

**Z BIL**

Dom Lekarza Seniora – sprawa dla wszystkich.....2

**DZIEJE SIĘ**

Spotkanie z konsultantami .....3

Kontrowersje wokół stażu podyplomowego .....3

**PROFILAKTYKA**

Dlaczego Polacy nie lubią profilaktyki?...4

**INFORMUJEMY**

Bydgoski program na zdrowie.....5

NFZ informuje: skierowanie do szpitala .....5

**MUKOWISCYDOZA**.....6

**W SPRAWIE DOMU LEKARZA SENIORA**.....7

**KONFERENCJE...**

Polskiego Towarzystwa Radiologicznego .....8

Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego .....8

**POROZMAWIAJMY I...**

O receptach.....9

Wybory na UMK.....9

**KONTROWERSJE?**.....10

**15 LAT KATEDRY I KLINIKI CHIRURGII OGÓLNEJ** .....11–18

**NOWOŚCI Z KSIĘGARNI** .....20

**SPOTKANIA**.....21

**DLA WSZYSTKICH**

Nordic Walking .....22

**FELIETON** .....23

**W PIGUŁCE** .....24

Na okładce: Heelkunde – na szkle malowana grafika holenderska (przekazana przez prof. Suy'a z Uniwersytetu w Leuven w Belgii – prof. Arkadiuszowi Jawieniowi), przedstawiająca chirurgów przy pracy. Nazwa Heelkunde to po niderlandzku – oddział chirurgii.



*Szanowne  
Koleżanki i Koledzy*

*Kiedy otrzymacie Państwo ten numer Biuletynu będziemy po XXV Okręgowym Zjeździe Bydgoskiej Izby Lekarskiej, tak więc problemy na nim poruszane zostaną przedstawione i omówione w kolejnym numerze naszego pisma.*

*Czytając listy i artykuły, które napływają do nas po opublikowaniu rozliczeń Fundacji Domu Lekarza Seniora, bardzo się cieszę, iż wreszcie zauważyliście Państwo ogrom problemów z tym działaniem związanych. Tym bardziej doceniam pracę i zaangażowanie naszych kolegów pracujących w tej Fundacji, a szczególnie Pani Doktor Małgorzaty Świątkowskiej.*

*Uważam, że dyskusja na temat dalszych losów budowy tego Domu powinna być jak najszersza i powinni wypowiedzieć się na ten temat wszyscy lekarze, członkowie naszego samorządu. Apeluję o przekazywanie 1% podatku na rzecz naszej Fundacji, przypominam, że w tym roku istnieje również możliwość takiego odpisu w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.*

Radosława Staszak-Kowalska  
Przewodnicząca BIL

Ad vocem

## Dom Lekarza Seniora – sprawa dla wszystkich

Z ogromnym zaskoczeniem przeczytałam tekst i opinię Pani Doktor Haliny Petrykowskiej odnośnie Domu Lekarza Seniora.

Pani Doktor, nikt nie nosi się z zamiarem sprzedaży jakiegokolwiek nieruchomości, tym bardziej domu w Inowrocławiu. Proszę przeczytać dokładnie to, co jest napisane w uchwale z dnia 22.11.2007 r. Rady Fundacji. Jedynym celem przyświecającym decyzji Rady było odpowiednie przeznaczenie ewentualnych funduszy pozostałych po ewentualnej likwidacji Fundacji.

Okręgowa Rada Lekarska BIL nie będzie dalej utrzymywać Fundacji Domu Lekarza Seniora. Jak zapewne Pani Doktor się zorientowała analizując finanse Fundacji, znacząco większa część funduszy to są pieniądze przekazane przez Bydgoską Izbę Lekarską i te pieniądze pochodzą ze składek wszystkich członków samorządu, nie tylko seniorów, ale również bardzo młodych lekarzy i słusznym wydaje się fakt przekazania pieniędzy wszystkich lekarzy na cele społeczne wszystkich potrzebujących lekarzy, nie tylko wybranej grupy.

Powołanie Fundacji Domu Lekarza Seniora miało służyć nie tylko zbieraniu pieniędzy na jego wybudowanie, ale również na jego utrzymanie - jak wielkie są to kwoty pieniędzy nie muszą chyba nikomu wyjaśniać, prawda? Bardzo się cieszę, że wreszcie zostało to przez Szanownych Ko-

legów zauważone. Nie ma możliwości uzyskania tej kwoty z funduszy BIL. Idea budowania tego domu winna być celem nas wszystkich i wszyscy winni się choć niewielką częścią ku temu przysłużyć. W tym roku 10 zł od każdego zaproszenia na Medyczną Noc w Operze będzie przekazane na cele Fundacji.

A rozbudowa naszej siedziby, która służy wszystkim lekarzom jest postanowiona decyzją Okręgowej Rady Lekarskiej na wniosek Komisji Historycznej oraz Komisji Emerytów i Rencistów i na pewno będzie kontynuowana.

Bardzo się cieszę, że nareszcie problemy budowy Domu Lekarza Seniora i dalsze losy Fundacji zostały przez Szanownych Kolegów zauważone. Proszę jednak o rzetelną i prawdziwą ocenę istniejących faktów, a nie pisanie nieprawdy.

Zgadzam się częściowo z wypowiedziami Pana Profesora Stanisława Betlejewskiego i Doktora Ryszarda Długołęckiego, ale proszę o wskazówki i sposoby zdobycia pieniędzy dla Fundacji, która została do tego celu powołana, a nie dla Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Zachęcam wszystkich, szczególnie młodych lekarzy, do zabrania głosu w tej tak bardzo ważnej dla naszego środowiska sprawie.

*Radosława Staszak-Kowalska*

**Poniżej przedstawiamy sprostowanie podjęte przez Okręgową Radę Lekarską w dniu 13.03.2008 do Stanowiska nr 1/V/08 ORL Bydgoskiej Izby Lekarskiej z dnia 14.02.2008 (zamieszczone w numerze 3/08 „Primum non nocere”)**

**Zmiana treści Stanowiska nr 1/V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej z dnia 14.02.2008r. opublikowanego w Biuletynie Primum non Nocere nr 3/08**

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

Koledzy lekarze pracujący na Oddziale Ginekologii złożyli wypowiedzenia umowy o pracę. W maju tego roku może dojść do sytuacji braku kontynuacji opieki nad kobietami pacjentkami Oddziału Ginekologii, znajdującymi dotychczas opiekę 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

Wiceprzewodniczący ORL BIL

dr n.med. Witold Hryncewicz

## Przypominamy! Składki!

Bydgoska Izba Lekarska przypomina wszystkim lekarzom o obowiązku terminowego płacenia składki członkowskiej na jej rzecz. Istnieje możliwość złożenia stałego zlecenia w banku.

Niezapłacenie należności w terminie powoduje naliczanie odsetek ustawowych. Po okresie trzech miesięcy od otrzymania upomnienia wszczęte zostanie postępowanie egzekucyjne.

Przebywanie na urlopie wychowawczym skutkuje zawieszeniem opłacania składki tylko w przypadku, kiedy lekarz nie ma innych przychodów. Prosimy o powiadomienie Izby o takim urlopie pisemnie.

Emeryci, którzy wykonują zawód lekarza i nie ukończyli 60 lat – w przypadku kobiety, albo 65 lat – w przypadku mężczyzny, płacą składkę w pełnej wysokości.

Emeryci i renciści, którzy nie wykonują zawodu lekarza, proszeni są o powiadomienie o tym fakcie Izby na piśmie, ponieważ są zwolnieni z obowiązku uiszczania składki członkowskiej.

Adres:

**Bydgoska Izba Lekarska,  
ul. Powstańców Warszawy 11,  
85-681 Bydgoszcz**

**i aktualne konto:**

**PKO BP II/O Bydgoszcz  
95 1020 1475 0000 8302 0019 1197**

W rubryce „tytułem” prosimy wpisać „składki” oraz miesiące, za które następuje wpłata.

Obowiązujące przepisy dotyczące wysokości składki członkowskiej to uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej nr 21/06/V z dnia 22 czerwca 2006r., która weszła w życie z dniem 1 lipca 2006r. (do wglądu na naszej stronie internetowej).

*Skarbnik BIL  
lek. dent. Andrzej Kuliński*

# Spotkanie z konsultantami

**„Jestem zawsze do Państwa dyspozycji” – deklarował na spotkaniu z konsultantami wojewódzkimi nowy wojewoda kujawsko-pomorski Rafał Bruski. Zgromadzeni natychmiast „skorzystal” z zapewnień przedstawiciela rządu w regionie. Na zebraniu, zorganizowanym przez władze Bydgoskiej Izby Lekarskiej, zadano mu szereg pytań dotyczących problematyki ochrony zdrowia. Wojewoda obiecał przekazać je dalej...**

„Dlaczego w kujawsko-pomorskim mamy w szpitalu 11 zł za punkt? – pytał prof. Arkadiusz Jawień, konsultant wojewódzki z dziedziny chirurgii naczyniowej – Nam odpowiedziano, że dlatego, bo nie mamy wystarczającej siły ekonomicznej.”

„Nowy rząd chce się temu przyjrzeć – mówił wojewoda Bruski – U nas zwiększono ilość usług, nie podnosząc ceny punktu, ale wzrosła dostępność. Od 1 maja wartość pkt ma wzrosnąć o złotówkę. Gdzie indziej podnoszono cenę za pkt – wynosi nawet 12–13 zł, ale wygląda tak, jakby pod koniec roku miało tam nie być pacjentów.”

Kolejny problem, to wysoko specjalistyczne procedury – dotychczas finansowane przez Ministerstwo Zdrowia, teraz opłacane przez NFZ. Efekt jest taki, że wykonując np. 5 zabiegów wszczepienia stentgraftów Klinika prof. Jawienia od razu realizuje 50 proc. swojego miesięcznego kontraktu. „Składki nie są w stanie w stanie udźwignąć wysoko specjalistycznych procedur. Będzie mniej pieniędzy na leczenie – bulwersował się prof. Aleksander Araszkiewicz, konsultant wojewódzki ds. psychiatrii i odpowiadał wojewodzie, który uważał, że to nie jest problem jego urzędu: „To sprawa Państwa, jego odpowiedzialności za opiekę zdrowotną.”

Wprowadzeniem nowych zasad rozliczania szpitalnictwa – wg tzw. jednorodnych grup pacjentów (podobno mają obowiązywać od lipca) straszyl prof. Mariusz Wysocki, konsultant ds. onkologii i hematologii dziecięcej w województwie. „Ten sposób rozliczenia jest niedobry dla dużych, specjalistycznych jednostek. Uśrednia ceny – punkt będzie miał tę samą wartość w zapaleniu spojówek i tę samą w nowotworze oka. Sprawdzaliśmy ten system przez miesiąc i okazuje się, że możemy stracić nawet 25–30 proc. To będzie kolejne załamanie dla służby zdrowia. Już teraz nie pracujemy, tylko walczymy o przetrwanie!”

Lekarze zwracali też uwagę na to, że zła sytuacja szpitali spowodowana jest niewystarczającym finansowaniem. Brak pieniędzy nie pozwala np. na odnowienie majątku szpitala, na informatyzację jednostki – mówili.

„Komu więc zabrać, żeby dać na ochronę zdrowia?” – ripostował Bruski.

„To pan musi na to pytanie odpowiedzieć. Pan jest reprezentantem rządu, reprezentantem kogoś odpowiedzialnego za kreowanie polityki zdrowotnej – odpowiadał prof. Jacek Kubica, konsultant ds. kardiologii. A prof. Maciej Świątkowski konsultant ds. gastroenterologii proponował, by powrócić do instytucji lekarza wojewódzkiego – kiedyś koordynatora polityki zdrowotnej w regionie. Narzekano także na biurokratyczne wymagania Funduszu: „Dzięki NFZ możemy właściwie pracować bez pacjentów” – denerwował się prof. Wysocki.

Na spotkaniu konsultantom wręczono także egzemplarze „Terminologii Procedur Medycznych CPT-PL”. Książka zawiera kody i definicje procedur medycznych, a powstała w wyniku współpracy Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy (American Medical Association) i Naczelnej Izby Lekarskiej. Jest tłumaczeniem oryginalnej amerykańskiej wersji kodów „Aktualnej Terminologii Procedur” na 2005 rok. „Naczelna Izba Lekarska zaleca korzystanie z kodów CPT-PL w sprawozdaniu wykonywanych procedur medycznych, ponieważ CPT-PL pozwala na dokładne opisanie i zgłoszenie czynności wykonywanych przez lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia – czytamy we wstępie do książki – NIL przeprowadziła testy używania kodów CPT-PL w Polsce, które potwierdziły przydatność tego systemu w polskich placówkach opieki zdrowotnej”

*Agnieszka Banach*

# Plany na zmiany

Ministerstwo Zdrowia planuje zmiany w kształceniu podyplomowym lekarzy. Ma zniknąć obowiązkowy roczny staż podyplomowy, a Lekarski Egzamin Państwowy lekarze zdadzą od razu po studiach, wtedy też otrzymają pełne prawo wykonywania zawodu (na razie, na czas trwania stażu mają tylko ograniczone prawa, pełne uzyskują po zaliczeniu LEP-u) i od razu będą mogli przystąpić do programu specjalizacyjnego. MZ liczy, że w ten sposób co roku zaoszczędzi 130 mln zł, a 3 tys. lekarzy i lekarzy dentyistów szybciej podejmie pracę. Oszczędności miałyby zasilić budżety uczelni medycznych, tak by te rozbudowały praktyczną część nauczania adeptów medycyny (dotychczas tę funkcję pełnił staż) oraz sfinansować większą liczbę rezydentur – MZ zakłada, że wszyscy będą mogli specjalizować się w jej ramach.

„Przedstawiona propozycja Ministerstwa Zdrowia przypomina dowcip z czasów powojennych. Dedykuję go aktualnemu ministrowi zdrowia – pisze jeden z internautów na forum Esculapa – Na posiedzeniu Rządu ktoś z ptasim mózdzkiem powiedział: Wskutek wojny i braku uczelni, kształcących nowych fachowców cierpimy na duży niedobór lekarzy. W związku z tym proponuję, aby skrócić studia medyczne z 5 do 3 lat. Replika ówczesnego ministra zdrowia – pediatry brzmiała: Zgadzam się całkowicie z przedmówcą, ale wojna wyniszczyła nam nie tylko lekarzy, również innych ludzi. Biorąc powyższe pod uwagę proponuję, by skrócić także czas trwania ciąży z 9 do 3 miesięcy.”

Dziś zapowiadane przez Ministerstwo Zdrowia zmiany oceniają lekarze z Komisji Młodych Lekarzy BIL.

(a.b.)

Czekamy na Państwa opinie na ten temat: [agnieszka.banach@hipokrates.org](mailto:agnieszka.banach@hipokrates.org)



## Kontrowersje wokół stażu podyplomowego

Projekt ustawy o zniesieniu konieczności odbywania stażu podyplomowego lekarzy wzbudził żywe emocje, zarówno wśród lekarzy stażystów, jak i starszej kadry lekarskiej. Z jednej strony zniesienie stażu podyplomowego umożliwiłoby szybsze zdanie Lekarskiego Egzaminu Państwowego (przypuszczalnie odbywałby się on tuż po ukończeniu studiów medycznych), zdobycie prawa wykonywania zawodu i podjęcie pracy zawodowej oraz rozpoczęcie specjalizacji. Z drugiej zaś strony roczny staż podyplomowy zaznajamia młodych lekarzy z prawdziwą pracą medyczną, ukazując dobre i złe strony danej specjalizacji, co nie zawsze można zauważyć podczas studiów czy praktyk wakacyjnych. Jest to okres, który pozwala na spokojne zastanowienie się, która z dziedzin medycyny najbardziej nam odpowiada, w której czujemy się pewnie i moglibyśmy się realizować, a nie po roku czy dwóch zmieniać specjalizację, niepotrzebnie blokując kolegom miejsca szkoleniowe. W końcu jest to czas, w którym można dowoli zdobywać i kształtować umiejętności praktyczne i – co ważne – pod okiem starszych, bardziej doświadczonych kolegów, którzy biorą pełną prawną i etyczną odpowiedzialność. Jest to bardzo ważne, bo z chwilą otrzymania pełnego prawa wykonywania zawodu i podjęcia samodzielnej pracy stajemy się odpowiedzialni za to, co najważniejsze – za zdrowie i życie drugiego człowieka.

Poddamy to pod rozważenie...

*Katarzyna Barcik  
Paweł Rajewski*



# Dlaczego Polacy nie lubią profilaktyki?

Agnieszka Banach

**Mogą uratować życie, są bezpłatne, nie musisz mieć skierowania, by z nich korzystać, a mimo to wciąż za mało osób się nimi interesuje. O czym mowa? – o badaniach profilaktycznych. W 2007 roku Oddział NFZ w Bydgoszczy realizował je w 8 programach. Na sprawdzenie zdrowia mieszkańców regionu planowano wydać ponad 11 mln zł. Tymczasem, choć mogłoby się wydawać, że ochrona zdrowia jest w stanie pochłonąć każdą złotówkę – 2 mln zostały nienaruszone. Powód? „Zgłaszalność na badania nie była najlepsza. Zbadaliśmy wprawdzie 122 tys. osób, ale ten wynik nas nie satysfakcjonuje. – mówi Andrzej Purzycki, dyrektor ds. medycznych lokalnego Funduszu i dodaje – W przypadku dwóch programów, wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy, wysłaliśmy zaproszenia zachęcające do udziału w badaniach aż do pół miliona kobiet! W pierwszym przypadku zgłosiło się tylko 15 proc., w drugim zaledwie 7 proc. pań. To zdecydowanie za mało, chociaż w skali kraju i tak wypadamy nienajgorzej.”**

## ■ Statystyki przerażają

W Polsce na raka szyjki macicy zapada 10 kobiet dziennie, to ok. 4 tys. rocznie. Półowa z nich umiera, tylko dlatego, że zbyt późno zgłosiły się do lekarza. Medycy alarmują: „Gdyby każdej kobiecie choć raz w życiu wykonano badanie cytologiczne – ryzyko śmierci z powodu nowotworu szyjki macicy obniżyłoby się o 40 proc.” Największe żniwo zbiera rak piersi – zachoruje na niego co 12. Polka, a 13 proc. z jego powodu umrze. Te statystyki przerażają.

Nie powinny jednak straszyć - zaproszenia. Te, wysyłane w tym roku do kobiet, mogły. Sami urzędnicy z NFZ przyznają, że wyglądały jak wezwanie do urzędu skarbowego – pisane czarnym drukiem, bardzo urzędowe, prezentując tragiczne statystyki budziły głównie strach. W tym roku będą inne, bardziej przyjazne – obiecuje Fundusz. Jest więc nadzieja, że kobiety dadzą się przekonać, że rak wcześniej wykryty jest wyleczalny w 100 proc. i że lepiej się badać w pełni zdrowia, bo jak pokazują statystyki – badania profilaktyczne o ok. 30 proc. obniżają śmiertelność z powodu raka piersi i szyjki macicy.

Pozostaliśmy jeszcze przy wymienionych już onkologicznych programach NFZ dla kobiet.

Pomimo słabej odpowiedzi na zaproszenia w kujawsko-pomorskim udało się przebadać prawie 42 tys. pań w kierunku raka piersi. Zdiagnozowano 200 przypadków chorób nowotworowych. W programie wczesnego wykrywania raka szyjki macicy zbadano prawie 35 tys. kobiet – wykryto 37 nowotworów. Niepokój budzi fakt, że w grupie kobiet, które na badania dały się namówić są takie, u których stwierdzono podejrzaną zmianę, skierowano na dalszą diagnostykę i... stracono z nimi kontakt.

„1013 kobiet z nieprawidłowym wynikiem badania cytologicznego zaprosiliśmy na pogłębioną diagnostykę i ponad 1/4 nich nie zgłosiła się na dalsze badania! Dzwoniliśmy, pytaliśmy dlaczego nie chcą kontynuować badań, odpowiadały, że nie są zainteresowane. – dziwi się doktor Piotr Siwek z Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia Centrum Onkologii – Po badaniu mammograficznym 5 tys. kobiet wymagało poszerzonej diagnostyki i aż 2 tys. nie zgłosiło się na dalsze badania.”

## ■ Prosić, przekonywać, karać?

Lekarzom opadają ręce. Co zrobić z osobami, które zwyczajnie nie chcą dbać o swoje zdrowie, a „dobre słowo” nie pomaga? „W Skandynawii, jeżeli bezrobotny nie zgłasza się na badania, nie otrzymuje świadczeń socjalnych. W USA np., kiedy kobieta otrzyma zaproszenie na badania profilaktyczne w kierunku raka szyjki macicy i dwa razy je zlekceważy, to w przypadku zachorowania, za leczenie płaci z własnej kieszeni.” – mówi doktor Tomasz Mierzwa, kierownik Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia w Centrum Onkologii.

„Takich karzących mechanizmów administracyjnych w Polsce brakuje – uważa doktor Grzegorz Pulkowski, konsultant wojewódzki z dziedziny chorób wewnętrznych. – To zatrważające, że u nas na badania profilaktyczne zgłasza się tylko kilka procent zaproszonych i jeszcze część z nich nie korzysta z badań pogłębionych. Jeżeli ktoś nie chce się leczyć, powinien płacić wyższe koszty ubezpieczenia lub za leczenie płacić.”

Na razie jednak, nikt nas do tego, byśmy o swoje zdrowie dbali, zmusić nie może. Może tylko edukować, przekonywać do zmiany stylu życia. Czasami nawet niewielka korekta rutynowych czynności może okazać się wartościowa, np. sama rezygnacja z pilota telewizyjnego, jak mówi doktor Pulkowski, powoduje spadek wagi ciała o 5 kg w ciągu 8 lat.

NFZ w Bydgoszczy od trzech lat stara się „przyciągnąć” Polaków w pełni zdrowia na ba-

dania profilaktyczne. Drukuje ulotki zachęcające do badań (w Bydgoszczy rozdają je nawet policjanci), ma nawet swój czas w regionalnej TV, a za namową ubezpieczalni księża z ambon przekonują do sprawdzenia stanu swojego zdrowia. Od tego roku dostęp do badań profilaktycznych jest także prostszy, bo część programów realizują lekarze poz i specjaliści na umowach z NFZ.

Z ubezpieczalnią współpracują też lekarze, otwierając swoje gabinety nie tylko w dni powszednie. Ostatnio za namową NFZ medycy w kujawsko – pomorskim udostępnili je dla pań – w Dzień Kobiet. Na mammografię i cytologię zgłosiło się 1000 osób! Lekarze i urzędnicy z NFZ podkreślają, że widać zmianę na lepsze, bo z roku na rok coraz więcej osób myśli o tym, że należy się badać, ale do ideału jeszcze daleko.

## ■ Jak dojść do ideału

Jak do niego dojść i co zrobić, by ludzie chcieli się badać, zastanawiano się w przeddzień 8 marca na otwartej dla wszystkich debacie poświęconej profilaktyce. Zwracano uwagę na niską świadomość społeczną dotyczącą wielu chorób, nie tylko onkologicznych – „Jak mamy dotrzeć ze swoim programem do osób zagrożonych Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc, skoro tylko 6 proc. Polaków wie, co to jest POChP? Jak im pomóc, jeśli zaledwie 34 proc. osób łączących schorzenie z paleniem? – mówiła doktor Małgorzata Czajkowska-Malinowska, w kujawsko-pomorskim koordynator programu POChP, skierowanego dla palących i tych, którzy z natęgiem już się rozstali, podkreślając ogromną rolę edukacji społecznej – Wszystkie media alarmują, że co roku rekiny zabijają 15 osób, ale o tym, że 3 mln umiera z powodu POChP, nie pisze nikt.”

Podkreślano też ogromną rolę dobrze przeszkolonego onkologicznie lekarza pierwszego kontaktu – to on często jest pierwszą osobą, która może dostrzec nieprawidłowości u chorego, on także może swojemu pacjentowi zwyczajnie „nakazać” zrobienie badań profilaktycznych.

Niektórzy odpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa, a szczególnie jego męskiej części próbowali zrzucić na barki kobiet. „Dbajcie o zdrowie swoich mężów i swoje” – przekonywał Rafał Bruski wojewoda kujawsko-pomorski, zdradzając, że u niego w domu to żona decyduje, kiedy jest chory, kiedy musi skorzystać z pomocy lekarza, kiedy zrobić badania. Podobną opinię wygłosił doktor Grzegorz Pulkowski, mówiąc, że to „od kobiety za-

leży wprowadzenie prawidłowych nawyków żywieniowych, namówienie członków rodziny do aktywności fizycznej, wdrażanie prozdrowotnych zachowań – wiadomo, że chłop tym się nie zajmie” – mówił. „A ja oczekuję, że panowie zajmą się nami – ripostowała jedna z obecnych kobiet – Tym bardziej, że to oni częściej decydują o kształcie polityki zdrowotnej.”

### ■ *Mówią pacjenci*

O tym, dlaczego nie chcą się badać, mówili też sami pacjenci. Opowiadali, że czasami po prostu nie wiedzą, że badania profilaktyczne są bezpłatne, nie są świadomi, że są potrzebne, zdarza się też, że zwyczajnie

– boją się złego wyniku. Tu znowu lekarstwem jest większa wiedza Polaków na tematy zdrowotne, kompetentny lekarz oraz dobra informacja ze strony jednostek wykonujących badania i dobra organizacja. No właśnie: dobra organizacja – jedna z pań, zaproszona przez NFZ na mammografię aż 5 razy próbowała dostać się na badanie realizowane przez jednostkę biorącą udział w programie. Najpierw badanie odwołano, bo nie było osoby je wykonującej, potem nie było odpowiednich płytek, potem płytki były, ale zabrakło czegoś innego i tak dalej, a potem... kobieta z badania zrezygnowała.

Jeszcze trudniej jest, gdy z programu profilaktycznego człowiek „wypada”... „Czasa-

mi leczenie to droga cierniowa. Dajcie nam szansę kontrolowania swojego zdrowia, a będziemy to robić.” – skarżyła się inna z kobiet, która kiedyś wzięła udział w programie profilaktycznym. Wtedy w jej piersi wykryto zmianę, usunięto, ale znalazła się w grupie ryzyka i co pół roku zalecono jej kontrolę w Centrum Onkologii. „I tu zaczęły się schody – mówiła o swoich problemach z rejestracją i dostaniem się w wyznaczonym przez lekarza terminie na badanie – Jest wiele zniechęconych kobiet, które natrafiając na takie przeszkody, rezygnują z dalszych prób dostania się na kontrolne badanie. Być może niektóre z nich są dziś członkami Amazonek...”

## Bydgoski program na zdrowie w 2008

**Ponad pół miliona złotych przeznaczy w tym roku miasto na działania z zakresu promocji i ochrony zdrowia swoich mieszkańców.**

Bydgoszcz – miasto, gdzie odnotowuje się najwyższy w województwie współczynnik umieralności z powodu nowotworów płuc – przekaże 82 tys. zł na realizację programów antynikotynowych. W planach jest edukacja najmłodszych, badania spirometryczne dla rzucających palenie, program pomocy uzależnionym od nikotyny w wychodzeniu z narkotyku.

Prawie 60 tys. zł samorząd zamierza wydać na badania przesiewowe skóry, badania dermatoskopowe oraz badania przesiewowe wykrywające niedostuch u coraz gorzej słyszących 16-latków.

W ramach opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem - noworodki zostaną objęte badaniami przesiewowymi układu moczowego, a szkoła rodzenia otoczy opieką kobiety od 25 tygodnia ciąży (dotacja – łącznie 80 tys. złotych).

Najwięcej, bo ok. 160 tys. zł Bydgoszcz przeznaczy na zwiększenie aktywności fizycznej swoich mieszkańców. Pieniądze „popłyną” na zajęcia na basenach dla dzieci z wadami postawy i otyłością, gimnastykę

dla sześciolatków, uczniów ośrodka szkolno-wychowawczego oraz osób starszych.

Miasto zamierza również „wptywać” na poprawę sposobu żywienia swoich mieszkańców organizując m.in. tematyczne warsztaty dla młodzieży (30 tys. zł). Znajdą się też środki na: edukację prozdrowotną (m.in. w kierunku zapobiegania nowotworom piersi, jąder, chorobom zakaźnym), program wczesnego wykrywania jaskry oraz profilaktykę próchnicy u dzieci i młodzieży (w sumie 123 tys. zł).

„Realizatorzy programów zostaną wyłonieni na drodze otwartego konkursu ofert najpóźniej w czerwcu.” – zapewnia Elżbieta Kawicka z Urzędu Miasta. (a. b.)

## NFZ informuje: skierowanie do szpitala

W dniu 17 marca br. w siedzibie K-P OW NFZ w Bydgoszczy odbyło się spotkanie dot. nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w Bydgoszczy – świadczenia realizowanego przez NZOZ Fundację „Zdrowie dla Ciebie”.

Celem spotkania było omówienie współpracy w/wym. świadczeniodawcy z Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy oraz Kliniką Medycyny Ratunkowej Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy.

W rzeczowej dyskusji omówiono wiele istotnych kwestii dot. uporządkowania zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w nocy i w dni świąteczne.

Uczestniczące w spotkaniu strony zadeklarowały bieżące eliminowanie nieprawidłowości, wolę konstruktywnej współpracy oraz zgłosiły potrzebę kolejnych roboczych spotkań.

Wspólnie uzgodniono, że istnieje bezwzględna potrzeba stałego edukowania pa-

cjentów na temat zasad korzystania z nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.

Ponadto, mając na względzie sprawną obsługę pacjentów zgłaszających się do szpitala ze skierowaniem lekarskim, uzgodniono, że K-P Oddział Wojewódzki NFZ przygotowuje informację dla świadczeniodawców dot. wpisywania przez lekarza kierującego wyłącznie takich danych na skierowaniu, które umożliwiają lekarzowi przyjmującemu pacjenta w szpitalu, podjęcie suwerennej decyzji dot. zlecenia diagnostyki i szybkiego przekazania pacjenta na oddział szpitalny – w oparciu o bieżącą ocenę stanu zdrowia pacjenta dokonaną przez lekarza KMR, SOR lub Izby Przyjęć, a nie wskazanie lekarza kierującego.

W dniu 19 marca 2008 r. informacja ukazała się na stronie: [www.nfz-bydgoszcz.pl](http://www.nfz-bydgoszcz.pl) Jej treść publikujemy poniżej:

**Odpowiadając na sugestie personelu medycznego Szpitalnych Izb Przyjęć i Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych**

**– w celu usprawnienia kwalifikacji medycznej zgłaszających się tam pacjentów i skrócenia do niezbędnego minimum czasu ich oczekiwania na konsultację specjalistyczną z oddziału wskazanego na skierowaniu – Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Bydgoszczy zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich lekarzy wypisujących skierowania do szpitala, aby decyzję dot. oddziału, na którym pacjent będzie docelowo hospitalizowany pozostawić lekarzowi Kliniki Medycyny Ratunkowej, SOR lub Izby Przyjęć.**

**W opinii dyżurujących tam lekarzy wystarczające jest, jeśli „Skierowanie do szpitala” – w przypadkach, gdy hospitalizacja nie wynika z zaplanowanego i uzgodnionego wcześniej leczenia szpitalnego – zawiera wyłącznie precyzyjną informację o wstępnym rozpoznaniu.**

*Andrzej Purzycki*

*Zastępca Dyrektora ds. Medycznych  
K-P OW NFZ w Bydgoszczy*

# Mukowiscydoza

**Mukowiscydoza (zwłóknienie torbielowe, ang. cystic fibrosis-CF) to najczęściej występująca w populacji rasy białej choroba wywołana mutacją pojedynczego genu, o autosomalnym recesywnym typie dziedziczenia, nieuleczalna, prowadząca do skrócenia życia chorych. Przyczyną schorzenia jest mutacja genu zlokalizowanego na długim ramieniu 7 chromosomu, kodującego białko CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane-Conductance Regulator). W efekcie zaburzony zostaje transport jonów chlorkowych, co prowadzi do powstania gęstej i lepkiej wydzieliny zaburzającej czynność gruczołów wydzielania zewnętrznego. W postaci pełnoobjawowej choroba manifestuje się skłonnością do zapalenia oskrzeli i płuc, niewydolnością części zewnątrzwydzielniczej trzustki i niepłodnością u mężczyzn oraz podwyższeniem chlorków w pocie. O jakości i długości życia decydują najczęściej zmiany w układzie oddechowym.**

Rozpoznanie wstępne CF opiera się na teście potowym, wykazującym podwyższone wartości chlorków w pocie (u niemowląt powyżej 40 mmol/l, u starszych powyżej 60 mmol/l) w co najmniej dwóch próbach.

Potwierdzeniem rozpoznania choroby jest badanie molekularne – identyfikacja mutacji w obu allelach genu CFTR.

Od ponad 25 lat na świecie trwają badania kliniczne, dotyczące badań przesiewowych u noworodków w kierunku mukowiscydozy. W 1979 roku opracowano test polegający na oznaczeniu poziomu IRT (immunoreaktywny trypsynogen) we krwi na bibule. U noworodka z CF dochodzi do podwyższenia we krwi poziomu trypsynogenu.

W wielu krajach zachodnich (USA, Australia, Wielka Brytania) badanie przesiewowe weszło do standardów postępowania u nowo narodzonych dzieci.

W przypadku wykrycia nieprawidłowego poziomu IRT we krwi powyżej 140 ng/dl w pierwszym pomiarze test uważany jest za pozytywny i może oznaczać, że dziecko jest chore na mukowiscydozę (dla potwierdzenia diagnozy wskazane jest wykonanie próby potowej). Jeżeli wynik testu znajduje się w granicach 120–140 ng/dl test należy powtórzyć. Uzyskanie ponownego wyniku powyżej 120 ng/dl upoważnia do przeprowadzenia dalszej diagnostyki w kierunku mukowiscydozy. Od stycznia br. również nasze województwo zostało objęte badaniem przesiewowym (w 2008 roku zaplanowano objęcie badaniem całą populację noworodków w Polsce).

Ze względu na ogólnoustrojowy charakter choroby leczenie musi być kompleksowe i wielospecjalistyczne. Obejmuje terapię niewydolności zewnątrzwydzielniczej trzustki (preparaty enzymów trzustkowych), leczenie żywieniowe (dieta wyskoenergetyczna + witaminy rozpuszczalne w tłuszczach), profilaktykę i leczenie choroby oskrzelowo-płucnej (fizjoterapia, intensywna antybiotykoterapia w zaostrzeniach, dodatkowo leczenie objawowe).

Rocznie przybywa 120 dzieci cierpiących na tę chorobę, na 2500 noworodków, jeden rodzi się z CF. Wczesne rozpoznanie mukowiscydozy u noworodka pozwala na zapobieganie deficytom żywieniowym, wdrożenie leczenia chorób trzustki i płuc, a także zmniejsza śmiertelność u tych dzieci.

W dniach 25.02.–2.03.2008 po raz siódmy obchodzono Ogólnopolski Tydzień Mukowiscydozy. W tym roku pod hasłem: „Mukowiscydoza: ciężka choroba genetyczna – chcę żyć jak najdłużej”. Z tej okazji w środę 27 lutego 2008 w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie dzieci chorych na mukowiscydozę oraz ich rodzin z pracownikami Oddziału Pediatrii i Pneumologii wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego, pod których stałą opieką są pacjenci z CF. Nasz oddział oraz Poradnia Mukowiscydozy mieszcząca się na terenie szpitala jest jednym z 21 ośrodków w Polsce zajmujących się prowadzeniem pacjentów z tym schorzeniem. Sprawuje opiekę nad 34 pacjentami. Spotkanie zapoczątkowało cykl zebrań mających na celu edukację, a także zintegrowanie pacjentów z personelem medycznym.

Wczesne wykrycie choroby i kompleksowe leczenie zapewnia lepszą jakość i komfort życia pacjentów z mukowiscydozą.

*Radosława Staszak-Kowalska  
Marzena Tutak-Słupska*



*Doktor Beata Świerczyńska – prowadząca Poradnię Mukowiscydozy przy Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w czasie prelekcji, dr n. med. Radosława Staszak-Kowalska, doktor Marzena Tutak-Słupska oraz pacjenci i ich rodziny*



## Spełniają marzenia

Już ponad 1400 chorych dzieci z całej Polski zrealizowało swoje pragnienia dzięki fundacji „Mam marzenie”, powstałej na wzór amerykańskiej „Make -A- Wish”. Od 2003 roku organizacja działa na terenie naszego kraju, a jej celem jest spełnianie marzeń dzieci cierpiących na choroby zagrażające życiu (nieuleczalne cho-

roby genetyczne lub nabyte choroby o niekorzystnym rokowaniu). W kilkunastu miastach Polski (m.in. w Bydgoszczy) wolontariusze pomagają chorym dzieciom oraz ich rodzinom, wnosząc w ich życie radość i siłę do walki z chorobą. Organizacja objęła swoją opieką także pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy. Z pomocy fundacji skorzystali podopieczni Oddziału Pneumologii, dzieci chore na mukowiscydozę – 14-letni Wojtek otrzymał aparat fotograficzny, 14-letnia Sylwia laptop z dostępem do internetu, 18-letnia Syl-

wia zwiedziła Paryż, a 15-letni Mateusz zagrał w serialu „Kryminalni”.

W tak zwanej poczekalni, czyli w oczekiwaniu na spełnienie marzenia jest jeszcze kilkoro dzieci (15-letnia Mariola chce zostać gwiazdą serialu „Niania”, a 11-letnia Natalia czeka na swoją szansę w jednej z popularnych telenowel).

Dzięki bezinteresownej pomocy ludzi o wielkim sercu, dzieci chociaż przez chwilę zapomnieli o swoim cierpieniu.

*M. T-S*



# „Primum” jest pismem wszystkich lekarzy BIL

W ostatnich tygodniach rozpetęła się burza na temat Domu Seniora. Nie mam zamiaru wypowiadać się w tej sprawie, ani tym bardziej oceniać. Po ogłoszeniu na łamach biuletynu (PNN nr 2/200/2008) Uchwały Rady Fundacji w sprawie zmiany par. 29 statutu Fundacji oraz pism Zarządu Fundacji w tej sprawie – do redakcji dotarły listy, które zostały opublikowane w numerze 201. Ich autorami byli profesorowie Mackiewicz i Betlejewski oraz doktorzy Petrykowska i Długołęcki. Były one pełne obaw o dalsze losy Fundacji i pomysłu w ogóle, a niektóre także pełne emocji. Takie listy otrzymaliśmy i takie opublikowaliśmy. Nie otrzymaliśmy, co wyraźnie chcę podkreślić, do czasu „zamknięcia” numeru 201 PNN, żadnych in-

nych listów, zwłaszcza od przeciwników idei Domu Lekarza Seniora (a wiem skądinać, że takich nie brakuje). Z przykrością dowiaduję się z rozmów kulturalowych, że posądza się nas o stronniczość.

W dziejach „Primum” nie dopuściliśmy do druku dwóch tekstów. Pierwszy dotyczył oskarżenia przez jednego z kolegów, innego – nawiasem mówiąc już wówczas nieżyjącego – o współpracę z SB i donosicielstwo. Postąpiliśmy słusznie, gdyż oskarżenia – jak się okazało – były bezpodstawne. Drugi tekst szkalował dobre imię pewnego środowiska medycznego, jedynie na podstawie imaginacji autora.

Pragnę poinformować, że dopóki będę pełnił funkcję przewodniczącego Rady Programowej, nie dopuszczę do manipu-

lowania tekstami, ani do wybiórczego ich drukowania według zaleceń kogokolwiek. Funkcje w BIL są bowiem kadencyjne, zaś twarz ma się przez całe życie.

Mam zamiar podnieść sprawę Domu Seniora na najbliższym Zjeździe Delegatów BIL, gdyż uważam, że nagromadziło się tu wiele niejasności, dziwnych podchodów, czy wzajemnych oskarżeń. Uważam, że są to sprawy ważniejsze dla środowiska niż czytanie na głos sprawozdań, z którymi można zapoznać się poprzez ich lekturę. Niech Zjazd, jako najwyższa władza BIL, wypowie się co do tej sprawy i postanowi, co dalej.

Wojciech Szczęsny  
Przewodniczący Rady Programowej  
„Primum Non Nocere”



## Wierzę, że jest to możliwe

W ostatnim numerze „Primum non nocere” przeczytałem z ogromnym niepokojem informację o zagrożeniu realizacji budowy Domu Lekarza Seniora.

Jednym z kryteriów oceny środowiska jest m. in. stosunek do swoich Seniorów, w tym zaangażowanie i pomoc w rozwiązywaniu ich problemów. Temu celowi miała służyć podjęta w połowie lat dziewięćdziesiątych inicjatywa budowy Domu Lekarza Seniora, co – jak myślę – byłoby potwierdzeniem wartości naszego środowiska lekarskiego.

Wyrażam pełne uznanie dla Koleżanek i Kolegów pracujących w Fundacji „Dom Lekarza Seniora”. Ich ogromne zaangażowanie sprawia, że inicjatywa budowy jest kontynuowana. Bez wyraźnej jednak pomocy finansowej – ze strony wszystkich lekarzy – sfinalizowanie projektu będzie niemożliwe.

Jestem przekonany, że Koleżanki i Koledzy – Delegaci na Okręgowy Zjazd Lekarzy podejmą stosowne uchwały, a całe środowisko, włączając się w ich realizację, doprowadzi w krótkim czasie do osiągnięcia celu, jakim jest budowa Domu Lekarza Seniora.

Wierzę, że jest to możliwe.

Andrzej Purzycki  
Wiceprezes Bydgosko-Pińskiej  
Izby Lekarskiej w latach 1989–1997



## Biorąc udział w dyskusji..

...odnośnie Domu Lekarza Seniora, ze smutkiem stwierdziłam, że największym problemem jest brak funduszy. Postanowiłam włączyć się do tego pięknego czynu i zamieścić w internecie prośbę do redaktorów gazet polskich poza krajem, by umieścić apel do Rodaków o wsparcie remontu Domu Lekarza Seniora Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Treść apelu została wysłana za granicę do 30 gazet (ich adresy są dostępne w Izbie).

Czy będzie to skuteczne? Zobaczymy..

Leży to nam na sercu, gdyż Lekarze zasłużyli swoją pełną poświęcenia pracą na godziwy żywot w jesieni życia.

Łączę wyrazy szacunku  
Janina Kosińska-Lutogiewska



## Dołączam się...

...do głosów, ostrzegających przed likwidacją Fundacji Domu Lekarza Seniora. Doceniając piętrzące się trudności finansowe, proszę jednak o dołożenie dalszych usilnych starań realizacji projektu. Moim zdaniem obowiązuje nas – lekarzy poszanowanie woli zmarłej dr Ireny Filipowicz.

Likwidacja „Fundacji” groziłaby obniżeniem zaufania do korporacji.

Ewa Foersterling



„Czy wzrośnie w tym roku liczba osób dzielących się podatkiem z organizacją publicznego? Ci, którzy dotąd tego nie robili, stracili jedną z wymówek, bo procedura przekazywania 1 proc. podatku została bardzo uproszczona.” – pisze „Gazeta Wyborcza” 4 marca br. w dodatku „Gazeta o 1 procencie”.

Poniżej – na podstawie tego artykułu, kilka najistotniejszych informacji, wraz z prośbą o przekazanie tego cennego 1% na rzecz stworzenia Domu Lekarza Seniora

## Prosimy o 1%

Fundacja Dom Lekarza Seniora, Bydgoszcz ul. Powstańców 11

KRS 0000 22 3048

W nowych formularzach PIT-36 i PIT-37 do rozliczeń za rok 2007 – są rubryki, w których określamy, jakiej organizacji pożytku publicznego fiskus ma przekazać 1 proc. naszego rocznego podatku. Wpisujemy w nich tylko jej nazwę, numer KRS i kwotę. Pieniądze przekaże za nas fiskus. Co ważne: poczynawszy od rozliczeń z fiskusem za 2007 rok, 1 procent podatku mogą też przekazywać na ten cel osoby prowadzące działalność gospodarczą opodatkowaną liniowym 19-proc.

# Konferencja Oddziału Pomorsko-Kujawskiego Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego

23 lutego 2008 roku w Operze Nova w Bydgoszczy odbyła się konferencja naukowa pt. „Środki kontrastowe w radiologii i diagnostyce obrazowej”. Spotkanie zorganizowane zostało przez Oddział Pomorsko – Kujawski Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego oraz Katedrę i Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu M. Kopernika w Toruniu przy współpracy firmy NYCOMED – BRACCO. Wśród zaproszonych gości znajdowali się nie tylko członkowie Oddziału Pomorsko – Kujawskiego PLTR i specjalizujący się radiolodzy, ale także nefrolodzy i transplantolodzy. Gośćmi honorowymi, jak również wykładowcami byli prof. dr hab. Jacek Manitius, Kierownik Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, dr n. med. Magdalena Januszewicz z Zakładu Radiologii CSK Akademii Medycznej im. Banacha w Warszawie oraz dr n. med. Andrzej Adamowicz z Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy.

W inauguracyjnym, interesującym wykładzie pt. „Czynniki ryzyka nefropatii kontrastowej” prof. Jacek Manitius szczególnie uwagę

zwrócił na niezmiernie dużą ilość środków kontrastowych, podawanych na świecie podczas badań obrazowych, znacznie przewyższającą ilość jakiegokolwiek ze stosowanych leków. Podkreślał również ogromną rolę nawodnienia pacjenta w zapobieganiu pokontrastowej niewydolności nerek. W kolejnym wykładzie pt. „Rola radiologa w zapobieganiu nefropatii kontrastowej (CIN)” dr Magdalena Januszewicz przedstawiła kompendium ryzyka wystąpienia powikłań związanych z podawaniem poszczególnych rodzajów jodowych środków kontrastowych. Następne wykłady przedstawili dr Andrzej Adamowicz – „Nerka przeszczepiona a stosowanie środków kontrastowych”, dr Małgorzata Buryńska-Makuch z Zakładu Radiologii Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy – „Bezpieczeństwo środków kontrastowych stosowanych w MR” i lek. med. Maciej Karolkiewicz z Zakładu Radiologii Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy – „Stosowanie środków kontrastowych u pacjentów pediatrycznych”

Podczas podsumowującej dyskusji starano się wypracować wspólne stanowisko dotyczące najważniejszych zagadnień przygotowania pacjenta do badania z użyciem środ-

ka kontrastowego oraz w postępowaniu po badaniu. Z wygłoszonych referatów oraz z dyskusji wyłonił się zarys podstawowych zasad ogólnych i potrzeba zachowania procedur dla bezpiecznego przeprowadzenia badania z użyciem środków kontrastowych. Wskazano na niezbędny pakiet badań przed podaniem środka kontrastowego uwzględniających czynność nerek, równowagę wodno-elektrolitową, a w badaniach naczyniowych podstawowe czynniki krzepnięcia. Niejednokrotnie podkreślano konieczność odpowiedniego nawodnienia pacjenta. Zwrócono uwagę na istotną rolę wywiadu z pacjentem dotyczącego przebytych i współistniejących chorób. Dyskutowano nad wskazaniami stosowania dodatkowych leków w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia pokontrastowej niewydolności nerek. Po badaniu zalecano dalsze nawadnianie oraz kontrolę parametrów czynności nerek pacjenta.

Inicjatorem konferencji naukowej był przewodniczący Oddziału prof. Władysław Lasek, który podkreślił interdyscyplinarny charakter przygotowania i prowadzenia pacjenta w trakcie, jak i po badaniach radiologicznych, wymagających podania środków kontrastowych.



*Zapraszamy  
9–10 maja 2008*

## „Aktualne problemy stomatologii” Konferencja Naukowo-Szkoleniowa w 55-lecie działalności Bydgoskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

Konferencja odbędzie się w dniach 9–10 maja 2008 roku w Bydgoszczy w Hali Widowiskowo-Sportowej Łuczniczka przy ulicy Toruńskiej 59. Pierwszego dnia (piątek) w godzinach od 13:40 do 17:00 oraz w sobotę od 9:00 do 17:00 będzie można uczestniczyć w sesji naukowej obejmującej cykl sześciu wykładów:

- „Trendy współczesnej stomatologii wieku rozwojowego od poczęcia do dojrzałości” prof. dr hab. nauk medycznych Barbara Adamowicz-Klepalska, kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego Akademii Medycznej w Gdańsku;

- „Implantoprotezy typu overdenture w leczeniu bezzębia żuchwy” dr nauk medycznych Paweł Białyżyk, ordynator Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Medyczo-Stomatologicznego NZO w Bydgoszczy;

- „Stomatologiczne „zachcianki” pacjentów” doc. dr hab. nauk farmaceutycznych Krzysztof Niewiadomski, kierownik naukowy firmy Ivoclar-Vivadent, Warszawa;

- „Lasery diodowe w zastosowaniach stomatologicznych” prof. dr hab. nauk technicznych inż. Ludwik Pokora, prezes Centrum Techniki Laserowej Laser Instruments, Warszawa;

- „Nowoczesne metody wizualizacji w stomatologii” prof. dr hab. nauk medycznych T.Katarzyna Różyło, doc. dr hab. nauk medycznych Ingrid Różyło-Kalinowska, Samodzielna Pracownia Rentgenodiagnostyki Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej Akademii Medycznej w Lublinie;

- „Główne kierunki rozwoju protetyki stomatologicznej w XXI wieku” prof. dr hab. nauk medycznych Eugeniusz Spiechowicz, kierownik Katedry Protetyki Instytutu Stomatologii Akademii Medycznej w Warszawie.

Pomiędzy wykładami odbędą się prezentacje firm medycznych z których ofertą będzie można zapoznać się również na stoiskach wystawowych – wstęp 20 zł za dzień. Odpłatność za wejście na teren wystawy stomatologicznej nie dotyczy uczestników sesji naukowej. W trakcie sesji naukowej przewidziano przerwę kawową.

Aby potwierdzić chęć uczestnictwa w dwudniowej sesji naukowej należy do 15 kwietnia bieżącego roku wpłacić 200 zł na konto numer: 03 1060 0076 0000 4022 1000 2960 z dopiskiem „konferencja 9–10.05”.

Dla członków bydgoskiego oddziału PTS udział w konferencji naukowej jest bezpłatny. Dla wszystkich uczestników sesji naukowej przewidziano punkty edukacyjne. Dodatkowe informacje można uzyskać w Biurze Bydgoskiego Oddziału PTS pod numerem 052 373-87-34.



# O receptach...

## Jak kura pazurem

Tak wyglądają recepty pisane przez niektórych lekarzy. Czasami nawet sam pacjent nie potrafi „rozpoznać” na nich swojego nazwiska. Nie mówiąc już o odczytaniu nazwy leku – z czym próbują, często bezskutecznie, zmierzyć się farmaceuci. W takich sytuacjach zawsze przegrywa pacjent, bo to on musi do lekarza wrócić i poprosić o czytelne wypisanie recepty (nie zawsze jest to miły powrót...). Do rzeczniaka odpowiedzialności zawodowej Bydgoskiej Izby Lekarskiej właśnie trafiła skarga pacjenta na lekarza, który mu w ten sposób życie utrudnił: „Lekarz receptę wypisał, tak niechlujnie, że apteka nie sprzedała mi le-

ku. – pisze pacjent, zaznaczając, że to nie pierwsza sytuacja związana z receptami wypisywanymi przez tego lekarza – Recepty są wypisywane nieczytelnie, tak, że sam nie mogę przeczytać swojego imienia i nazwiska, brak jest określenia ilości tabletek i opakowań.” Przypomina mi się historia opowiedziana przez jednego z lekarzy: Do lekarza zgłosiła się kobieta z chorym dzieckiem. Lekarz chorego zbadał, receptę wypisał. Kobieta poszła do apteki wykupić leki. Niestety, aptekarz nie odczytał o jakie farmaceutyki panu doktorowi chodziło. Kobieta do lekarza z receptą wróciła i... lekarz też nie dał rady odszyfrować nazw leków. Polecił przyjść znowu z dzieckiem. Mały pacjent został wyciągnięty z łóżka i ponownie doprowadzony przed oblicze lekarza. „No przecież to jasne. Wszystko jest czytelne.” – doktor odczytał nazwy leków... po drugim zbadaniu chorego i ponownym „rzuceniu okiem” na receptę.

Inna sprawa to nieczytelne konsultacje, czy opisy zdjęć z czym problem mają już sami lekarze. Oni też apelują: koledzy, jeżeli piszecie niewyraźnie, piszcie na komputerze albo chociaż drukowanymi literami!

## Recepta to nie reklama

Załączanie do recept ulotek reklamowych konkretnej apteki, ze sposobem dawkowania leku i symbolem statystycznym choroby, to praktyka stosowana przez niektórych lekarzy z naszego województwa. „Praktyka taka jest naganna, albowiem narusza przepisy prawa farmaceutycznego o dozwolonej reklamie aptek, a pośrednio również przepisy o wystawianiu recept lekarskich, a przede wszystkim budzi zasadnicze wątpliwości, co do zgodności z zasadami etyki lekarskiej.” – uważa prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej, mgr farm. Piotr Chwiatkowski.

*non nocere*  
*Bydgoszcz*  
*Korobko Westelma*  
PESEL \_\_\_\_\_ 7/  
Rp. *Kosilisz*  
*Or 2*  
*Metorone*  
*Or 1*  
*Ortonal*



[agnieszka.banach@hipokrates.org](mailto:agnieszka.banach@hipokrates.org)

# Wybory na UMK

Już 11 kwietnia poznamy nazwisko prorektora Collegium Medicum na kadencję 2008–2012. Na pewno wśród kandydatów na to stanowisko będzie profesor Małgorzata Tafil-Klawe, obecny prorektor CM.

Wcześniej, bo 28 marca (już po zamknięciu numeru) poznamy nowego rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. O sprawowanie tej funkcji ubiegają się prof. Andrzej Radziwiński (ur. 4 kwietnia 1958) z Zakładu Historii Kościoła UMK, prowadzi wykłady z zakresu historii średniowiecznej Europy Środkowo-Wschodniej, nauk pomocniczych historii, historii Kościoła i duchowieństwa w Polsce, państwie Zakonu Krzyżackiego w Prusach, dziejów kobiet w średniowieczu w ramach Wydziału Nauk Historycznych oraz profesor Andrzej Jamiołkowski (ur. 22 marca 1946 w Toruniu), fizyk, profesor i obecny rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. (a.b.)



## Porozmawiajmy!

Kontynuując cykl – „Porozmawiajmy” chcę odnieść się do relacji lekarz-pacjent, a dokładniej do odnoszenia się niektórych lekarzy – do pacjentów.

Żyję dość długo w różnych „epokach” naszej rzeczywistości, więc mogę wyrazić swoje uwagi, przekazać, co widziałam lub słyszałam. Oczywiście nie uogólniam, nie „stawiam” na wiek lekarza, ale jest prawdą, że zachowanie niektórych medyków do przyjmowanych pacjentów jest wielce naganne. Słuchają pacjentów, ale nie słyszą, co mówią, są niegrzeczni, w bardzo brzydki sposób złośliwi, robią obrażające uwagi. Bardzo często dotyczy to ludzi w zawansowanym wieku, którzy i tak są obciążeni chorobami.

Wiem, starzy ludzie mogą być czasem irytujący, ale zdołajmy się, kochane koleżanki i koledzy, na odrobinę zrozumienia i tolerancji, a czasem po prostu dobroci. Zważywszy, że i tak wszyscy się starzeją, prędzej czy później.

Jest jeszcze jedna sprawa. Dokładne, wyraźne wypisywanie recept, z danymi lekarza wypisującego. W przeciwnym wypadku NFZ nie refunduje aptekom pieniędzy za leki. Bardzo często farmaceuta jedzie własnym transportem na drugi koniec miasta, aby lekarz poprawił lub uzupełnił receptę. W jednym na 10 wypadków lekarz jest grzeczny, przeprosi i uzupełni. Przeważnie jednak zrugą obraźliwie farmaceutę, że wydał lekarstwa. Wiem, co piszę, bo wiele o tym słyszałam.

Kochane koleżanki i koledzy lekarze – mimo trudnej dzisiejszej sytuacji – postarajcie się lubić ludzi, nawet tych marnujących, czasem bardzo utrudzonych życiem. Oprócz wiedzy – leczyć słowem, ale to słowo musi mieć siłę, magię, a nie arogancję.

*Elżbieta Adamczewska-Mroczkowska*

# Niektóre grzechy współczesnej medycyny

Mieczysław Tomasiak

**W poprzednim artykule (Primum Non Nocere Nr 9 (195) 2007 oraz Medicina Sportiva 2007 Vol 11/01) poruszyłem między innymi zagadnienie niedostatecznej wiedzy polskich lekarzy w zakresie fizjopatologii wysiłków fizycznych, wynikającej z zaniedbania kształcenia ich w tym kierunku.**

**Obecnie rozszerzę ten temat, ponieważ dotyczy on nie tylko kształcenia uniwersyteckiego, lecz także poddyplomowego i specjalistycznego. Jako ilustrację problemu wykorzystam rozmowę z praktykującym kardiologiem, a także niektóre nazewnictwo pojawiające się w artykułach naukowych.**

Otóż wspomniany kardiolog wygłosił tego rodzaju pogląd: „Ta wasza wiedza sprzed 50-lat jest obecnie nieaktualna. Na ostatnim zjeździe kardiologów wykazano, że uszkodzenia powysiłkowe mięśni nie są spowodowane kwasem mlekowym tylko mikrourazami”.

Kwas mlekowy co prawda jest końcowym metabolitem przemian beztlenowych, jest jednak nadal nośnikiem energii w przemianach tlenowych. Serce dobrze zaadaptowane do wysiłków fizycznych między innymi zwiększa umiejętność korzystania z tego źródła energii. Skąd więc to twierdzenie o kwasie mlekowym?

**P**ogląd, że powysiłkowe uszkodzenia mięśni są spowodowane mikrourazami jest terminologią wyjątkowo niebezpieczną, bowiem sugeruje, że przyczyną tych zmian jest energia mechaniczna (na przykład taka, jaka powoduje urazy po wypadkach samochodowych).

Obecnie uważa się, że powysiłkowe uszkodzenia mięśni są spowodowane przede wszystkim przez wolne rodniki (atomy, grupy atomów lub cząsteczki posiadające na ostatnim orbitalu jeden niesparowany elektron), powstające na tak zwanej jednoelektronowej drodze redukcji tlenu w mitochondriach.

W normalnych warunkach cały tlen pobrany przez organizm zostaje zmieniony na wodę ( $H_2O$ ) na drodze redukcji w łańcuchu oddechowym (składającym się z 4 kompletów multienzymów) zlokalizowanym w błonie wewnętrznej mitochondriów. Tam do tlenu ( $O_2$ )

przyłączane są 4 elektrony i 4 protony (H). Następuje synteza  $2H_2O$  oraz 6 lub 4 cząsteczki ATP (w zależności od tego jaki kompleks enzymów bierze udział w syntezie  $H_2O$ ). Jest to tak zwana dwuelektronowa (właściwie cztero-elektronowa) droga redukcji tlenu.

Jeżeli jednak do mitochondriów zostaje dostarczona za dużą ilość tlenu, automatycznie uruchamia się wspomniana jednoelektronowa droga redukcji  $O_2$ . Dzieje się to tak jak w elektrowni wodnej. W normalnych warunkach cała woda przepływa przez turbiny wytwarzające energię elektryczną, a jej nadmiar jest usuwany przez dodatkowy kanał.

Jednoelektronowa droga redukcji  $O_2$  przebiega następująco: po przyłączeniu pierwszego elektronu powstaje jon nadadtlenkowy ( $O_2^-$ ), drugiego – nadtlenek wodoru ( $H_2O_2$ ), trzeciego – rodnik hydroksylowy (OH-) i czwartego – woda ( $H_2O$ ). Powstają więc dwie cząsteczki chemiczne (jon nadadtlenkowy ( $O_2^-$ ) i rodnik hydroksylowy (OH-)), posiadające na ostatnim orbitalu niesparowany elektron. Umożliwia im to, przy niedostatecznym neutralizowaniu ich przez system obronny ustroju (dysmutazę nadadtlenkową, katalazę, peroksydazę glutationową, reduktazę glutationową, antyutleniacze, zmiatacze wolnych rodników, kompleksy jonów metali grup przejściowych, wolne jony), wyłapywanie elektronów z różnych substancji (lipidów, białek, węglowodanów, nukleotydów) wywołując ciężkie uszkodzenia tkanek.

W czasie wysiłku fizycznego wielokrotnie zwiększa się pochłanianie tlenu (ze spoczynkowych wartości 200–300 ml, w czasie maksymalnych wysiłków, u dobrze wyszkolonych sportowców nawet powyżej 5000 ml). Wyczerpujący wysiłek fizyczny powoduje kilkakrotne zwiększenie stężenia wolnych rodników w mięśniach i wątrobie. U osób dobrze zaadaptowanych do pracy fizycznej system obronny neutralizuje wolne rodniki. Jeżeli jednak wysiłek fizyczny przekracza zdolności przystosowawcze organizmu, mogą one uszkadzać mięśnie i inne tkanki ustroju.

**Ź**ródła powstawania wolnych rodników nie ograniczają się do wspomnianych dróg redukcji tlenu. Są one dostarczane z wdychanym powietrzem (na przykład ozon), spożywanym pokarmem oraz w różnych innych przemianach metabolicznych. Są one również celowo wytwarzane w organizmie do zwalczania bakterii, wirusów, komórek nowotworowych.

Procesy te są bardzo złożone, dlatego pozwoliłem sobie tylko je zasygnalizować. Do ich podjęcia skłoniło mnie również to, że te bardzo złożone zjawiska często w literaturze fachowej są przedstawiane w postaci dwóch słów: „stres oksydacyjny”. Niestety wielu lekarzy nie potrafi odpowiedzieć, co to oznacza. Jak więc mogą praktycznie czerpać wiedzę, z takich artykułów naukowych, które często niebawale złożone i liczne zjawiska chowają w tych dwóch słowach?

Podam jako przykład artykuł z miesięcznika „Medycyna po Dyplomie” (11, 2007/Vol 16/nr 11(140)) pod tytułem: „Zapalenie i ciśnienie tętnicze – możliwy kierunek profilaktyki pierwotnej udaru mózgu”. W całym ciekawym doniesieniu mechanizmy związane z wolnymi rodnikami zostały skwitowane jednym zdaniem: „Angiotensyna II i stres oksydacyjny aktywują przemiany enzymatyczne w komórkach mięśni gładkich i monocytach”.

**W**róć jeszcze do pierwszego zdania: „Ta wasza wiedza sprzed 50-lat jest obecnie zupełnie nieaktualna”. Myślę, że gdyby wspomnianego kardiologa zapoznano z doświadczeniami naukowymi z tamtych lat, nie głosiłby takich poglądów.

Chciałbym przypomnieć pierwsze osiągnięcia i porażki kardiologii. Mianowicie okazało się, że nagłe ukrwienie strefy niedokrwiennej mięśnia sercowego, powodowało pełną jego martwicę. Już wówczas stwierdzono, że przyczyną tego było nagłe dostarczenie nadmiaru tlenu. Warto także przypomnieć inne doniesienia z tego okresu. W tamtych czasach w Belgii i Holandii dochodziło do tak dużej liczby wypadków samochodowych, że pogotowie ratunkowe z obsadą lekarską nie było w stanie udzielić pomocy poszkodowanym. Wyszkolono więc specjalną kadrę medyczną, która w czasie transportu wszystkim rannym w wypadkach podawała tlen do wdychania. Po pewnym czasie okazało się, i to jednocześnie w dwóch głównych ośrodkach szpitalnych belgijskim i holenderskim, że wielu pacjentów nie umierało z powodu urazów powypadkowych, lecz na dziwne zapalenie płuc. Już wówczas wykazano, że przyczyną tej choroby był tlen. W Polsce szkoli się także taką kadrę. Obyśmy lekceważąc historię medycyny, nie musieli sami przeżywać tego co już dawno zostało poznane i opisane.





*I rząd od lewej (dół): lek. Paweł Jarmocik, dr n med. Krzysztof Tojek, lek. Jacek Uchański, mgr Alina Stodolska, dr hab. n. med. Maria T. Szewczyk, prof. zw. dr hab. n. med. Arkadiusz Jawień, dr n. med. Zbigniew Banaszekiewicz, dr n. med. Arkadiusz Migdalski, lek. Krzysztof Letmański, lek. med. Radosław Piotrowicz, II rząd od lewej (środkowy): piel. Justyna Kuczowska, piel. lic. Elżbieta Kozłowska, piel. spec. piel. chir. Jolanta Brzezińska, kuch. Mariola Klajbor, piel. Hanna Wodyńska, piel. spec. piel. oper. Elżbieta Hancke, piel. Magdalena Łapacz, mgr Beata Baron, dr n. med. Paweł Brazis, lek. Mariusz Fuks, lek. Michał Miszewski, lek. Marcin Mrozowski, lek. Artur Szotkiewicz, dr n. med. Tomasz Grzela, dr n. med. Maciej Świtoński, III rząd od lewej (gó-  
ra): piel. Beata Westphal, piel. Magdalena Woźniak, piel. Monika Cyganek, piel. Magdalena Witkowska, piel. Sławomira Michalak, piel. Paulina Mościcka, diet. Iwona Wrona, mgr Jolanta Bambrowicz, kuch. Ewa Romanowska, lek. Jacek Frasz, lek. Bartosz Fórmankiewicz, lek. Marcin Grela.*

*Zdjęcie z prawej, od lewej: Irena Makowska (sekretarka), Anna Stachulec (sekretarka), Katarzyna Cierzniaowska (oddziałowa Pododdziału Chirurgii Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej), Anna Małkowska (sekretarka).*



Moje spojrzenie na 15 lat



## Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej

z pododdziałami: Chirurgii Naczyniowej i Angiologii;  
Chirurgii Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej  
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Arkadiusz Jawień

**J**ubileusz 15-lecia powstania Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, to moment pozwalający na chwilę wspomnień, refleksji o upływającym czasie w pracy i zarazem spojrzenia wstecz, celem oceny dokonań zawodowych. Nie byłoby ich bez wielu życzliwych ludzi, którzy głośno i namacalnie nas wspierali, ale i tych, którzy cicho, bez większego rozgłosu i szumu życzyli nam dobrze i swoją „niewidzialną ręką” pomagali. Nie byłoby ich także bez tych, którzy nas krytykowali, mniej lub bardziej zacięcie, mniej lub bardziej jawnie. Nie byłoby ich bez tych, którzy tu pracowali lub nadal pracują, krócej lub dłużej, lekarzy czy pielęgniarek, stażystów czy studentów, sekretarek czy salowych. Nie byłoby ich bez przychylności władz, najpierw Akademii Medycznej a później Collegium Medicum oraz poszczególnych zarządów naszego Szpitala Wojewódzkiego im. dr. Biziela, a niedługo już Szpitala Uniwersyteckiego nr 2.

**Wszystkim tym osobom, znanym z imienia i nazwiska oraz wszystkim „bezimiennym” składam serdeczne podziękowania za te wspa-  
niałe 15 lat!**

Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej powołano decyzją Senatu AM w Bydgoszczy w dniu 10 lutego 1993. Stało się to dzięki wielkiej przychylności ówczesnego Rektora AM, prof. Józefa Kałużnego, przy znacznym współudziale i poparciu prof. Zygmunta Mackiewicza. Nie mniejszą rolę spełnił w tym procesie dr Bogusław Jasik, który jako Dyrektor Naczelny Szpitala im. dr. J. Biziela działania te uznawał za naturalne i pozwalające na szybki rozwój jednostki.



Mówiąc o powołaniu Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej należy obo-  
wiązkowo powiedzieć, że nie powstała ona z niczego. Bazą był Od-  
dział Chirurgii Ogólnej, który prowadziłem już jako ordynator od grud-  
nia 1991 roku, lecz doświadczenie i historia Oddziału sięgała dużo da-  
lej. Po II wojnie światowej, w roku 1945 dr Władysław Staszewski zo-  
stał ordynatorem I Oddziału Chirurgicznego w Szpitalu Ogólnym nr 1  
w Bydgoszczy przy ulicy Jurasza (dzisiejszy Szpital Uniwersytecki). Swo-  
ją funkcję sprawował do roku 1967. Przez następne 10 lat (1967–1977)  
ordynatorem Oddziału był dr Wincenty Kalinowski, którego pamiętam  
z krótkiego spotkania w czerwcu roku 1977, kiedy to po raz pierwszy  
zawitałem do Bydgoszczy, do Szpitala im. dr. Jurasza, poszukując

*ciąg dalszy na str. 12*



## DZIEDZICTWO CHIRURGICZNE

Kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej  
CM UMK w Bydgoszczy

Arkadiusz Jawień	1952	Bydgoszcz
Zygmunt Mackiewicz	1931	Bydgoszcz
Adam Piskorz	1915–1997	Poznań
Stanisław Nowicki	1893–1972	Poznań
Maksymilian Rutkowski	1867–1942	Kraków
Alfred Obaliński	1813–1898	Kraków
Antoni Bryk	1820–1881	Kraków
Ludwik Bierkowski	1801–1860	Kraków
Rafał Czerwiakowski	1743–1816	Kraków



Na zdjęciu: od prawej: prof. Z. Mackiewicz, prof. A. Piskorz i prof. A. Jawień. Zdjęcie z 1996 roku, 40-lecie pracy prof. Z. Mackiewicza.

Ciąg dalszy ze str. 11

doc. Kazimierza Krejczego, mojego przyszłego szefa. Nie wiedziałem, że w Szpitalu są dwie chirurgie i uprzejma recepcjonistka skierowała mnie oczywiście na Chirurgię I-szą, uważając, że tam moja osoba powinna się znaleźć. W gabinecie przyjął mnie dr Kalinowski (wówczas już bardzo schorowany), mając u boku dr. Montowskiego. Kiedy zapytałem o Klinikę Chirurgii, twarz mu stężała i zapytał czy rzeczywiście chcę tam pracować, czy nie wolałbym u Niego. Ja jednak byłem zdecydowany na Klinikę, choć kto wtedy mógł przypuszczać, że 14 lat później zostanę ordynatorem tego właśnie oddziału. Dr Janusz Montowski, następny po dr Kalinowskim ordynator, (1977–1990) często przypominał mi o tej chwili spotkania, kiedy już pracowałem u prof. Zygmunta Mackiewicza. Za ordynatury dr. Montowskiego Oddział Chirurgii został przemianowany, w latach 1978–1980 na Oddział Kliniczny PSK nr 1, a kiedy został oddany do użytku nowo wybudowany Szpital Wojewódzki XXX-lecia PRL-u (dzisiejszy Szpital dr. J. Biziele), powrócił do swojej pierwotnej nazwy – Oddziału Chirurgii Szpitala Wojewódzkiego. Dr Janusz Montowski był znakomicie wykształconym chirurgiem, technicznie biegłym, o wspa-



Doktoraty honoris causa: prof. dr med. Lars Norgren z żoną, promotor – prof. A. Jawień z żoną



Gratulacje od marszałka województwa za zdobycie I nagrody na zjeździe EVF w Stambule 2007

niałym poczuciu humoru. Dzięki Niemu odziedziczyłem zespół dobrze wykształcony technicznie, o bardzo solidnych podstawach praktycznych. Dr Montowski zmarł 6 lutego 1990 r. po ciężkiej chorobie nowotworowej. Od tego momentu funkcję p.o. ordynatora do 2 grudnia 1991 sprawował dr Jerzy Sielski.

Wiadomość o śmierci dr. Montowskiego dotarła do mnie do Stanów Zjednoczonych, w czasie, kiedy przebywałem tam na stypendium na University of Washington w Seattle. Nie od razu myślałem o wzięciu udziału w konkursie na to stanowisko, ale pomógł mi w podjęciu tej ważkiej decyzji prof. Mackiewicz, mój nauczyciel. I tak, 13 marca 1990 roku stawiałem się na konkursie na stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgii Szpitala Wojewódzkiego. Walka była bardzo wyrównana i wygrałem tylko dzięki zdecydowanemu wskazaniu na mnie przewodniczącego Komisji Konkursowej – śp. dr. Piotra Kuligowskiego. Zaistniała sytuacja spowodowała, że porzuciłem myśli o pozostaniu na stałe w USA i zdecydowałem o powrocie do Bydgoszczy. W dniu 2 grudnia 1991, a nie jak miałem zapewnione 1 grudnia, objąłem w zarządzanie Oddział Chirurgii. Jeden dzień zwłoki był wynikiem pewnej decyzji politycznej, którą na moją korzyść przechylił ówczesny dyrektor Szpitala dr Bogusław Jasik.

Od samego początku starałem się wprowadzić chirurgię akademicką do prowadzonego przeze mnie Oddziału, upatrując w tym właściwą drogę do rozwoju naukowego. Moim pierwszym doktorantem był dr Zbigniew Banaszkiewicz, który w roku 1992 obronił pracę doktorską, rozpoczętą pod kierunkiem nieżyjącego dziś prof. Wenancjusza Lambrecht. To był znakomity początek dla kolejnych 12 doktoratów w naszej Klinice, których byłem promotorem.

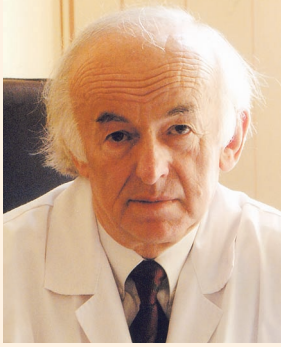
O każdym doktoracie i doktorancie można byłoby napisać wiele. Każdy pamiętam bardzo dobrze, ale kilka utkwiło mi szczególnie w pamięci. Doktorat dr. Świątkiewicza był pierwszym, w całości opartym na naszym materiale i pod moim kierunkiem. Dr Maria Szewczyk, będąc oddziałową naszej Kliniki, w roku 1998 pokonała wszystkie bariery i jako pierwsza pielęgniarka w naszym regionie i na naszej Radzie Wydziału obroniła pracę doktorską. To nie jedyny sukces Pani Doktor Szewczyk

Ciąg dalszy na str. 15



Dr A. Migdalski, prof. A. Jawień – nagroda za najlepszą pracę na zjeździe European Society for Vascular Surgery, Dublin 2003





## Prof. Józef Kałużny w 1993 roku rektor Akademii Medycznej w Bydgoszczy – okoliczności i motywy tworzenia kliniki organizowanej przez Akademię Medyczną.

W 1993 roku Akademia Medyczna nie miała wielu samodzielnych pracowników naukowych, dlatego każdy z nich był dla uczelni niezwykle cenny. Pozyskiwaliśmy docentów, doktorów, doktorów habilitowanych z zewnątrz, ale szczególnie ważny był dla nas własny dorobek – nasi pracownicy, którzy się habilitowali i rokowali dalszy rozwój naukowy. Taką osobą był profesor Arkadiusz Jawień – wtedy doktor habilitowany. Chciałem, żeby ten dobrze rokujący człowiek znalazł dla siebie warsztat pracy zaspokajający jego ambicje.

Był jeszcze inny powód powstania kliniki: dydaktyka. W trakcie nauczania – chirurgia jest przedmiotem, gdzie liczba godzin dydaktycznych jest bardzo duża. Podział dydaktyki na drugą, dodatkową klinikę ułatwiał prowadzenie i ułożenie zajęć, zwiększał konkurencję między jednostkami. Poza tym Akademia Medyczna zawsze planowała, by Szpital im. dr. Jana Bizuela stał się drugim szpitalem klinicznym, więc powołanie tam nowej kliniki było krokiem w tym kierunku. Niestety, wiele lat temu nie udało się tego zrealizować, ale udało się to zrobić teraz i może w części dlatego, że funkcjonuje tam dobrze prosperująca Klinika prof. Jawienia. (not. a.b.)



## Prof. Małgorzata Tafil-Klawe – obecna rola Kliniki, jej miejsce w strukturach Collegium Medicum

Klinika Chirurgii Ogólnej kierowana przez prof. Jawienia jest jedną z bardziej znaczących jednostek w Collegium Medicum. Cieszy się dużą renomą nie tylko w skali kraju, ale także na arenie międzynarodowej. Świadczą o tym liczne nagrody, które profesor wraz ze swoim zespołem otrzymują. Warto dodać, że Pododdział Chirurgii Naczyniowej jest jednym z bardziej nowoczesnych w naszym kraju.

Klinika Chirurgii Ogólnej, jak każda klinika, ma swoje podwójne oblicze. Z jednej strony prowadzi działalność czysto medyczną, z czego korzystają pacjenci z naszego regionu, z drugiej zajmuje się działalnością dydaktyczną. Nasi studenci bardzo sobie cenią zajęcia w Klinice. Prowadzimy systematyczne badania ankietowe wśród nich i zawsze Klinika profesora Jawienia zbiera bardzo dobre opinie. Studenci piszą, że dużo się tu mogą nauczyć; że uczestniczą w zabiegach operacyjnych, co jest bardzo interesujące z punktu widzenia ludzi szkolących się; podkreślają nowoczesność wyposażenia Kliniki. (not. a.b.)



## Prof. Zygmunt Mackiewicz: Tak trzymać!

Z ogromną satysfakcją obserwuję rozwój i sukcesy Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum UMK pod kierownictwem profesora dr. hab. Arkadiusza Jawienia. Zaprzyjaźniony jestem od lat z Kolegami, chirurgami tej Kliniki – początkowo Oddziałem Chirurgicznym prowadzonym przez mego przyjaciela dr. nauk medycznych Janusza Montowskiego. Współpracowaliśmy i rywalizowaliśmy przez blisko 10 lat, pracując na jednym piętrze w ówczesnym Szpitalu XXX-lecia. Była to jednak rywalizacja szlachetna, prowadząca do doskonalenia sztuki chirurgicznej. Los chciał, że początkowo Oddział, a następnie Klinikę poprowadził mój uczeń i współpracownik dr hab. Arkadiusz Jawień. Dorobek naukowy 15 lat działalności Katedry jest imponujący, zarówno w skali krajowej, jak i międzynarodowej. Sukcesy w organizowaniu zjazdów angiologicznych i flebologicznych, cyklicznych spotkań flebologicznych polsko-włoskich pozwoliły na pogłębienie kontaktów międzynarodowych środowiska chirurgów naszego regionu.

Na podkreślenie zasługują wiodące tematy chirurgiczne prowadzone przez Klinikę, które przyczyniły się do postępu chirurgii nie tylko regionalnej, ale i krajowej. Do takich tematów zaliczam leczenie krwotoków z zakażonych protez tętniczych aortalno-udowych za pomocą rekonstrukcji protezy z żył udowych powierzchownych, badania epidemiologiczne raka jelita grubego, względnie wprowadzenie w naszym regionie chirurgicznego leczenia zapalnych chorób jelita grubego z rekonstrukcją ciągłości przewodu pokarmowego. To tylko fragmenty wielu prowadzonych prac. Profesorowi A. Jawieniowi udało się stworzyć zespół pracowników znakomicie sprawdzających się jako nauczyciele akademicy. Zdobywanie stopni naukowych przez większość Zespołu oraz promowanie rozwoju naukowego pielęgniarek w postaci doktoratów i habilitacji należy do widocznych sukcesów Kliniki.

Gratuluję Panu Profesorowi Arkadiuszowi Jawieniowi oraz znakomitemu Zespołowi, Jubileuszu i życzę: nie spoczęcia na laurach, tylko dalszej skutecznej walki o podnoszenie poziomu chirurgii polskiej. Tak trzymać!!!

## Szymek

Szymek. Szymon. Szymon Dudziak. Pod takimi hasłami odnotowałem w różnych książkach adresowych Jego numer telefonu i adres internetowy. Informacji tych nie wymazałem. Każdego dnia wybierając numer kogoś na literę S spoglądam na ekran telefonu na którym wśród wielu innych wyświetla się nazwa kontaktu „Szymon kom”. Jednak Szymek rok temu zmienił numer swojej komórki. Nikt z nas nie ma szans się teraz tam dodzwonić. Jednak dla wszystkich to połączenie, to tylko kwestia czasu. Szymon był osobą absolutnie niezwykłą. Dzięki Niemu mogliśmy obcować z niebywałym pięknem, pięknem poezjania, godnością pokonywania Golgoty. Szymek przemknął przez swoje życie jak meteor. W naszym życiu, życiu swoich kolegów i przyjaciół pozostawił ślad, którego obecność czujemy niemal codziennie. Ze stojącego w naszym gabinecie zdjęć Szymon spogląda na nas z absolutnym spokojem. Ten spokój jest symbolem Jego relacji z życiem i śmiercią. Dla Niego wszystko było całkowicie normalne. Z życiem był zaprzyjaźniony a ze śmiercią się pogodził. Ta zgoda nie było w żadnym wypadku rezygnacją. On ją przyjął po prostu do wiadomości. Mimo tej wiedzy Szymek służył swoją pomocą, jako młody adept chirurgii w zasadzie do końca. Nigdy nic go nie bolało, zawsze pełen humoru i ciętego



dowcipu pokonywał codziennie kolejne stacje swojej drogi krzyżowej. Musiało być mu bardzo ciężko, ale On szedł zawsze pewnym, mocnym krokiem. Jego powolne pożegnanie nie było tematem zabronionym. Otwarcie mogliśmy rozmawiać z Szymkiem o jego przerzutach i o dalszej wyczerpującej chemioterapii. Opowiadał chętnie i wyczerpująco. Nigdy jednak nie mówiliśmy o przyszłości. Ona była oczywista. W ten sposób i my, jego koledzy pogodiliśmy się z tą Oczywistością i nie zważając na nią pozwalaliśmy, by życie toczyło się dalej. Ten spokój dawał nam szansę na chwilę zapomnieć, że Oczywistość zbliża się nieuchronnie. Do dziś noszę w teczkę płytke, którą dostałem od Szymka. To Bitles i ich płyta „Love”. Ważny tytuł, bo Szymona nie sposób było nie kochać. Za wszystko. Za upór, ambicję, pracowitość,

serdeczność, ciepło, za piękną, czułą i waleczną duszę. Zawsze był na właściwym miejscu, wyzbyty egoizmu przyciągał do siebie wszystkich. To dzięki temu, że godził się, by nie pamiętać o tym, co się w końcu stanie. Nie mam wątpliwości, że po blisko pięciu latach spotkań z Szymkiem, każdy z nas dowiedział się, jak należy cierpieć, by nie cierpieć inni. To bardzo ważna lekcja. Życie każdego człowieka nie jest wyłącznie zbiorem nieszczęść lub radości. Jest w zasadzie tragikomedią. Między tymi dwoma gatunkami przebiega cienka, na codzien niezauważalna, często wręcz zatarta granica. To pokazał nam Szymon: filigranowy, delikatny gigant życia. Zaczęłam pisać do nas ostatni list. Zdażył napisać tylko nagłówki. Mimo, że pod nim pozostała tylko pusta kartka, to i tak wiemy, co by się na niej znalazło: „Chłopak, nie jest źle. Wszystko jakoś się ułoży!” Szymek!

Masz rację. Wszystko jakoś się ułoży. To oczywiście, że: „do zobaczenia”.

Maciej Światoński

■ Lek. Szymon Dudziak, urodzony 09.03.1976, zmarł 26.03.2007. Aktywny uczestnik kółka chirurgicznego od czwartego roku studiów. Absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Bydgoszczy w roku 2001. Pracował w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej AM w Bydgoszczy w Szpitalu Wojewódzkim im dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy na stanowisku młodszego asystenta od 2003.

# HALIDOR®



B E N C Y K L A N

## lekkim krokiem

dawkowanie 300-400 mg na dobę



## lek naczyniowy o oryginalnym działaniu

### Halidor® (Bencyclan fumaras), Skrócona Informacja o Leku

**Skład:** tabletki zawiera 100 mg fumaranu bencyclanu, ampulka (2 ml) zawiera 50 mg fumaranu bencyclanu.

**Opakowanie:** tabletki 100 mg - 50 szt., ampulki 50 mg - 10 szt.

**Działanie:** bencyclan posiada działanie rozkurczowe na mięśnie gładkie, rozszerzające na naczynia krwionośne oraz miejscowo znieczulające, zmniejsza agregację płytek krwi; właściwości te uzasadniają zastosowanie leku w terapii organicznych i czynnościowych zaburzeń krążenia połączonych ze skurczem naczyń.

**Wskazania:** zaburzenia krążenia mózgowego; choroby związane ze skurczem naczyń obwodowych (skurcze tętnic po zakrzepie żył głębokich, pooperacyjne i pourazowe zaburzenia krążenia, dolegliwości bólowe kończyn).

**Dawkowanie:** tabletki: jednorazowa dawka doustna wynosi 100-200 mg (1-2 tabletki), zwykle stosuje się 3-4 razy dziennie 1 tabletkę (300-400 mg), w ciężkich przypadkach maksymalnie 3 razy dziennie 2 tabletki (600 mg); ampulki: parenteralnie podaje się Halidor® tylko w ostrych przypadkach; wstrzyknięcia: dożylnie lub dotętniczo w dawce 50-100 mg (1-2 ampulki), domięśniowo 50 mg (1 ampulka) 2-3 razy dziennie. Maksymalna dawka 400 mg. Podawać bardzo powoli, w razie potrzeby zawartość ampulki rozcieńczyć fizjologicznym roztworem chlorku sodu; zalecane jest jednoczesne podawanie leku doustnie w dawce 100 mg 3 razy dziennie. Wlew dożylny lub dotętniczy: wstępna dawka dzienna wynosi 250 mg i może być stopniowo zwiększona do dawki maksymalnej 500 mg; ilość roztworu podawanego dożylnie wynosi 250-500 ml, dotętniczo 50 ml; czas trwania infuzji dożylnej wynosi 1-4 godz.; uwagi: wstrzyknięcia dożylne powinny być dokonywane bardzo wolno tylko do większych żył; u pacjentów z wrażliwymi żyłami należy zmieniać miejsce wstrzyknięcia.

**Przeciwwskazania:** niewydolność nerek, ciężkie zaburzenia funkcji wątroby, zaburzenia oddychania, zaburzenia rytmu serca komorowe i nadkomorowe.

**Ostrzeżenia:** nie podaje się w zaburzeniach krążenia i oddychania, w przypadku skłonności do omdleń oraz w przerście gruczołu krokowego powodującego zatrzymanie moczu. W terapii przewlekłej zalecana jest kontrola (co 2 miesiące) liczby białych ciałek krwi. Podając Halidor® z lekami wywołującymi hipokaliemię (moczopędny, przeciwnadciśnieniowy itp.), preparatami napatstnicy, lekami kardiodepresyjnymi (beta-adrenolityki, chinidyna), należy zmniejszyć jego dawkę dzienną. Jeśli stosuje się łącznie z lekami znieczulającymi lub antyarytmicznymi, wskazana jest dokładna kontrola czynności serca. Ostrożnie stosuje się u osób w podeszłym wieku leczonych jednocześnie środkami psychostymulującymi lub przeciwdepresyjnymi. Nie należy podawać dożylnie jednocześnie z heparyną.

**Interakcje:** ostrożnie podaje się ze środkami znieczulającymi i uspokajającymi (wzmaga ich działanie), sympatykomimetykami (tachykardia przedsionkowa i komorowa), lekami wywołującymi hipokaliemię (niebezpieczeństwo działania depresyjnego na serce).

**Objawy niepożądane:** suchość w jamie ustnej, osłabienie, zawroty głowy, nudności, brak łaknienia, biegunka. Może również spowodować pobudzenie, bezsenność, drżenia. Omamy (obniżenie dawki zwykle łagodzi te objawy).

**Kategoria dostępności leku:** Rp. Podmiot odpowiedzialny: EGIS Pharmaceuticals Ltd, Węgry. Halidor®tabl. - Pozwolenie MZ nr R/1566, Halidor®inj. - Pozwolenie MZ nr R/1567.

**Pełna informacja o leku dostępna na życzenie:** EGIS Polska Sp. z o.o. ul. Powązkowska 44c, 01-797 Warszawa, tel.: (0-22) 32 60 400, fax: (0-22) 32 60 403.



HAL/08/04/RE/01



# Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej

Ciąg dalszy ze str. 12

i naszej Kliniki. W dziesięć lat później, 21 stycznia 2008 zdała kolokwium habilitacyjne i została pierwszym samodzielny pracownikiem naszej Kliniki. Doktorat dr. Arkadiusza Migdalskiego był z kolei ukoronowaniem pracy, która w 2003 roku zdobyła pierwsze miejsce na zjeździe Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej w Dublinie. Na uwagę zasługuje fakt, że w historii Europejskiego Towarzystwa, dotychczas nikt z Polski nie zdobył takiego trofeum.

Wraz z rozwojem naukowym wprowadzaliśmy nowe techniki operacyjne, nowe rozwiązania organizacyjne (mały wyjątek naszych osiągnięć przedstawiłem na ryc. obok).

Aktywność Katedry i Kliniki wyrażała się także w organizowaniu licznych konferencji i zjazdów naukowych. Do najważniejszych zaliczyłbym następujące:

- Symposium Polskiego Towarzystwa Angiologicznego 13.05.1995
- II Kongres Polskiego Towarzystwa Angiologicznego 13–15.06.1996
- Bydgoskie Comiesięczne Spotkania Chirurgiczne w latach 1992–1996
- Polsko-Włoskie Spotkania Flebologiczne 1999, 2001, 2003, 2005, 2007
- Postępy w Gastroenterologii 30.09.2000
- V Kongres European Venous Forum (Warszawa) 25–27.06.2004
- V Kongres Polskiego Towarzystwa Flebologicznego 1–3.06.2006

Skład osobowy Katedry i Kliniki ulegał licznym zmianom personalnym, zarówno pośród zespołu lekarskiego, jak i pielęgniarskiego. Do zespołu lekarskiego dołączali lekarze z innych oddziałów i klinik celem odbycia stażów specjalizacyjnych. I tak w naszym gronie stazowali m.in. dr Piotr Jarzemski (aktualnie ordynator Oddziału Urologii), dr Sławomir Listopadki (Oddział Urologii), dr Tomasz Mierzwa, dr Dariusz Bała, dr Piotr Rhone (aktualnie wszyscy w Centrum Onkologii). Z Kliniki odeszli: do Kliniki Kardiologii – dr Wojciech Ogorzeja, dr Tomasz Romaniuk, dr Sławomir Kołakowski, do Kliniki Chirurgii Plastycznej – dr Andrzej Świątkiewicz, do Kliniki Chirurgii Onkologicznej – dr Michał Jankowski, do Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w Brzozowie (woj. podkarpackie) – dr Dariusz Bujalski. Ordynatorami Oddziałów Chirurgicznych zostali: dr Wojciech Kuliński w Szubinie, dr Tomasz Siatkowski w Tucholi (zmarł tragicznie

Ciąg dalszy na str. 18

## AKTUALNY SKŁAD OSOBOWY

Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej:

- kierownik: prof. zw. dr hab. med. Arkadiusz Jawień
- z-ca kierownika: dr med. Zbigniew Banaszekiewicz – starszy wykładowca
- pielęgniarka Oddziałowa KiK, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego CM UMK dr hab. n. med. Maria T. Szewczyk
- Oddziałowa Pododdziału Chirurgii Naczyniowej i Angiologii mgr Alina Stodolska
- Oddziałowa Pododdziału Chirurgii Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej mgr Katarzyna Cierznikowska
- adiunkci: dr med. Arkadiusz Migdalski
- asystenci: dr med. Paweł Brazis, dr med. Tomasz Grzela, dr med. Maciej Świtoński, dr med. Krzysztof Tojek, lek. Jacek Frasz, lek. Paweł Jarmocik, lek. Krzysztof Letmański, lek. Radosław Piotrowicz, lek. Artur Szotkiewicz
- rezydenci: lek. Michał Miszewski, lek. Marcin Mrozowski, lek. Mariusz Fuks, lek. Marcin Grela, lek. Bartosz Fórmankiewicz – studia doktoranckie
- wolontariusze: lek. Jacek Uchański – kierownik Bloku Operacyjnego

## OSIĄGNIĘCIA WDROŻENIOWE I ORGANIZACYJNE

Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej  
na przestrzeni ostatnich 15 lat

- 13.07.1992 – Pierwsza cholecystektomia laparoskopowa
- 15.09.1992 – Pierwsza kolonoskopia
- 1992 – Wdrożenie żywienia pozajelitowego tzw. TPN „all in one”
- 1993 – Wdrożenie procesu pielęgnowania
- 10.02.1993 – Powołanie Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej AM
- 22.01.1994 – Pierwsze pobranie nerki
- 6.01.1994 – Otwarcie Poradni Chorób Jelita Grubego i Poradni Stomijnej
- 21.07.1994 – Pierwszy J-pouch u chorego z colitis ulcerosa
- 5.10.1994 – Pierwszy zabieg „krio”chirurgii w leczeniu żyłaków kończyn dolnych
- 10.12.1994 – Pierwszy zabieg endoskopowego leczenia zespołu pozakrzepowego tzw. (SEPS)
- 26.10.1995 – Ozonoterapia
- 4.1995 – Pierwsza operacja przepukliny pachwinowej met. Shouldice
- 7.11.1996 – Pierwsza operacja zakażonej protezy aortalno-udowej za pomocą własnych żył udowych
- 1996 – Początek drenaży ropni i torbieli trzustki pod kontrolą USG
- 20.01.1997 – Laser Doppler do oceny mikrokrążenia
- 22.02.1997 – Pierwsza sympatektomia piersiowa metodą torakoskopii
- 8.04.1998 – Znieczulenie regionalne w zabiegach udrożnienia tt. szyjnych
- 21.04.1998 – Pierwsza splenektomia laparoskopowa
- 1.09.1999 – Kontrakty lekarskie
- 1.12.1999 – Kontrakty pielęgniarskie
- 2000 – Otwarcie Poradni Leczenia Owrzodzeń Żyłnych Goleni
- 30.09.2000 – Wizyta Rydygierów w Klinice
- 24.07.2001 – Pierwszy zabieg stentowania tętnic obwodowych
- 26.01.2003 – Pierwsza operacja laparoskopowa wszczepienia rozwidłonej protezy naczyniowej aortalno-udowej
- 7.04.2003 – Doktorat Honoris Causa dla prof. Larsa Norgrena
- 15.03.2004 – Pierwsze 3 protezy endowaskularne wszczepione chorym z tętniakiem aorty brzusznej (AAA)
- 25.09.2004 – Prof. A. Jawień – członkiem – korespondentem Niemieckiego Towarzystwa Flebologicznego
- 27.05.2005 – Prof. A. Jawień – Członkiem Honorowym Czeskiego Towarzystwa Flebologicznego
- 17.10.2005 – Przenosiny Kliniki na III piętro szpitala Biziała
- 27.01.2006 – Założenie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Angiologicznego (prezes: dr hab. med. M.T. Szewczyk)
- 6.02.2006 – Pierwsze stentowanie tętnic szyjnych
- 1.07.2007 – Pierwsza nagroda za najlepszą pracę na zjeździe EVF w Istambule (dr Brazis, dr Piotrowicz, prof. Labropoulos, prof. Jawień)
- 2007 – Powołanie czasopisma „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”
- 25.01.2008 – Kolokwium habilitacyjne dr med. Marii T. Szewczyk
- 14.02.2008 – Pierwsza fibrynoliza w zakrzepicy żyły podobojczykowej

# Nad czym aktualnie pracujemy w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej

Zbigniew Banaszkiewicz,  
Ryszard Oliński, Arkadiusz Jawień

## Udział toksycznego działania reaktywnych form tlenu (RFT) w patogenezie raka jelita grubego

Wiele danych wskazuje na udział wolnych rodników tlenowych w procesie karcinogenezy. Do czynników egzogennych wpływających na powstawanie RFT zalicza się substancje smoliste (w wyniku spalania paliw stałych, gazy wydechowe silników spalinowych oraz dym papierosowy), metale ciężkie (chrom, nikiel), alkohol (w czasie metabolizmu alkoholu etylowego dochodzi do wytwarzania RFT), azbest, substancje zanieczyszczające atmosferę (tlenek węgla, metan, dwutlenek siarki, dwutlenek azotu). Nadmierna produkcja RFT powodująca zaburzenia równowagi pro- i antyoksydacyjnej komórki wywołuje stres oksydacyjny (RFT reagują z białkami, węglowodanami, lipidami jak również z cząsteczkami DNA). Kumulacja oksydacyjnych uszkodzeń DNA może prowadzić do powstania mutacji i powstania raka.

W niniejszym badaniu stwierdzono u osób z rakiem jelita grubego w porównaniu z grupą kontrolną wyższe poziomy 8-oksydG (swisty marker oksydacyjnych uszkodzeń DNA) oraz zwiększone wydzielenie z moczem zmienionych zasad i nukleotydów. Różnice te były znamienne statystycznie. Ponadto u chorych z rakiem jelita grubego stwierdzono obniżenie poziomu endogennego poziomu witamin antyoksydacyjnych (A, C, E) w osoczu. Badanie nasze udowadnia, że oksydacyjne uszkodzenie DNA występuje już w łagodnych nowotworach jelita grubego i akumuluje się w miarę rozwoju do raka jelita grubego. Poziom antyoksydantów (witaminy A, E, C i kwasu moczowego) może modulować proces karcinogenezy. Zgodnie z wynikami badania należy zaproponować prewencję raka jelita grubego poprzez zwiększenie spożycia produktów bogatych w antyoksydanty (witaminy, warzywa i owoce).

Paweł Brazis

## Ocena hemodynamiczna żył biodrowych i ich wpływ na połączenie odpiszczelowo-udowe

Rola żył biodrowych w patogenezie przewlekłych zaburzeń żylnych (PZZ) dotychczas nie została w pełni wyjaśniona. Refluks w żyłach biodrowych nigdy nie został zbadany u chorych z PZZ, co skłoniło nas do przeprowadzenia prospektywnego badania refluksu w tych żyłach w odniesieniu do zastawek okolicy połączenia odpiszczelowo-udowego.

W naszym badaniu ocenialiśmy występowanie refluksu biodrowego w porównaniu do wydolności i średnic odcinków żylnych okolicy odpiszczelowo-udowej. Oceniono 143 kończyny u 72 chorych, we wszystkich stadiach PZZ zgodnie z kwalifikacją CEAP, za pomocą badania przedmiotowego i badania Duplex-scan. Refluks w żyłę biodrową badano nad więzadłem pachwinowym w pozycji stojącej podczas próby Valsalvy.

Refluks biodrowy stwierdzono w 58 kończynach (40,5%). Jego występowanie było znacząco częstsze w kończynach z bardziej zaawansowanymi zmianami żylnymi niż w kończynach we wczesnych stadiach PZZ, wg CEAP C4-C6 vs C1-C3; 41(72%) vs 16 (28%),  $p < 0,05$ . Refluks w żyłach biodrowych częściej współistniał z refluks-

sem wykrywanym w okolicy połączenia odpiszczelowo-udowego; wysoką korelację uzyskał zwłaszcza w odniesieniu do refluksu w zastawce nadodpiszczelowej,  $r=0,8$ . Średnice żyły udowej wspólnej i odpiszczelowej okazały się znacząco wyższe w grupie refluksu biodrowego niż w grupie, gdzie refluks biodrowy nie występował: 16,2 vs 15,1 i 7,5 vs 4,6 przy  $p < 0,05$ .

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdziliśmy, że powyższe spostrzeżenia są bardziej zaznaczone u chorych ze zmianami skórnymi PZZ i dobrze odzwierciedlają nasilenie zaburzeń hemodynamicznych wraz z progresją patologii żylniej.

Katarzyna Cierzniaowska

## Współczesne zadania zespołu terapeutycznego w opiece nad chorym ze stomią jelitową

Wzorcowy Model Opieki nad Pacjentem ze Stomią został opublikowany i wdrożony do praktyki klinicznej w 2002 roku. Jego główne zamierzenia koncentrują się przede wszystkim na objęciu chorych ze stomią profesjonalną opieką zespołu terapeutycznego. Rozpoznawanie problemów chorego ze stomią, planowanie działań terapeutyczno-opiekuńczych, edukacyjnych, rehabilitacyjnych i innych wynikających z bieżących potrzeb, a następnie ich realizacja i ocena, stanowią podstawę procesu pielęgnowania i służą:

- poprawie jakości życia osób ze stomią,
- zmniejszeniu częstotliwości powikłań pooperacyjnych,
- skróceniu pobytu chorego w szpitalu,
- prawidłowemu wykorzystaniu przez chorych sprzętu stomijnego.

Poprzez proces zintegrowanych działań chory najlepiej poznaje wartość i znaczenie czynności mających na celu przywrócenie funkcji zaburzonych przez interwencję chirurgiczną. W wyniku pracy zespołu interdyscyplinarnego pacjent i jego rodzina powinni być przekonani, że nie są tylko biorcami usług, ale sami stanowią aktywne ogniwo procesu terapeutycznego.

Tomasz Grzela

## Możliwości i ograniczenia zastosowania stentgraftów aortalno-biodrowych w leczeniu tętniaków aorty brzusznej

Tętniak aorty brzusznej (TAB) dotyczy około 5% mężczyzn po 50 rż. Częstość jego występowania wzrasta z wiekiem, co wobec przesuwania się granicy długości życia wydaje się wpływać na stałe zwiększanie ilości leczonych przypadków. Szacuje się, że 1 na 3 nierozpoznane tętniaki aorty brzusznej ulegają pęknięciu. Pęknięcie tętniaka wiąże się z olbrzymią, 70% śmiertelnością, przy czym połowa chorych ginie przed udzieleniem pomocy. Klasyczne, operacyjne leczenie uległo niewielkiej tylko ewolucji technicznej od czasu pierwszego opisu Dubost'a w 1952 roku i od blisko 2 dekad ma niezmiennie wskaźniki ilości powikłań okołoperacyjnych (30-dniowych) z około 5% śmiertelnością. Ryzyko powikłań i śmierci wybitnie wzrasta u chorych z istotnymi obciążeniami.

Wydaje się, że redukcję umieralności z powodu TAB uzyskać można poprzez stosowanie programów screeningowych oraz zmieniając technikę zaopatrzenia tętniaka.

Alternatywny sposób wyłączenia tętniaka zaproponowany został w 1986 roku przez Volodosa na Ukrainie (później rozpropagowany przez Parodięgo w USA). Wewnątrznaczyniowe zaopatrzenie tętniaka aorty (EndoVascular Aneurysm Repair – EVAR) odbywa się poprzez niewielkie nacięcia tętnic udowych i wprowadzenia dopasowanego do anatomii tętniaka stentgraftu. Wyłączony za pomocą stentgraftu tętniak jest w ten sposób zabezpieczony przed pęknięciem. Metoda ulega stałemu rozwojowi, stając się coraz pewniejszą i niezawodną. Występujące aktualnie ograniczenia w wykonywaniu tej procedury wynikają z niekorzystnych warunków anatomicznych dla implantacji stentgraftu, konieczność bardzo regularnej i częstej kontroli po zabiegu oraz wysokiej ceny samego stentgraftu.

Pierwszej implantacja stentgraftu aortalno-biodrowego dokonano w tutejszej jednostce 4 lat temu. Od 2 lat zabiegi wykonywane są w nowoczesnej pracowni angiograficznej, a procedura stała się metodą z wyboru dla wszystkich chorych z istotnymi przeciwwskazaniami ogólnymi do operacji klasycznej i odpowiednimi warunkami anatomicznymi do naprawy wewnątrznaczyniowej.

Dotychczas wykonano 30 zabiegów, wystąpiły 2 zgony okołooperacyjne, 1 poważne powikłanie w postaci paraplegii. W 9 przypadkach dodatkowo wykonano procedury w postaci angioplastyki lub stentowania naczyń, 1 chorego reoperowano zaopatrując niedostatecznie wyłączony tętniak metodą wewnątrznaczyniową. Uzyskiwane w naszej Klinice aktualnie wyniki odpowiadają rezultatom raportowanym przez inne ośrodki. Metoda wewnątrznaczyniowego zaopatrzenia tętniaka aorty brzusznej wydaje się stanowić obiecującą perspektywę leczenia dla chorych z tym schorzeniem.

Maria T. Szewczyk

## Rola kompresjoterapii w leczeniu owrzodzeń żylnych goleni

Kompresjoterapia przez liczne towarzystwa naukowe została uznana za złoty standard w leczeniu chorób żył i niepowikłanych owrzodzeń żylnych. Dla większości chorych z owrzodzeniem żylnym gojenie jest podstawowym działaniem terapeutycznym.

W warunkach fizjologicznych mechanizmem odpowiadającym za odprowadzenie krwi żyłnej i jej odpływ w ilości odpowiadającej zwiększonemu napływowi jest tzw. „serce obwodowe”, tj. pompa zastawkowo-mięśniowa. Kurczące się w czasie aktywności fizycznej mięśnie, głównie mięśnie łydki, wywierają ucisk na żyły głębokie i zatoki żyłne wypierając z nich krew. Zastawki żyłne zapewniają jednokierunkowy przepływ i zapobiegają refluksowi krwi podczas międzypowięziowego wzrostu ciśnienia. Dysfunkcja układu żylnego może być przyczyną występowania nadciśnienia żylnego i postępujących zaburzeń prowadzących do powstania owrzodzenia.

Zastosowanie odpowiedniego stopnia kompresji zmniejsza nadciśnienie żyłne. Kompresja z jednej strony pobudza i przyspiesza przepływ żylny w kierunku proksymalnym, z drugiej poprawia funkcję zastawek zbliżając płatki do siebie. Istotne zmiany zachodzą również na poziomie mikrokrążenia. Poza zwiększeniem przepływu, podkreśla się ustępowanie zmian zapalnych, redukcję podwyższonych poziomów cytokin i mediatorów zapalenia, odrywanie się neutrofilów od śródbłonna i regresję zmian o charakterze lipodermatosklerozy. Przypuszcza się, że te i podobne im zmiany odpowiadają za poprawę miejscowej trofiki tkanek i sprzyjają gojeniu owrzodzeń.

Zastosowane prawa fizyki (np. prawo Laplace'a) pokazują, że efektywność kompresjoterapii w dużej mierze zależy od wartości przyłożonego ciśnienia, gdyż ciśnienie jest wprost proporcjonalne do napięcia bandaży kompresyjnego. To z kolei zależy od napięcia poszczególnych włókien bandaży. Zwiększenie ilości włókien przy nakładaniu kolejnych warstw bandaży, powoduje wzrost ciśnienia międzypowierzchniowe-

go. Obie zmienne – napięcie i ilość założonych na siebie warstw – znajdują odzwierciedlenie w zmodyfikowanym prawie Laplace'a i wskazują na znaczenie techniki zakładania bandaży kompresyjnych oraz wymaganych umiejętności osoby zakładającej, która determinuje też pierwotne napięcie bandaży. Niewłaściwa technika bandażowania może być przyczyną powikłań lub niepowodzeń w leczeniu, ponieważ to od osoby zakładającej zależy pierwotne ciśnienie międzypowierzchniowe. Z kolei stopień kompresji i jego zmiany w czasie uwarunkowane są wpływem licznych czynników, w tym przede wszystkim:

- formą zastosowanej kompresji i rodzajem materiału kompresyjnego (cechy fizyczne). Sposób wytwarzania ucisku wpływa nie tylko na wartość pierwotną ciśnienia, ale również na jego zmiany w czasie i amplitudę skurczowo-rozkurczową ciśnień,
- poziomem aktywności chorych,
- anatomią kończyny i jej wymiarami, które zmieniają się m.in. adekwatnie do dynamiki obrzęku lub na skutek powikłań choroby i innych (np. kończyny w kształcie odwróconych butelek szampańskich, deformacje wskutek lipodermatosklerozy, nietypowa geometria kończyn),
- umiejętnościami i praktyką osoby zakładającej kompresję.

W leczeniu owrzodzeń żylnych o ile nie występują przeciwwskazania większą skuteczność można uzyskać stosując wyższe ciśnienia kompresji. Zgodnie, z przyjętą klasyfikacją wyróżnia się następujące klasy kompresji: Klasa I-21-30 mmHg; Klasa II-31-40 mmHg; Klasa III-41-50 mmHg; Klasa IV-51-60 mmHg. W leczeniu owrzodzeń żylnych zaleca się stosowanie bandaży specjalistycznych typu short-stretch w systemach 2,3 i 4-warstwowych. W przypadku owrzodzeń o małej powierzchni, w profilaktyce można stosować różne wyroby kompresyjne takie jak: kolanówki, pończochy elastyczne i rajstopy, które powinny być indywidualnie dobrane na podstawie pomiarów obwodu kończyny. Dobór klasy kompresji powinien być związany z lokalizacją anatomiczną patologii żyłnej, i stopniem klinicznego zaawansowania niewydolności żyłnej.

Paweł Jarmocik

## Leczenie chirurgiczne osób z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) jest przewlekłą chorobą zapalną cechującą się nawrotowym przebiegiem. Około 15% chorych zostaje zakwalifikowanych do zabiegu operacyjnego ze wskazań życiowych wkrótce po rozpoznaniu w wyniku piorunującego przebiegu choroby. Do powikłań wymagających leczenia operacyjnego ze wskazań nagłych (magacolon toxicum, perforacja, masywne krwawienie) może dojść też w wyniku postępującego ciężkiego rzutu choroby. Najbardziej bezpiecznym postępowaniem jest wtedy wykonanie kolektomii z ileostomią. Jednak większość zabiegów operacyjnych u chorych na WZJG to zabiegi planowe wykonywane ze względu na ryzyko onkologiczne (znamienne ryzyko zezłośliwienia u osób leczonych zachowawczo dłużej niż 10 lat) lub z powodu oporności na leczenie farmakologiczne. Obecnie w leczeniu chirurgicznym, oprócz radykalności zabiegu dąży się do poprawy jakości życia chorych, czego wymiernym wykładnikiem jest zachowanie zwieraczy odbytu i naturalnej drogi defekacji. Metodą operacyjną, która jest najbliższa spełnieniu tych wymogów jest proktokolektomia z odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego i wytworzeniem zbiornika jelitowego. W przypadku zmian ograniczonych jedynie do odbytnicy i lewej połowy okrężnicy u zdyscyplinowanych pacjentów dopuszczalne jest wykonanie lewostronnej hemikolektomii z jednoczesnym zespoleniem okrężniczo-odbytniczym. Doświadczenie własne w leczeniu chirurgicznym chorych z WZJG z lat 1996–2007, obejmuje 79 zabiegów proktokolektomii odtwórczej.



Arkadiusz Migdalski

## Ocena szyjnej blaszki miażdżycowej w skali szarości GSM

Rosnąca liczba doniesień wskazuje, że nie tylko stopień zwężenia tętnic szyjnych, ale również morfologia szyjnej blaszki miażdżycowej jest czynnikiem determinującym ryzyko powstania epizodów niedokrwienia mózgu. Blaszkę hipoechogenne i te o niejednorodnej strukturze (heterogenne) są uznawane za niezależny czynnik ryzyka udaru mózgu. Ocena morfologii blaszki jest oparta zwykle na ultrasonografii z podwójnym obrazowaniem o wysokiej rozdzielczości (duplex scan), jednak jest to badanie w znacznej mierze subiektywne, dlatego coraz częściej, nie tylko w badaniach naukowych, używa się obiektywnej oceny blaszki w skali szarości (GSM – grey scale median).

W Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej CM UMK rocznie wykonuje się 78 endarterektomii tętnic szyjnych (dane z ostatnich 3 lat). Od grudnia 2006 roku prowadzony jest rejestr wewnętrzny chorych operowanych z powodu krytycznego zwężenia tętnic szyjnych, a od połowy 2007 roku przedoperacyjnie rejestrowany jest obraz blaszek w systemie skali szarości (GSM), przy użyciu programu komputerowego Plaque Texture Analysis Adlare Ltd. wersja 3.3. Do końca lutego 2008 w rejestrze znalazło się 104 chorych (71 mężczyzn, 33 kobiety), u których wykonano 108 endarterektomii tętnic szyjnych. Prawie 1/3 chorych (32,4%) była objawowa wg kryteriów NASCET (objawy niedokrwienia mózgu /TIA, udar/ lub siatkówki, po stronie zwężenia, w ciągu ostatnich 6 miesięcy). Obraz 71 blaszek zarejestrowano w skali GSM. Przeprowadzone badania wskazują, że obok zwężenia tt. szyjnych, także i struktura blaszki miażdżycowej odgrywa rolę w podjęciu decyzji o endarterektomii.

Krzysztof Tojek

## Ocena stanu odżywienia chorych na raka jelita grubego

Rak jelita grubego (rjg) jest drugim co do częstości występowania rakiem, zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn. Choroba ta jest niepokojąco narastającym zagrożeniem dla społeczeństwa oraz częstą przyczyną hospitalizacji jak i podejmowania interwencji chirurgicznej. Dodatkowym problemem u tych pacjentów jest niedożywienie związane z chorobą zasadniczą i planowanym zabiegiem operacyjnym.

Grupa badana to 104 osoby (43 kobiety i 61 mężczyzn) przyjęte do Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej z rjg

**Cel pracy.** Ocena stanu odżywienia wg formularza NRS 2002 i parametrów: CEA, hemoglobiny, albumin, liczby limfocytów w mm<sup>3</sup>.

**Wyniki.** Na podstawie badań, obserwacji i analizy statystycznej uzyskano następujące wyniki:

- 62 pacjentów (NRS 2002) wymaga żywienia klinicznego
- Średnie wartości BMI nie wykazują różnic statystycznych.
- Chorzy z rakiem prawej strony okrężnicy znamiennej części mają poziom hemoglobiny <10 g/dl niż chorzy z rakiem odbytnicy.
- Hipoalbuminemia występuje częściej u pacjentów z guzem prawej połowy jelita grubego
- Poziom limfocytów nie wykazuje różnicy u chorych o różnym zaawansowaniu choroby
- Pacjenci niedożywieni wymagali dłuższego pobytu w szpitalu

### Wnioski:

- Chorzy na rjg wymagają oceny stopnia odżywienia.
- Większy stopień zaawansowania choroby, to większa skłonność do niedożywienia.
- Pacjent niedożywiony – dłuższy pobyt, większy koszt leczenia.

## Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej

### ORDYNATORZY I KIEROWNICY Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej

- Arkadiusz Jawień (1993–2008) Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej
- Arkadiusz Jawień (1991–1993) Ordynator
- Jerzy Sielski (1990–1991) p.o. Ordynatora
- Janusz Montowski (1977–1990) Ordynator
- Wincenty Kalinowski (1967–1977) Ordynator
- Władysław Staszewski (1945–1967) Ordynator

*Dokończenie ze str. 15*

w roku 2006, wracając z pracy do domu), dr Mariusz Rydzkowski w Tucholi, który zastąpił zmarłego dr. Siatkowskiego i dr Andrzej Świątkiewicz, który przez krótki okres czasu był ordynatorem w Świeciu.

W roku 2007 ponieśliśmy w zespole niepowetowaną stratę. Odszedł od nas po długiej chorobie Szymek Dudziak. Najmłodszy asystent, ale także doświadczony przez los i jak pięknie znoszący trudy tego losu. Jego codzienna walka z chorobą – a nade wszystko – nadzieja, którą promieniował do końca swoich dni, zostały nam na zawsze w pamięci. Dzisiejszy nasz jubileusz ogląda już, niestety, z innej perspektywy.

Przełomowym momentem w historii Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej była decyzja podjęta przez Dyrektora Naczelnego Szpitala Wojewódzkiego im. dr. J. Bizuela, dr. Andrzeja Motuka o przeniesieniu Kliniki z dniem 17.10.2005 na całe III piętro Szpitala, co poprawiło nie tylko warunki chorych, ale i personelu.

Na chwilę obecną Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej dysponuje 62 łózkami chorych, w jej skład wchodzi dwa pododdziały: Pododdział Chirurgii Naczyniowej i Angiologii oraz Pododdział Chirurgii Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej wraz z pracownikami: Endoskopową, Ultrasonograficzną i Gabinetem Rehabilitacyjnym.

Ponadto w skład Katedry i Kliniki wchodzi następujące poradnie: Wojewódzka Poradnia Chirurgiczna, Poradnia Leczenia Chorób Jelita Grubego, Poradnia Stomijna, Wojewódzka Poradnia Chorób Naczyń, Poradnia Leczenia Owrzodzeń Żyłnych Goleni. Łącznie, rocznie wykonujemy ponad 1800 operacji chirurgicznych oraz ponad 1000 endoskopii przewodu pokarmowego. W przeciągu ostatnich 17 lat mojego ordynowania, podczas których 15 lat funkcjonujemy jako jednostka akademicka, udało się stworzyć bardzo kompetentny i merytorycznie przygotowany zespół lekarsko-pielęgniarski do leczenia chorych chirurgicznych. Ogrom naszego wysiłku, jaki wkładamy w codzienną pracę dla dobra chorego jest zauważany na każdym szczeblu, od samych chorych aż po władze akademickie i szpitalne.

Dziękuję całemu mojemu zespołowi za ten okres wspólnej, wytężonej pracy i – jeśli mamy poczucie sukcesu, to ten sukces chyba najbardziej oddaje poniższa sentencja:

**Sukces to drabina, po której nie sposób się wspiąć  
z rękami w kieszeniach** (Philip Wylie)

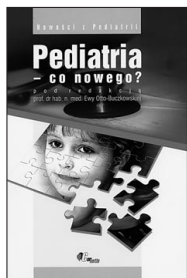
Dziękuję, że chcecie Państwo wspinać się po tej drabinie wspólnie ze mną i wierzę, że przed nami jeszcze wiele stopni, dających nam zadowolenie i satysfakcję.

*Prof. dr hab. med. Arkadiusz Jawień*



## Nowości wydawnictwa CORNETIS

[www.cornetis.com.pl](http://www.cornetis.com.pl)

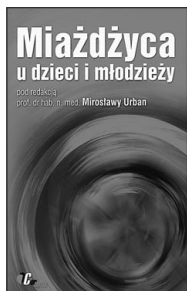


### Pediatria

– co nowego?

Pod red. prof. dr hab.  
med. Ewy Otto-  
-Buczowskiej  
rok 2007  
stron 492  
format B5  
ISBN 83-919540-7-2  
cena: 69 zł

„Pediatria – co nowego?” to pozycja pomyślana jako uzupełnienie znajdujących się na rynku wydawniczym podręczników pediatrii. Jest to zbiór opracowań grupy pediatrów, wynikających z ich zainteresowań i doświadczeń, oparty na najnowszym piśmiennictwie. Mamy nadzieję, że książka ta będzie przydatna w przygotowaniu się młodych lekarzy do egzaminów ogólnolekarskich, a także pomoże w pracy lekarzom pierwszego kontaktu, pediatrom oraz specjalistom z innych dziedzin.



### Miażdżycy u dzieci i młodzieży

Pod red. prof. dr hab.  
n. med. Mirosławy Urban  
rok 2007  
stron 448  
format B5  
ISBN 978-83-919540-3-X  
cena: 55 zł

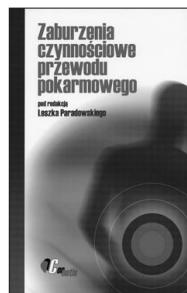
Monografia „Miażdżycy u dzieci i młodzieży” oddana do rąk Czytelników dotyczy problematyki miażdżycy, choroby podstępnej, przewlekłej i ciągle tajemniczej, ujawniającej się już w początkowym okresie rozwoju dziecka pod postacią nacieczeń tłuszczowych – fatty streaks.

W monografii przedstawiono najnowsze poglądy na temat wieloczynnikowej patogeny miażdżycy oraz szczegółowo omówiono czynniki ryzyka jej wystąpienia.

Podkreślono również znaczenie prewencji pierwotnej i wtórnej, bowiem otyłość, nadciśnienie tętnicze i cukrzyca, dotykające coraz częściej dzieci, to jedne z wiodących czynników ryzyka obok hiperlipidemii i palenia tytoniu.

Wiele miejsca poświęcono także roli insulinooporności w rozwoju miażdżycy oraz udziału tkanki tłuszczowej – aktywnego organu para- i endokrynnego, zdolnego do syntezy i uwalniania do krążenia różnych cytokin wpływających na wytworzenie niekorzystnego aterogennego profilu. Nie pominięto również wpływu przewlekłych chorób, takich jak schorzenia nerek, układowe cho-

roby tkanki łącznej, zespół policystycznych jajników, jako potencjalnego ryzyka rozwoju miażdżycy. Szczegółowo przedstawiono metody nieinwazyjnej oceny zmian miażdżycowych w naczyniach tętniczych u dzieci. Zwrócono przy tym uwagę, że zasadniczym celem postępowania diagnostyczno-prewencyjno-terapeutycznego w spowalnianiu/zatrzymaniu procesu aterosklerozy u dzieci i młodzieży powinno być monitorowanie zarówno markerów biochemicznych, jak i biofizycznych, odzwierciedlających stan śródbłonna, szczególnie u tych z obciążeniem rodzinnym chorobami układu sercowo-naczyniowego oraz kumulacją kilku czynników ryzyka. Z uwagi na to, że miażdżycy rozwija się już od wczesnego dzieciństwa, populacja wieku rozwojowego powinna być objęta priorytetowym programem profilaktycznym, realizującym założenia prozdrowotnego stylu życia.



### Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego

pod red. Leszka Paradowskiego  
rok 2007  
stron 296  
format B5  
ISBN 978-83-919540-8-0  
cena: 58 zł

Monografia ta spełnia kryteria własnego, oryginalnego wejrzenia w skomplikowaną tematykę chorób czynnościowych przewodu pokarmowego. Przedstawione zostały w niej aktualne poglądy na temat patofizjologii zaburzeń czynnościowych, ze szczególnym uwzględnieniem mediatorów regulujących motorykę przewodu pokarmowego. W oddzielnym rozdziale przedstawiono nowoczesne metody diagnostyki tych zaburzeń, w kolejnych zaś - omówiono szczegółowo poszczególne jednostki pod kątem symptomatologii, diagnostyki oraz leczenia.

Książkę tę kierujemy do szerokiego kręgu odbiorców, w szczególności do lekarzy pierwszego kontaktu, pediatrów, internistów i gastroenterologów, gdyż to oni najczęściej spotykają się w praktyce z zaburzeniami czynnościowymi przewodu pokarmowego. Będzie nam miło, jeżeli zawarta w niej wiedza pomoże im w codziennej pracy. Podręcznik ten będzie też z pewnością pomocny w przygotowywaniu się do zdobycia specjalizacji lekarskiej. Nie wykluczamy, że sięgnie po niego również młodzież akademicka, która będzie chciała bliżej poznać zawartą tu problematykę.

## IKAMED poleca:

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](mailto:sprzedaz@vmgroup.pl)  
[www.ikamed.pl](http://www.ikamed.pl)



### Farmakoterapia w cukrzycy

autor: Władysław Grzeszczak  
ISBN: 9788360072998  
wydawca: Via Medica  
rok wydania 2007  
oprawa miękka  
ilość stron 392  
format 164x238  
cena ikamed: 39,00 zł

W opracowaniu przedstawiono wyniki badań wskazujących na znaczenie kontroli glikemii, ciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych oraz zaprzestania palenia tytoniu w zmniejszeniu rozwoju i zahamowaniu progresji cukrzycy. Omówiono również aktualne możliwości farmakologiczne leczenia chorych na cukrzycę typu 2. W końcowej części publikacji zamieszczono obszernie piśmiennictwo pozwalające na dokładniejsze zapoznanie się z poszczególnymi zagadnieniami. Książka jest przeznaczona dla studentów pragnących poszerzyć wiedzę na temat insulinoterapii, dla lekarzy specjalizujących się w zakresie chorób wewnętrznych i diabetologii oraz dla wszystkich zajmujących się leczeniem chorych na cukrzycę typu 2.



### Schizofrenia - pierwszy epizod

autor: Marek Jarema  
ISBN13: 9788375550368  
wydawca: Via Medica  
rok wydania 2008  
format 145x208  
oprawa miękka  
stron 188  
cena ikamed: 23,80 zł

Książkę tę skonstruowano w ten sposób, aby przybliżyć Czytelnikowi nie tylko zasady rozpoznawania i leczenia schizofrenii, ale aby zwrócić uwagę na odrębności w postępowaniu z chorymi, którzy po raz pierwszy doznają objawów psychotycznych i dla których, podobnie jak dla ich bliskich, doświadczenie choroby jest czymś nowym, nieznanym, często zupełnie niezrozumiałym.

Jest potrzeba szybkiej interwencji terapeutycznej. W pierwszym epizodzie ma to szczególne znaczenie wobec wagi, jaką dla losów chorego ma okres psychozy nieleczonej. W miarę szybkie – od momentu wystąpienia objawów schizofrenii - podjęcie leczenia może w korzystny sposób modyfikować przebieg choroby.



# Muzyka – moja miłość, muzykoterapia – moje powołanie...

...to dewiza życiowa prof. Wojciecha Pospiecha, kierownika Katedry i Zakładu Muzykoterapii Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy, do której „przyznał się” seniorom na ich klubowym spotkaniu 6 lutego 2008 r. Od dzieciństwa zafascynowany muzyką, stale obracający się w jej kręgu, najpierw jako śpiewak w chórze prof. Stefana Stulgrosza w Poznaniu. A potem... a potem: Wydział Wokalny Akademii Muzycznej w Poznaniu, Konserwatorium Królewskie w Brukseli, inicjator powstania Katedry Muzyki Dawnej w Łodzi, gdzie pracował przez 22 lata i wreszcie Bydgoszcz z utworzeniem pierwszej w kraju (i na razie – jedynej) Katedry i Zakładu Muzykoterapii. I nawet żona profesora, p. Ewa Stąporek-Pospiech, dyrektor Państwowego Zespołu Szkół Muzycznych w Bydgoszczy, także jak widzimy z kręgu zainteresowań muzycznych!

W międzyczasie – stale rozrastające się Koło Przyjaciół Muzykoterapii i Koło Naukowe prowadzące badania nad wpływem muzyki na człowieka i pozytywnego jej działania w różnych jego schorzeniach. W związku z powyższym, profesor nawiązał ścisłą współpracę z szeregiem bydgoskich klinik, które coraz szerzej wprowadzają ten rodzaj terapii (co obserwuje się ostatnio także w całym lekarskim świecie).

Według naukowców muzyka ma znaczący wpływ na rozwój ośrodków kory mózgowej, sprzyja koncentracji, a poprzez zwiększenie wydzielania endorfin powoduje zmniejszenie odczuwania bólu (co potwierdza w badaniach dr n. med. Daria Pracka z Zakładu Fizjologii CM).

Działaniem swoim p. profesor chce objąć także sport, wykorzystując przerwy w meczu na wyciszenie – poprzez muzykę – nadmiernych emocji sportowców i kibiców. Także, i co jest bardzo ważne, chce wprowadzić muzykę do szkół (taki projekt został już złożony do łaski marszałkowskiej).

*Muzyka kończy się tam  
gdzie zaczyna się hałas*

Phil Bosmans

Przeżyciem profesora jest „nieprzeżycie” swego działania, gdyż niektóre utwory mogą szkodzić zamiast pomagać. W pracy swojej najchętniej korzysta z dzieł J. Sebastiana Bacha, których kilka (w tym fragment pasji wg św. Jana) zostało zaprezentowanych przez obsługującą sprawnie aparaturę CD studentkę IV roku Fizjoterapii CM, p. Julię Suszyńską. Pozytywnie wyraża się także o działaniu terapeutycznym takich spektakli jak „światło i dźwięk”, ale tylko tych niosących ze sobą spokój i wyciszenie. Bo zadaniem człowieka powinna być nie tylko „walka o pokój, ale także o spokój” – którego ostatnio tak bardzo nam wszystkim brakuje.

Dobrym przykładem takiego spotkania była urządzona przez Izbę Lekarską w 2004 roku „diaporama” dr. n. med. Tomasza Jopkiewicza, który na tle wyciszającej muzyki wyświetlił swoje piękne fotografie. Takie zadanie spełnił także urządzony w Trójmieście wer-

nisaż szwedzkiego artysty Pera Oscara Gustava Dahlberga, który zafascynowany muzyką F. Chopina na jej tle wyświetlił cykl swoich malarskich impresji.

Następny pomysł profesora – to wprowadzenie śpiewoterapii, która według naukowców, poprawia krążenie i dotlenia organizm. Oczywiście nie chodzi o taką działalność „rozrywkowo-estradową” z bębnieniem świdrującym uszy i męczącą wzrok poprzez liczne świetlne rozbłyski i wirujące zmiany tła. Według profesora sukces muzykoterapii zależy głównie od używania w instrumentach strun jelitowych, dzięki czemu wytwarzają one szlachetny, delikatny a jednocześnie dynamiczny dźwięk oraz od ilości alikwotów tworzących barwę tak instrumentu, jak i głosu, która może działać na układ nerwowy drażniąco lub kojąco.

I tak sobie zadaję pytanie – z jakiego to szlachetnego materiału utworzył Bóg struny głosowe u naszego Prelegenta, że potrafił nas, nie zawsze zdyscyplinowanych seniorów, tak zauroczyć i wyciszyć? To był swego rodzaju test „naukowy” na pozytywne działanie „mowoterapii”, zależnej nie tylko od wygłaszanej treści, ale także od melodyki głosu.

A my spotkamy się ponownie z p. profesorem (najprawdopodobniej 7.10.2008) na naszym klubowym zebraniu, na które Prelegent obiecał przyjść w asyście swoich młodych uczniów oraz... sam zaśpiewać!

I jak tu z całego serca nie dziękować? No jak...?

H. Grzybowska-Rogulska  
Klub Lekarza Seniora

## Śpiewajmy!

Od dwóch lat jestem związana z chórem kameralnym „Akolada”, pod dyrekcją pani dr Renaty Szaferin-Wójtowicz. Zapraszam Koleżanki i Kolegów do śpiewania razem z nami. Zaznaczam, że warunkiem uczestnictwa w naszym zespole nie jest wykształcenie muzyczne, tylko dobry słuch i głos. Nagroda jest wysoka – to wspaniałe przeżycia, realizacja naturalnej potrzeby, wpisanej w głęboką naturę człowieka – śpiewania.

Anita Nowicka, lekarz stomatolog  
tel. kom. 603 777 981  
kontakt do dyrygenta:  
p. Szaferin-Wójtowicz: 605 444 094

## Klub Lekarza Seniora zaprasza!

### ● Wycieczka jednodniowa: 7 maja 2008

Majówka w Cegielniku. Mała miejscowość bliżej Torunia niż Bydgoszczy – gościnny dom – leśniczówka, którego gospodarzem jest Jacek Karwowski, fizyk, zdobywca szczytów, i... gawędziarz. Wpłata uczestnika na przejazd – 30 zł (BIL dopłaca 10 zł). Wyjazd 7 maja o godz. 10 z przed dworca głównego PKP w Bydgoszczy. Wpłata: w BIL – Ewa Langner lub dr Henryk Osiński (Bydgoszcz ul. Gołębia 47/4) do dnia 25.04.08.

### ● 5–8 czerwca 2008

Malbork – Gdynia – Hel – Sopot – Gdańsk – Westerplatte – rejs katamaranem, to program wiosennej wycieczki lekarzy – seniorów, na którą zaprasza Komisja Socjalna i Klub Lekarza Seniora. Koszt ponoszony przez uczestnika – 310 zł (ponadto Bydgoska Izba Lekarska dopłaca 170 zł). Wyjazd dnia 5.06.08. Zbiórka 6.30–7.00 przed Dworcem Głównym PKP w Bydgoszczy. Wpłata: w BIL – Ewa Langner lub dr Henryk Osiński (Bydgoszcz ul. Gołębia 47/4) do dnia 25.04.08.

# Nordic Walking – sport, rekreacja, zdrowie



Nordic Walking to doskonała metoda spędzania wolnego czasu, sprawdzona na całym świecie, coraz częściej obecna w Polsce, a ostatnio modna w naszym mieście.

### Co to jest właściwie Nordic Walking?

Nordic Walking jest formą aktywności fizycznej, wymyśloną w latach dwudziestych, a spopularyzowaną w 1997 r. w Finlandii, początkowo jako trening letni dla narciarzy, z czasem przekształcił się w ćwiczenia usprawniające i poprawiające wydolność fizyczną różnych grup społecznych. Obecnie szacuje się, że uprawia go około milion osób na świecie. Nordic Walking – poprzez zastosowanie specjalnych kijków, w połączeniu z prawidłową techniką chodu – angażuje 90% mięśni naszego ciała, co świadczy o jego dużej efektywności, jest treningiem w sposób minimalny obciążającym stawy biodrowe i ko-

lanowe, co jest niezwykle ważne u osób otyłych i starszych.

### Kto może go uprawiać?

Nordic Walking może być uprawiany w każdym wieku, bez względu na poziom sprawności fizycznej, praktycznie w każdym miejscu, o każdej porze roku. Dlatego polecany jest jako sport dla całych rodzin. Może być bezpiecznie stosowany i jest rekomendowany jako rehabilitacja ortopedyczna, neurologiczna, kardiologiczna, pulmonologiczna oraz jako doskonała prewencja i leczenie nadwagi i otyłości.

### Jakie są korzyści zdrowotne uprawiania Nordic Walking?

Nordic Walking w porównaniu do zwykłego marszu angażuje mięśnie górnej połowy ciała, spala przeciętnie od 20–40% więcej kalorii, zwiększa pobór tlenu przeciętnie o 20–58%, odciąża stawy kończyn dolnych, utrzymuje bez-

pieczną, pewną pozycję ciała. Systematyczne uprawianie Nordic Walking wzmacnia układ sercowo-naczyniowy, poprawia wydolność tlenową, obniża ciśnienie tętnicze krwi, poprawia gospodarkę węglowodanową i lipidową, redukuje masę ciała, wzmacnia układ mięśniowy oraz kostno-stawowy, wpływa korzystnie na samopoczucie, redukując stres i stany napięcia psychicznego.

Nordic Walking vs. zwykły chód:

- 10–15 wzrost tętna (uderzeń/min)
- 4,5–5,5 wzrost pochłaniania tlenu (ml/kg/min)
- 1,3–1,6 METS (ekwiwalent metaboliczny) więcej
- 20–25% wzrost w wydatku energetycznym
- 1,5–2,0 więcej kcal/min

### Jak zacząć uprawianie Nordic Walking?

Nordic Walking jest sportem, do którego uprawiania nie trzeba wiele, poza kijami – dostosowanymi do wzrostu (długość kijka = 0,72 x wzrost osoby), wygodnymi butami i ubraniem nie krępującym ruchów ciała, potrzebne są tylko chęci. Warto dodać, że kilka pierwszych zajęć powinno odbyć się z instruktorem, który nauczy odpowiedniej techniki chodu, skoryguje błędy i pokaże kilka ciekawych ćwiczeń z kijami.

### Gdzie szukać pomocy?

INWA – Międzynarodowe Stowarzyszenie Nordic Walking – [www.nordic.walk.pl](http://www.nordic.walk.pl)  
Fundacja Aktywni – [www.aktywni.info](http://www.aktywni.info)

Autorzy:

**Paweł Rajewski** – Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Wielospecjalistyczny Szpital Miejski w Bydgoszczy; Katedra Biologii Medycznej CM UMK.

**Magdalena Hagner-Derengowska** – Katedra i Klinika Rehabilitacji CM UMK, instruktor INWA

Po wydaniu „200” numeru PNN otrzymaliśmy tę miłą korespondencję. Dziękujemy za list i życzenia, i dzielimy się nimi z wszystkimi, którzy tworzą – razem z nami – „Primum”

Teodora Bogdańska



Przemilla Zaprzyjaźniona Redakcjo!

Z okazji wydania 200 numeru PRIMUM NON NOCERE proszę przyjąć serdeczne gratulacje i życzenia wielu takich Jubileuszy. Wszystkie wydania otrzymuję (dziękuję) i z zainteresowaniem czytam. Zdarza mi się czasem z jakiegoś tekstu, czy rzuconej myśli skorzystać, ale to nie wstyd, bo jeśli brać przykład to z najlepszych.

Serdecznie pozdrawiam  
Jacek Bogobowicz

*Jacek Bogobowicz*  
Biuletyn OIL Koszalin

## 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](mailto:rogalski@box.net.pl)

DO WYNAJĘCIA GABINETY LEKARSKIE  
**Fordon obok Lidla i Hypernowej**  
tel. (052) 344 36 34

## Zaproszenia dla Czytelników do Teatru!

- 27.04 – Krasiński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna, godzina 19.00 – 3x2;
- 29.04 – Krasiński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna, godzina 19.00 – 3x2;

Czekamy na telefony 22 kwietnia  
od godziny 9 do 11  
– Ewa Langner 052 346 00 84.

## Repertuar kwiecień 2008



• 13 niedziela Janusz Korczak/Robert Bolesto – **Kajtuś Czarodziej** Duża Scena TPB 11.00

Frank Wedekind – **Przebudzenie wiosny**. Prezentacja podczas XLIII Przeglądu Teatrów Małych Form KONTRAPUNKT 2008, 16–20 kwietnia 2008 w Teatrze Współczesnym w Szczecinie

Buchsteiner – **Nordost**. Prezentacja podczas XLIII Przeglądu Teatrów Małych Form KONTRAPUNKT 2008, 16–20 kwietnia 2008 w Teatrze Współczesnym w Szczecinie

• 21 poniedziałek William Szekspir – **Tymon Ateńczyk**. Prezentacja podczas XXXIII Opolskich Konfrontacji Teatralnych „Klasyka Polska 2008” w Teatrze im. Jana Kochanowskiego w Opolu

Buchsteiner – **Nordost**. Prezentacja podczas 33. Krakowskich Reminiscencji Teatralnych, Międzynarodowego Festiwalu Teatralnego 24–27 kwietnia 2008 na Scenie im. St. Wyspiańskiego PWST Kraków

• 25 piątek Krasiński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna Premiera 19.00

• 26 sobota Krasiński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna 19.00

• 27 niedziela Krasiński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna 19.00

• 29 wtorek Krasiński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna 19.00

• 30 środa Krasiński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna 19.00

Repertuar może ulec zmianie

## Mój jest ten kawałek podłogi!...

*Nie usłucham ja tej wiosny zupełnie.  
Postulatów jej najprostszych nie spełnię.*

Jeremi Przybora



## Szanowne Koleżanki i Koledzy!

*Wiosna!*

*O wiosnie można rzec bardzo sucho i bez emocji, że jest to „pora roku między zimą a latem, według kalendarza trwająca od równonocy wiosennej do przesilenia letniego (na półkuli północnej od 21 marca do 23 czerwca)”.*

*Można też zaśpiewać o niej ciepło za Skaldami:*

*„Wiosna – cieplejszy wieje wiatr,*

*Wiosna – znów nam ubyło lat,*

*Wiosna, wiosna wkoło rozkwitły bzy...”.*

*Można w przeróżny sposób mówić o tej uroczej porze roku.*

*Na hasło „wiosna” jedna z najpopularniejszych przeglądarek internetowych proponuje nam zajrzeć na przeszło 15 milionów stron. Przejrzenie ich wszystkich jest rzeczą oczywiście niemożliwą, co nie stoi na przeszkodzie, abym wbrew poecie przekornie nie postarał się jednak poszukać niektórych z jej postulatów możliwych do spełnienia.*

*Ale jak się głębiej zastanowię, to naczelnego postulatu każdej wiosny – „zakochaj się”, chyba nie jestem w stanie wypełnić, gdyż już wiek nie ten, a i serce zajęte. Nie zamierzam także, jak zaleca w innej części tej piosenki autor, wiosny spędzić w drzemce na otomanie.*

*Natomiast mogę pozachwycać się innymi jej urokami jak na przykład, że w tym roku jest wczesna i w miarę ciepła. Że nam zawitała pięknymi kwiatami w ogrodzie, a na sąsiednich drzewach ptaki urządzają koncerty. Dzięki niej podziwiać mogę urocze zaloty pary synogarlic na balustradzie mego balkonu.*

*Wreszcie, że mogę zanuć za nieodżałowanym Markiem Grechutą:*

*„Dzisiaj rano niespodzianie zapukała do mych drzwi*

*Wcześniej niż oczekiwałem przyszły te cieplejsze dni*

*Zdjąłem z niej zmoknięte palto, posadziłem vis a vis*

*Zapachniało, zajaśniało wiosna, ach to ty*

*Wiosna, wiosna, wiosna, ach to ty”.*

*Kończąc, życzę Miłym Koleżankom i Szanownym Kolegom ciepła, jakie to każdemu niesie wiosna.*

*A. Martynowski*



## Prosimy o zdjęcia!

Drodzy Rodzice! Jeżeli chcecie, żeby zdjęcie Waszego dziecka znalazło się na okładce czerwcowego numeru „Primum non nocere” przysyłajcie je do nas. Na fotografii maluchów w wieku od 0 do 12 lat czekamy do 10 maja. Nasz adres: [primum@bil.org.pl](mailto:primum@bil.org.pl) lub Redakcja „Primum non nocere” Bydgoska Izba Lekarska, ul. Powstańców Warszawy 11, 85-681 Bydgoszcz.



## PRACA

Spółdzielnia Pracy Lekarzy Specjalistów SANITAS zatrudni **lekarzy stomatologów** (również pełen etat). Informacja i zgłoszenia pod numerem tel. (052) 322 40 72.

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku, ul. Węgrzynowicza 13 zatrudni: **lekarza specjalistę w dziedzinie neonatologii lub chcącego specjalizować się w tej dziedzinie** do pracy w Oddziale Neonatologicznym w oparciu o umowę cywilną/kontraktową oraz **lekarza posiadającego specjalizację lub chcącego podjąć specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych** do pracy w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Kardiologii w oparciu o umowę cywilną/kontraktową.

Gwarantujemy możliwość rozwoju oraz wykonywanie zadań dodatkowych poprzez współpracę z krajami UE, realizację Programów UE oraz Programu Norweskiego Mechanizmu Finansowego.

Oferujemy dogodne, atrakcyjne finansowo warunki zatrudnienia.

Blizszych informacji udzieli Naczelny Lekarz Szpitala tel. (059) 86 35 271.

Oferty prosimy przysyłać na adres: SPS ZOZ, 84-300 Lębork, ul. Węgrzynowicza 13, e-mail: [sekretariat@szpital-lebork.com.pl](mailto:sekretariat@szpital-lebork.com.pl)

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie zatrudni **lekarza w podstawowej opiece zdrowotnej**. Warunki pracy i płacy do omówienia. Kontakt: 86-010 Koronowo ul. Dworcowa 55, tel. 052 38 22 353, fax: 052 38 22 448.

NZOZ „Przychodnia Ogrody” ul. Ogrody 21 zatrudni **lekarza do poradni ogólnej** w godzinach przedpołudniowych. Tel. 052 361 07 21.

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

## WYNAJMĘ

Wynajmę gabinet lekarski – Bydgoszcz, Śródmieście. Tel. 605 625 568.

## 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.

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

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.

## Zapraszamy do Adrii

Na Czytelników „Primum non nocere” czekają 22 bilety do kina! Można je wykryzać na dowolnie wybrany film. Prosimy o telefony 22 kwietnia w godz. od 9–11. Tel. (052) 346 00 84.

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

KUPON

**bilet za 10 zł**

PRIMUM NON NOCERE

KINO TEATR  
**ADRIA**

SCENA KABARETOWA

Kabaret



**SŁUCHAJCIE**

10 kwietnia

g. 20:30

bilety 35 zł

**HIT!**

**JOZIN Z BAZIN / JÓZEK Z BAGIEN/**

PO POLSKU CZYLI

**DONALD MARZY**

**Kabaret**

**POD**



**WYRWIGROSZEM**

24 kwietnia

g. 18:00 i 20:30 bilety 45 zł

**KONCERT TSA AKUSTYCZNIE**



30 kwietnia

g. 20:00

bilety 40 zł

**NA EKRANIE**

04.04 - 10.04 **WSZYSTKO ZA ŻYCIE MOTYL I SKAFANDER**  
zdjęcia Janusz Kamiński  
GRANDPRIX na festiwalu CAMERIMAGE 2007

11.04 - 17.04 **WSZYSTKO ZA ŻYCIE TO NIE JEST KRAJ DLA STARYCH LUDZI**

18.04 - 24.04 **CZESKI FESTIVAL**  
przeгляд filmów Sveraka i Hrebjeka  
**TO NIE JEST KRAJ DLA STARYCH LUDZI**

25.04 - 01.05 **SWEENEY TODD POKUTA**

**EVENTY FIRMOWE W ADRII ZAPRASZAMY DO WSPÓŁPRACY W NASZEJ OFERCIE:**

- WYNAJEM SALI
- ORGANIZACJA IMPREZ
- PROFESJONALNA OBSŁUGA



**REZERWACJA BILETÓW**  
**INFORMACJA tel. 52 371 27 39**

[www.kinoadria.pl](http://www.kinoadria.pl)