszą rolą i kondycją kościoła w społeczeństwie.

Chcielibyśmy, aby zarówno jubileusz ks. Eugeniusza, jak i ten niezwykły czas przełomu lat 70-tych i 80-tych, gdy Nasz Kościół był schronieniem dla wielu zagubionych, poszukujących i prześladowanych oraz stanowił oazę niezwykłej aktywności religijnej, kulturalnej i społecznej, pozostały upamiętnione. Dlatego postanowiliśmy ufundować wspólnie okolicznościowy dzwon-sygnaturkę, który ubogaciłby wieżę pallotyńskiego kościoła; dzwon, który był w planach i na który ten kościół od dawna czeka. Przypomnijmy, że przecież wielu z nas wznosiło nowy budynek kościoła własnymi rękami. Dokończmy zatem to dzieło.

Koszt dzwonu szacujemy na około 30.000 zł. Zapraszamy wszystkich chętnych do składania ofiar w formie przelewów na konto w Banku Millennium O/Gdańsk nr **26 1160 2202 0000 0000 5069 4864** (RZ.K.Kościół Paraf.P.W.M.B.Cz., ul. Skłodowskiej 3 B, 80-210 Gdańsk), koniecznie z dopiskiem „Dzwon”. Prosimy, aby minimalna wysokość wpłaty wynosiła 100 zł. Postarajmy się zebrać środki jak najszybciej, aby właśnie w dniu 1 czerwca z wieży kościelnej mógł rozleć się po raz pierwszy dźwięk naszego dzwonu.

W sprawach organizacyjnych prosimy kontaktować się z Piotrem Czaundera (Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży AMG. Tel./fax.: 058 302 64 27; e-mail: pczaud@amg.gda.pl).

Serdecznie zapraszamy wszystkich sympatyków i przyjaciół księdza Eugeniusza, jak i tych, którzy pragną wspominać tamte „gorące” czasy.

W imieniu przyjaciół „Minora” z Duszpasterstwa Akademickiego i Parafii MB Częstochowskiej

Henryk Lewicki

Oddział Chirurgii, 2 Szpital Powiatowy w Inowrocławiu

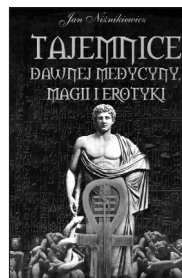
Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny informuje:

Krajowe Centrum ds. AIDS **uruchomiło nowy portal edukacyjny dla lekarzy oraz studentów medycyny zainteresowanych problematyką HIV/AIDS**. W serwisie www.hiv-aids.edu.pl znajdują się multimedialne materiały edukacyjne oraz test sprawdzający poziom wiedzy. Prawidłowe rozwiązanie testu daje możliwość uzyskania 10 punktów edukacyjnych oraz certyfikat. Udział w szkoleniu jest bezpłatny.

Nowości z księgarni

INTERNETOWA KSIĘGARNIA MEDYCZNA
IKAMED

ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk
TEL: (+48 58) 320 94 53,
FAKS: (+48 058) 320 94 60
e-mail: sprzedaz@vmgroup.pl
www.ikamed.pl

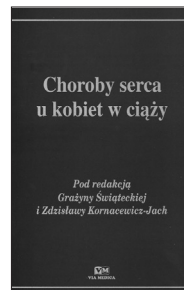


Tajemnice dawnej medycyny, magii i erotyki

Jan Niżnikiewicz
Cena Ikamed: 127,00 zł
ISBN: 9788360945681
wydawca: Bookmarket
rok wydania: 2007 Gdańsk
format: 235x305
332 stron
oprawa twarda

Jest to publikacja popularnonaukowa, przedstawiająca mało znane obszary dawnej medycyny, oraz jej powiązania z szamanizmem i magią, zarówno w kontekście mitologiczno-religijnym, jak i historyczno-kulturowym. Autor w ciekawy i ujmujący sposób opisuje praktyki i zwyczaje lecznicze oraz wierzenia ludności trzynastu różnych cywilizacji

„Tajemnice dawnej medycyny, magii i erotyki” Jana Niżnikiewicza mogą stanowić przepiękny i elegancki prezent – dla każdego, kto interesuje się związkami medycyny z magią... i miłością, a także dla tych wszystkich, którzy chcieliby zastanowić się przez chwilę nad historią ludzkich poczynań. Dodatkowo jest to piękny album z kolorowymi zdjęciami i rycinami, wszystko ukazane na kredowym papierze, zamknięte w twardej oprawie i szyte nićmi.



Choroby serca u kobiet

Wydanie II
Cena Ikamed: 57,80 zł
Grażyna Świętecka,
Zdzisława Kornacewicz-Jach
ISBN13: 9788375550061
wydawca: Via Medica
– Wydawnictwo Medyczne
rok wydania: 2007 Gdańsk
format: 150x236
592 stron
oprawa miękka

W ostatniej dekadzie ubiegłego wieku wzrosło zainteresowanie chorobami serca u kobiet. Przez długi czas wyniki badań dotyczących chorób serca i obserwacji, które przeprowadzono wśród mężczyzn, odnoszono w tej samej mierze do kobiet i nie analizowano ich w odniesieniu do płci. Większość prób klinicznych, stanowiących obecnie podstawę standardów leczenia chorób układu krążenia, obejmowała mężczyzn. Kobiety były z nich wyłączone dla „czystości” obserwacji lub stanowiły znaczącą mniejszość. Tymczasem okazało się, że istnieją odrębności dotyczące epidemiologii, rozpoznawania, patomechanizmu i przebiegu, a także rokowania w chorobach serca u kobiet. Również oddziaływanie organizmu kobiety na leki może być odmienne.

Szkolenia, konferencje

- 7–8 maja 2008 r. – konferencja naukowo-szkoleniowa „**Ochrona medycznych danych osobowych**”,
- 15–16 maja 2008 r. – V konferencja naukowo-szkoleniowa „**Rola pielęgniarki naczelnej i oddziałowej w profilaktyce zakażeń szpitalnych**”,
- 26–27 maja 2008 r. – **III ogólnopolskie sympozjum „Inwazyjne zakażenia grzybicze”**,
- 5–6 czerwca 2008 r. – konferencja naukowo-szkoleniowa – „**Ochrona dóbr osobistych pracowników ochrony zdrowia i zakładów opieki zdrowotnej**”,
Szczegółowe informacje na stronie:
<http://www.ipoz.pl>
<http://www.prawoimedycyna.pl>
<http://www.abacus.edu.pl>

● II Międzynarodowa Konferencja Naukowa Studentów i Młodych Lekarzy „Medycyna Rodzinna”

I Zakład Medycyny Rodzinnej UM w Łodzi oraz Studenckie Koło naukowe przy I Zakładzie Medycyny Rodzinnej UM w Łodzi organizują w dniach 9–10 maja 2008 II Międzynarodową Konferencję Naukową Studentów i Młodych Lekarzy „Medycyna Rodzinna”.

Konferencja ta jest unikalnym przedsięwzięciem w skali globalnej, co potwierdziło żywe zainteresowanie nią lekarzy i studentów z całego świata. W zeszłorocznej, I Konferencji udział wzięli uczestnicy z 4 kontynentów, w tegorocznej spodziewamy się jeszcze liczniejszego udziału uczestników z Polski i z zagranicy.

Celem Konferencji jest zainteresowanie młodych lekarzy medycyną rodzinną, a w szczególności badaniami naukowymi w tej dziedzinie medycyny. Dlatego oprócz wykładów plenarnych, integralną część konferencji stanowią będą sesje naukowe, na których uczestnicy prezentować będą swoje doniesienia, startując jednocześnie w konkursie na najlepsze prace naukowe. W załączeniu ramowy program Konferencji.

Do grona Komitetu Naukowego zaproszono przedstawicieli środowiska akademickiego, znanych naukowców i ekspertów z całego świata. Jedną z sesji zorganizuje Vasco da Gamma Movement, ruch młodych lekarzy rodzinnych afiliowany przy Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych WONCA. Patronami naszej Konferencji są prof. **Andrzej Lewiński**, Rektor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, dr **Konstanty Radziwiłł**, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, oraz prof. **Chris van Weel**, Prezydent

Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych WONCA (który obiecał uczestniczyć w Konferencji osobiście!), a także Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej.

Informacje – www.zmr.lodz.pl

Firma DEN-MEDica Jolanta Średnicka-Piotrowska zaprasza

- **26–27 kwietnia 2008 na Sympozjum Stomatologiczne: Jak razem podwyższyć jakość swojej pracy?** pod patronatem naukowym dr. n.med. Stanisława Chodakowskiego.
Decyzją Gdańskiej Izby Lekarskiej uczestnikom spotkania przyznanych zostanie 8 pkt. edukacyjnych.

- **25 kwietnia 2008 na WARSZTAT ENDODONTYCZNY** w godz.15.00–19.00 (2 godz. wykład, 2 godz. zajęcia praktyczne) – przyznane 4 pkt. edukacyjne.

Miejsce szkolenia: Centrum Hotelowo-konferencyjnym „ORLE”, ul. Lazurowa 8 Gdańsk-Sobieszewo.

Szczegółowe informacje, kontakt i zapisy: DEN-MEDica, al. Jana Pawła II 6D/1 80–462 Gdańsk-Zaspa, tel. 058 5121105, 058 5121107, 0601668941, 603 581836, e-mail: den-medica@den-medica.com.pl

- Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, I Katedra i Klinika Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii Akademii Medycznej im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie Stowarzyszenie „Zdrowie Kobiety” serdecznie zapraszają na **I Kongres Ginekologii Małoinwazyjnej w dniach 8–9 maja 2008 r.** – Collegium Maius AM im. Prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie.

Warsztaty (transmisja na żywo z dwóch sal operacyjnych):

- Zaawansowana laparoscopia
 - Leczenie krwawień czynnościowych
 - Leczenie nietrzymania moczu
 - Zaawansowana endoscopia
 - Uroginekologia
- Tematyka Kongresu:**
- Czy leczenie nowotworów narządów płciowych może być mniej inwazyjne
 - Uroginekologia
 - Chirurgia szyjki macicy
 - Nowe techniki małoinwazyjne
 - Bezpieczeństwo zabiegów ambulatoryjnych
 - Krwawienia z macicy – czy konieczna histerektomia
 - Endoscopia ginekologiczna
 - Postępy ginekologii małoinwazyjnej
 - Zabiegi małoinwazyjne w położnictwie

– Czy możliwe jest uniknięcie leczenia operacyjnego?

Warsztaty towarzyszące:

- Termoablacja endometrium
- Histeroskopia ambulatoryjna
- Instrumentacja endoskopowa (dla pielęgniarek bloków operacyjnych)

Szczegółowe informacje na temat Kongresu dostępne są na stronie internetowej: www.ginonkol.skolamed.pl

Biurow Organizacyjne Kongresu: Biuro Kongresów i Turystyki SKOLAMED P-AIZ Konsulting Sp. z o.o., 20-070 Lublin, ul. Boczna Lubomelskiej 4, tel. (081) 5344387, 5347148, fax. (081) 5347150, e-mail: kongres@paiz.com.pl, www.ginonkol.skolamed.pl

- Zapraszamy **29.03.2008 r. na zebranie Towarzystwa Chirurgów Polskich oddziału bydgosko-toruńskiego, poświęcone obchodom 15-lecia powołania Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej CM UMK w Bydgoszczy.**

Program zebrania:

- 10:00–10:15 Powitanie zebranych
- 10:15–10:30 Udział toksycznego działania reaktywnych form tlenu w patogenezie raka jelita grubego
- dr med. Zbigniew Banaszkiwicz
- 10:30 – 10:45 Ocena stanu odżywienia chorych z rakiem jelita grubego
- dr med. Krzysztof Tojek
- 10:45–11:00 Chirurgiczne leczenie chorych z wrzodzącym zapaleniem jelita grubego – lek. Paweł Jarmocik
- 11:00–11:15 Współczesne zadania zespołu terapeutycznego w opiece nad chorym ze stomią jelitową
- mgr Katarzyna Cierzniałowska
- 11:15–11:30 Dyskusja
- 11:30–12:15 Lunch
- 12:15–12:30 Ocena szyjnej blaszki miażdżycowej w skali szarości GSM
- dr med. Arkadiusz Migdański
- 12:30–12:45 Możliwości i ograniczenia zastosowania stentgraftów aortalno-biodrowych w leczeniu tętniaków aorty brzusznej – dr med. Tomasz Grzela
- 12:45–13:00 Hemodynamika żył biodrowych i jej wpływ na ujście odpiszczelowudowe – dr med. Paweł Brazis
- 13:00–13:15 Zastosowanie kompresji terapeutycznej w leczeniu owrzodzeń żylnych goleni – dr med. Maria T. Szewczyk
- 13:15–13:40 Rola wytycznych TASC II i wytycznych leczenia tętnic szyjnych w codziennej praktyce chirurgicznej
- prof. Arkadiusz Jawień
- 13:40–14:00 Dyskusja

Zapraszamy do Adrii

Na Czytelników „Primum non nocere” czekają 22 bilety do kina! Można je wykorzystać na dowolnie wybrany film. Prosimy o telefony 14 marca 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
ZAPRASZA

SCENA KABARETOWA



**IRENEUSZ
KROSNY**

PREMIERA SPEKTAKLU

„DON CHICHOT”

27 marca g. 18:00 i 20:00 BILETY 40 zł

W MARCU NA EKRANIE

14.03 - 20.03

LEJDIS



XXY

ZACZAROWANA

**AMERYKAŃSKI
GANGSTER**

ALVIN I WIEWIÓRKI

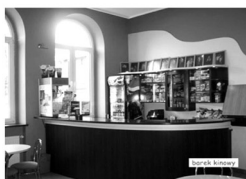
ROZMOWY NOCĄ

STEP UP 2

**TO NIE JEST KRAJ
DLA STARYCH LUDZI**

POKUTA

Kino ADRIA zaprasza do współpracy przy organizowaniu imprez dla firm i organizacji. Oferujemy kompleksową i profesjonalną obsługę.



KUPON

bilet za 10 zł

PRIMUM NON NOCERE

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Wesołe jest życie starszka...

Jeremi Przybora



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Czy życie starszka jest na pewno tak wesołe, jak nas zapewnia poeta, tego to nie wiem. Wiem natomiast, że być może słowo użyte wyżej dotyczy także i mnie. Dlatego też w tym miejscu zadaję sobie pytanie, co się kryje pod słowem „starszka”?

Słownik języka polskiego PWN każe nam widzieć w starszku starego mężczyznę, do którego odnosimy się z sympatią i życzliwością.

Miłe to jest, jak ktoś się tak do człowieka odnosi!

No, ale kiedy kogoś możemy już z całą powagą nazwać starszką? Niestety odpowiedź na tego rodzaju pytanie nie jest taka prosta – i jak się zorientowałem – nurtuje ono nie tylko mnie.

Krzysztof Zanussi w taki to oto sposób podchodzi do tego pytania! Pisze on – „Nie wiem, czy istnieje jakaś powszechna wykładnia, od kiedy liczy się wiek męski, starszką natomiast jest na pewno emeryt, czyli człowiek po sześćdziesiątce.”

No tak, jestem już w domu, skoro to pisze taki autorytet, to na pewno już jestem starszką! Co stwierdziwszy, zacząłem szukać pozytywów bycia w tak „wesołym” gronie.

Okazało się, że jeżeli komuś się przyśni, to osobie tej przyniosę zadowolenie i szczęście, tak przynajmniej twierdzi Sennik – „starszka w śnie zobaczysz, to...”, itd. Okazuje się także, że można być starszką atrakcyjnym i uwodzicielskim! Przekonał mnie o tym artykuł zamieszczony w jednym ze styczniowych numerów popularnego dziennika o zasięgu ogólnopolskim.

„Starszka uwodzi i okrada samotne kobiety” – tak pisała ta gazeta o pewnym osiemdziesięciolatku!

Dowiedziałem się wreszcie, że z wiekiem przybywa szlachetności! Nie ludziom niestety, ale niektórym samochodom, taki np. oldtimer pełną gębą – Mercedes-Benz 300 SL Gullwing z 1956 roku – kosztuje przeszło 374 tys. funtów!

Szkoda, że cena człowieka nie rośnie wraz z wiekiem, a nieskromnie przyznam, że wcale nie uważam się za coś gorszego od wzmiankowanego oldtimer’a!

Wreszcie śpieszę z wyjaśnieniem, skąd te moje rozważania na temat starszka. Tak się złożyło, że ostatniego dnia stycznia (proszę zwrócić uwagę, że nie użyłem słów miesiąca stycznia) rozpocząłem ósmy dziesiątek lat swego życia!

Mimo tak niezbitych dowodów wciąż nurtuje mnie pytanie „starszka już ze mnie, czy jeszcze nie”?

Odpowiedź nadal jest trudna, bowiem Andre Gide kiedyś powiedział, „kiedy przestanę się oburzać, znaczy to, że się starzeję”. A ja nie przestaję się oburzać na codzienną rzeczywistość, która atakuje nas w radio, TV i prasie!

To może jeszcze nie jestem starszką? Aczkolwiek nie wiem, czy nie warto jednak nim być, bo wszak nieodżałowany Jonasz Kofta, tak zalecał:

„Kochajcie starszych panów

Mądre dziewczyny

Będzie wam zapisany

Dobry uczynek”.

Tym wołaniem o dobry uczynek kończę!

Wasz „starszkowy”

A. Martynowski

Zapraszamy na „Barwy wspomnień” 10 IV godz.17.00

Bydgoska Izba Lekarska organizuje drugi w tym roku wieczór poetycko-muzyczny pt. „Barwy wspomnień” – dnia 10 kwietnia br. w siedzibie Izby, ul. Powstańców Warszawy 11 o godz. 17.00.

Ostatni wieczór, który odbył się w styczniu zgromadził liczną grupę fanów poezji i tych, którzy ją tworzą, ale i tych, którzy są wrażliwi na jej odbiór. Swoje wiersze zaprezentowali: Joanna Gładkowska, Jolanta Szejka, i nasz kolega dr Marian Lech Mazur. We własnym monodramie wystąpiła Alicja Mirkiewicz. Nie zabrakło recytacji ulubionych wierszy. Dr Szymonowa czyta-

ła z dużym wzruszeniem piękne wiersze swojego męża, napisane krótko przed Jego śmiercią.

Na kolejny wieczór, (który organizujemy również w czwartek) zaprosiliśmy prezesa Związku Literatów Polskich – Oddziału Bydgosko-Toruńskiego Pana dr. Dariusza Lebiędę.

Planujemy trochę wspomnień w poezji lekarskiej, ale i nie tylko. Będą również stare przeboje grane i śpiewane.

Prosimy o podawanie swoich propozycji na tel. Małgorzaty Świątkowskiej 0606978788, która poprowadzi również ten wieczór.

PRACA

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr. J. Bednarza w Świeciu zatrudni: **lekarzy psychiatrów z I i II stopniem specjalizacji**. Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów w sekretariacie Szpitala w Świeciu. Bliższych informacji udziela Dział Kadr tel. 052 3311031 w. 364. Warunki płacowe do uzgodnienia na miejscu z dyrektorem Szpitala.

ZOZ MSWiA w Bydgoszczy przy ul. Markwarta 4–6 zatrudni **lekarzy specjalistów w zakresie: neurologii, ortopedii, chirurgii, kardiologii, medycyny pracy oraz stomatologów** na dogodnych warunkach finansowych.

NZOZ nawiąże współpracę z **lekarzem stomatologiem i lekarzem ortodontą** wykonującym aparaty stałe. Tel. 0502029249.

Dyrektor SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy, ul. Ujejskiego 75 zatrudni w Oddziale Hematologii **lekarza specjalistę z chorób wewnętrznych** (z II lub I stopniem specjalizacji) lub lekarza będącego w trakcie specjalizacji. Chętnych prosimy o kontakt z ordynatorem oddziału: tel. 052 3655277, sekretariat: 0523655254 lub

przesłanie CV na adres szpitala, e-mail: kancelaria@biziel.pl

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Bydgoszczy, ul. Karłowicza 26 zatrudni **okulistę lub lekarza w trakcie specjalizacji** uprawnionego do leczenia w ramach NFZ. Dokumenty należy składać w siedzibie jednostki. Tel. 052 3400206, 3419400.

NZOZ Przychodnia „Nad Wisłą” zatrudni **lekarzy ze specjalizacją do pracy w poradni ogólnej i dziecięcej**. Tel. 052 3439243.

NZOZ „ELDENT” zatrudni **lekarza stomatologa**. Kontakt 601646532 po godz. 19.00 lub 601627955 o każdej porze.

Gminna Przychodnia w Nowem ul. Komierowskiego 39, 86-170 Nowe zatrudni **lekarza rodzinnego, ogólnego, lub internistę** do pracy w Podstawowej Opiece Zdrowotnej lub **lekarza bez specjalizacji** z 5-letnim stażem w POZ.

Zapewniamy mieszkanie oraz dobre warunki płacowe. Proszę o kontakt, tel. 052 3327153 lub tel. kom. 604443828.

SPRZEDAM

Fotel ginekologiczny, mikroskop oraz inny sprzęt – tanio sprzedam. Tel. 609120653.

STRONY WWW 50% TANIEJ!

WhiteRed Partner w ramach umowy z Bydgoską Izbą Lekarską gwarantuje dla Lekarzy i Pracowników Izby wykonanie stron www za połowę ceny (cennik znajduje się na www.whiteredpartner.pl)

PROFESJONALNIE I SZYBKO!

WhiteRed Partner

ul. Hallera 9/lok. 215 • 86-100 Świecie • tel./fax (052) 5626231/32
biuro@whiteredpartner.pl • www.whiteredpartner.pl

Za pomoc i szczególnie troskliwą opiekę nad moim ciężko chorym mężem Antonim Beckerem

*składam serdeczne podziękowania:
panu dr. n. med. Jackowi Furtakowi,
pani dr n. med. Ewie Ziółkowskiej,
pani dr n. med. Małgorzacie Zarzyckiej,
panu dr. Janowi Kopciowi,
panu mgr. Zbigniewowi Rytlewskiemu*

Zaproszenia dla Czytelników do Teatru!

- **16.03 Sprawa Dantona**, godz. 20.30, 2 × 2 zaproszenia
- **17.03 Sprawa Dantona**, godz. 19.00, 2 × 2 zaproszenia
- **29.03 Pchła Szachrajka**, godz. 15.00, 2 × 2 zaproszenia

Prosimy dzwonić 14 marca od godz. 9–10. Tel. 052 3460084, Ewa Langner.

Repertuar marzec 2008



- **16** niedziela Stanisława Przybyszewska/Paweł Łysak/Łukasz Chotkowski, **Sprawa Dantona** Duża Scena TPB, 17.00 i 20.30
- **17** poniedziałek Stanisława Przybyszewska/Paweł Łysak/Łukasz Chotkowski, **Sprawa Dantona** Duża Scena TPB, PREMIERA STUDENCKA, 19.00
- **18** wtorek Buchsteiner **Nordost**, Mała Scena TPB, 19.00
- **19** środa Buchsteiner **Nordost**, Mała Scena TPB, 19.00
- **25** wtorek Frank Wedekind **Przebudzenie wiosny**, Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 20.00
- **26** środa Frank Wedekind **Przebudzenie wiosny**, Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 17.00, 20.00
- **27** czwartek MIĘDZYNAORODOWY DZIEŃ TEATRU Jan Brzechwa **Pchła Szachrajka**, Mała Scena TPB, 10.00, 12.30
- **28** piątek Jan Brzechwa **Pchła Szachrajka**, Mała Scena TPB, 10.00, 12.30
- **29** sobota Jan Brzechwa **Pchła Szachrajka**, Mała Scena TPB, 15.00, 17.30
- **30** niedziela Robert Thomas **Osiem kobiet**, Duża Scena TPB, 19.00
- **31** poniedziałek Robert Thomas **Osiem kobiet** Duża Scena TPB, 19.00

Repertuar może ulec zmianie