

**ROZMOWA Z...**

doktorem Jarosławem Katulskim,  
posłem na Sejm RP .....2

**OCHRONA ZDROWIA – ZMIANY**

Bydgoskie przychodnie  
już przekształcone .....3  
Oświadczenie OZZL .....4

**WYDARZENIA .....5**

**NA WAKACJE**

Zespół długich podróży .....6

**PODYSKUTUJMY**

Zagrożenia moralno-etyczne  
zapłodnienia in vitro .....7

**HIPERTENSJOLOGIA .....9**

**KONGRESY**

VII International Congress of Medical  
Sciences ICMS 2008 .....10

**55 LAT PTS .....11**

**Z CM UMK .....15**

**KSZTAŁCENIE**

Studia doktoranckie .....16

**TAK CZY NIE?**

Homeopatyczna dawka normalności ...17

**PRZYŁĄCZCIE SIĘ DO NAS**

Studenci medycyny w Meksyku .....18

**PODZIĘKOWANIE .....20**

**NOWOŚCI Z KSIĘGARNI .....21**

**ZAPRASZAMY DO OSIA .....22**

**FELIETON .....23**

**W PIGUŁCE .....24**

**Dzieci lekarzy z BIL – na okładce:**

1. Bartuś Słupski, 2. Ania i Wojtek Bohuszewicz, 3. Bogumił Burczyk, 4. Julka Wiśniewska, 5. Zuzia i Zosia Chrobot, 6. Karolinka i Marysia Dębczyńskie, 7. Martynka i Marynia Jazdon, 8. Laura Zaborowska, 9. Jakub Malinowski, 10. Martynka Kępa, 11. Julka Motuk, 12. Agatka Dolny, 13. Marta Olechnicka, 14. Milenka Barczyńska, 15. Sara Łupkowska, 16. Karol Banach, 17. Zuzia, Kinga i Bartek Szymczak, 18. Jakub Gadziński, 19. Tomek Styczyński, 20. Marysia i Karol Mikołajczuk

*Szanowne  
Koleżanki i Koledzy*



*Przed nami wakacje, na które wszyscy z utęsknieniem czekamy. Mimo czasu przedwakacyjnego w Ministerstwie Zdrowia trwa nadal praca nad projektami ustaw, które mają być wiodące w zapowiadanej reformie ochrony zdrowia. Trudno komentować teksty tych projektów, jeżeli zostały one w całości odrzucone zarówno przez Naczelną Radę Lekarską, kluby poselskie, jak i sejmową Komisję Zdrowia. Pozostaje nam nadzieja, że mimo wszystko te ustawy będą dobrze przygotowane, tak abyśmy wreszcie doczekali się reform pozwalających pracować dla dobra pacjentów bez zbędnych formalności i zbytecznych ton papierów do wypełniania. Kolejny projekt Platformy Obywatelskiej to przekształcenia szpitali w spółki podległe samorządom terytorialnym – w naszym biuletynie artykuły na ten temat.*

*Przedstawiamy również fotograficzną relację z uroczystości jubileuszowej, kiedy wręczaliśmy listy gratulacyjne lekarzom, którzy przed 40 laty uzyskali dyplom lekarza, Srebrne Eskulapy – z okazji 50 lecia uzyskania dyplomu, a Złote Eskulapy dla tych, którzy przed 60 laty ukończyli studia medyczne.*

*Wracając do beztroskiego czasu wakacji, zachęcam wszystkich do udziału w kolejnej Lekbiesiadce, która odbędzie się w Osiu w dniach 29–31 sierpnia, organizatorzy proponują bogaty i atrakcyjny program, kierowany do całych rodzin (szczegóły wewnątrz numeru – str. 22).*

*Życzę mądrego, zdrowego i ciekawego wypoczynku wakacyjnego.*

Radosława Staszak-Kowalska  
Przewodnicząca BIL

Redakcja: e-mail: [primum@bil.org.pl](mailto:primum@bil.org.pl), tel. 0523460785

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

**CZEKAMY** na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Przewodniczący Rady Programowej: Wojciech Szczęsny, tel. 0602 395 654; redaktor naczelny: Teodora Bogdańska tel. 052 346 07 85, 0696 016 262; redaktor: Agnieszka Banach [agnieszka.banach@hipocrates.org](mailto:agnieszka.banach@hipocrates.org)

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

● Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: e-mail: [rzecznik@bil.org.pl](mailto:rzecznik@bil.org.pl) tel. 0523461257.

# Nie można zakładać, że samorządowcy zamienią szpitale w warzywniaki

z postem z ramienia Platformy Obywatelskiej – doktorem Jarosławem Katulskim – rozmawia Agnieszka Banach

## ■ Jak z perspektywy przedstawiciela partii rządzącej ocenia Pan „kondycję” ochrony zdrowia w naszym kraju?

Ocena sytuacji w ochronie zdrowia musi być podobna, niezależnie od reprezentowanej opcji politycznej: nie jest dobrze. Każdy z nas może być pacjentem, dlatego uważam, że taki punkt widzenia powinien być dla wszystkich najważniejszy. Jestem tu dobrym przykładem, bo od dwóch miesięcy zmagam się z poważnymi problemami zdrowotnymi i na ochronę zdrowia patrzę właśnie z perspektywy chorego. Nie wszystko w tej dziedzinie jest tak, jak powinno być.

Z pewnością dzisiaj sytuacja w ochronie zdrowia jest i tak nieporównywalnie lepsza niż jeszcze 5, czy 6 lat temu, ale nie wszyscy sobie w tej rzeczywistości radzą. Ilość środków jest nadal niewystarczająca, a te co są, często nieracjonalnie się wydaje. Wynika to stąd, że jednostki ochrony zdrowia nie potrafią prawidłowo gospodarować – środki finansowe nie zawsze kierowane są tam, gdzie powinny, no i mamy do czynienia z wieloma manipulacjami np. oszustwami przy wypisywaniu leków refundowanych, wykazywaniu fikcyjnych pacjentów. Moim zdaniem jest jeszcze jedna przyczyna, odpowiedzialna za taki stan rzeczy w ochronie zdrowia – wyczerpała się formuła samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. To organizm gospodarczy, który w dzisiejszym świecie zupełnie sobie nie radzi.

## ■ Stąd projekt Platformy, by wszystkie szpitale w Polsce obligatoryjnie przekształcić w spółki prawa handlowego? Mógłby Pan nam przybliżyć główne założenia powstającego aktu prawnego?

Podstawowe założenie jest takie, że wszystkie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, których właścicielem jest samorząd, obligatoryjnie zostaną przekształcone w spółki handlowe. Od wielkości kapitału i od zadań będzie zależeć w jakie – z ograniczoną odpowiedzialnością, akcyjne czy komandytowe. Myślę, że zwykle będą to spółki z o.o., inaczej może być w przypadku dużych jednostek np. Centrum Onkologii, które z powodzeniem mogłoby przekształcić się w spółkę akcyjną i po znacznym dokapitalizowaniu „wejść” na giełdę. Trzeba podkreślić, że 100 proc. udziałów w spółce zachowa samorząd, co przeczy tezie, którą forsuje Prawo i Sprawiedliwość, że Platforma Obywatelska zamierza prywatyzować szpitale.



*Jarosław Katulski ur. 16 października 1961 w Koronowie. W 1986 ukończył studia na Akademii Medycznej w Gdańsku, następnie uzyskał specjalizację drugiego stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii. Od 1999 do lutego 2008 pełnił funkcję dyrektora Szpitala Powiatowego w Tucholi, od 2002 prezesował spółce, w którą przekształcono szpital. Prowadzi własną praktykę lekarską oraz kieruje Związkiem Szpitali Powiatowych Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Od 2006 do 2007 był radnym sejmiku kujawsko-pomorskiego.*

*W wyborach parlamentarnych w 2007 roku uzyskał mandat poselski z listy Platformy Obywatelskiej, otrzymując w okręgu bydgoskim 7514 głosów. W lutym 2008 roku przestał pełnić funkcję prezesa oraz dyrektora Spółki Szpital Tucholski. W Sejmie jest członkiem Komisji Zdrowia oraz przewodniczącym Podkomisji ds. Projektu Ustawy o ZOZ-ach.*

*Żonaty – żona Renata, 2 synów: osiemnastoletni Jakub i jedenastoletni Filip, pies labrador. Hobby – jazda motocyklem, latem razem z przyjaciółmi zjechali prawie całą Skandynawię.*

## ■ Ale potem te szpitale sprywatyzuje samorząd...

O ewentualnej prywatyzacji zadecyduje już sam samorząd, a weźmy pod uwagę to, że właśnie on przez 8 lat, od reformy terytorialnej w 1989 r., okazał się najlepszym gospodarzem na swoim terenie. Nie można zakładać, że samorządowcy natychmiast zamienią szpitale w warzywniaki. Nasze województwo jest tu najlepszym przykładem. Połowa szpitali powiatowych to szpitale przekształcone z jednostek publicznych w spółki handlowe i nieźle sobie radzą, a samorządy nie są obciążone ich nadmiernym dofinansowaniem. Po drodze było jedno nieszczęście – upadła spółka, która prowadziła przekształcony szpital w Więcborku, ale placówka nawet na jeden dzień nie zaprzestała funkcjonowania, bo w miejsce starej spółki starostwo powołało nową. Nie stracili ani chorzy, ani pracownicy placówki.

## ■ Jaki jest udział samorządów w przekształconych już placówkach medycznych w naszym regionie?

Większość samorządów ma pełne lub prawie 100 proc. udziały i nie ma zamiaru się ich wyzbywać. Inaczej jest w Świeciu – tam spółka ma większościowy udział kapitału prywatnego, ale za to nieruchomości należy do samorządu, co z pewnością nie pozwoli

zmienić typu działalności spółki. W Tucholi udziały samorządu powiatowego i gminy przekraczają 90 proc. Kapitał prywatny stanowi kilka procent i należy do pracowników szpitala – pielęgniarek i lekarzy.

## ■ Co się stanie z długami przekształconych placówek?

Największym problemem szpitali są zobowiązania publiczno-prawne względem ZUS-u, urzędów skarbowych, pracowników. Na ich pokrycie minister finansów będzie musiał znaleźć pieniądze. W resorcie dobiegają końca prace nad opracowaniem warunków oddłużenia publicznych jednostek.

## ■ Dyrektorzy niektórych placówek, którzy już planowali przekształcenie, teraz zastanawiają się, czy może poczekać na ustawę i przynajmniej skorzystać z zakładanego oddłużenia...

Wszystko zależy od tego, jaka jest kondycja szpitala. Jeżeli z miesiąca na miesiąc pogarsza się jego sytuacja finansowa, jednostka coraz bardziej się zadłuża, to może lepiej nie czekać. Zresztą każdy przypadek trzeba by rozpatrywać indywidualnie. Nie ma jednego, uniwersalnego rozwiązania.

## ■ Kiedy ustawa zacznie obowiązywać?

Założenia są takie, by od 1 stycznia 2009 wszystkie zakłady opieki zdrowotnej, także np. przychodnie, mogły się przekształcić. Niektórzy politycy, szczególnie PiS-u, boją się tych przekształceń, a nie zdają sobie sprawy z tego, że około 90 proc podstawowej opieki zdrowotnej, czy ambulatoryjna specjalistyka już teraz jest realizowana przez prywatne podmioty.

## ■ To może ustawa nie jest w ogóle potrzebna, jeżeli szpitale i inne zakłady opieki zdrowotnej same decydują się na proces przekształceniowy?

Jest potrzebna, bo co z tego, że przekształciło się około 70 placówek, głównie powiatowych, na ok. 700 szpitali w Polsce. Nie znam przykładu szpitala wojewódzkiego, który zdecydowałby się na taką reorganizację. Bez obligatoryjności nie da się tego dokonać z powodu zbyt dużego oporu politycznego czy społecznego. Teraz publiczne szpitale w nieskończoność się zadłużają. Dzisiaj możemy mówić o prawie 10 miliardach zobowiązań! Poza tym koszty obsługi długu, o czym mało kto myśli, są ogromne. Duża część środków zamiast na leczenie, trafia prosto do komorników! Tymczasem spółka handlowa działa na zupełnie innych zasadach – musi swoją działalność bilansować.

Jeżeli tego nie robi, grozi jej upadłość. Za zobowiązania publiczno-prawne, swoim własnym majątkiem, odpowiada zarząd spółki. Tymczasem dyrektora publicznej jednostki można ukarać jedynie pozbawieniem trzykrotnej pensji czy odwołaniem ze stanowiska – to cała odpowiedzialność jaką ponosi za niegospodarne kierowanie szpitalem. W spółce musi być powołana rada nadzorcza, w skład której wchodzi wyłącznie osoby do tego uprawnione – po egzaminie w ministerstwie finansów, z umiejętnością kontrolowania finansów podmiotów gospodarczych. Dzisiaj, w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej zasiada rada społeczna, złożona z przypadkowych osób, często nie mających pojęcia o tym, jak funkcjonuje szpital!

**■ Inaczej będzie ze szpitalami klinicznymi – zostaną wyłączone z obowiązku przekształcenia, za to zmieni się ich właściciel.**

Szpitaly kliniczne wrócą pod nadzór i zarząd Ministerstwa Zdrowia. Jeden organ założycielski będzie skuteczniej i racjonalniej decydować, a przede wszystkim lepiej monitorować sytuację finansową tych jednostek. Dzisiaj Ministerstwu Zdrowia trudno jest uzyskać wiarygodne dane, dotyczące finansów szpitali klinicznych, bo każda uczelnia inaczej przedstawia sytuację swojego szpitala, każda inaczej nim zarządza. Szpital w Gdańsku, np. ma ponad 300 mln zadłużenia, 1400 łóżek i zatrudnia ponad 3 tys. pracowników. Tymczasem podobny szpital w Białymstoku nie ma zadłużenia, ma 1100 łóżek i tylko 1400 pracowników. Takie różnice, w dwóch zbliżonych placówkach pokazują, że w szpitalach klinicznych źle się

dz dzieje. Być może jeden wspólny organ założycielski będzie tu rozwiązaniem.

**■ Postowie Socjaldemokracji Polskiej – Nowej Lewicy i Partii Demokratycznej, powołali do życia komitet społeczny „Stop prywatyzacji szpitali” – co Pan myśli o tej inicjatywie?**

Widać niewiarę w potęgę samorządów lokalnych. To czysto polityczna inicjatywa, hamuje postęp. Przypomina wrzucanie piasku w tryby maszyny, która wreszcie ma szansę ruszyć i poprawić sytuację w ochronie zdrowia. Myślę, że pacjenci nie będą się do tego pomysłu pozytywnie odnosić. Często już dzisiaj leczą się w placówkach prywatnych, gdzie są lepiej obsługiwani niż w publicznych

Dla mnie docelowy model rynku medycznego jest taki, że obok szpitali klinicznych, instytutów zajmujących się najtrudniejszymi, najbardziej specjalistycznymi procedurami, powinny funkcjonować spółki handlowe jako wyłączna własność samorządu, te z mieszanym kapitałem oraz te stricte prywatne.

**■ Pan przez 6 lat kierował szpitalem w Tucholi – spółką handlową przekształconą z zadłużonego publicznego zoz-u. Jak się zarządza taką placówką?**

Najpierw przez 4 lata byłem dyrektorem tucholskiego szpitala publicznego, potem, razem z samorządowcami, przekształcałem go w spółkę handlową, a następnie przez 6 lat nim zarządzałem. Od trzech miesięcy Szpitalem w Tucholi już nie kieruję – jestem posłem, a placówka jest spółką samorządową, nie mogłem więc godzić tych dwóch funkcji. Na pewno spółką kieruje się trudniej, ale

i z większą satysfakcją. Trzeba się wykazywać większą odpowiedzialnością i rozsądkiem, każdą decyzję podejmuje się o wiele rozważniej niż w placówce publicznej, ale za to samodzielnie. Wszelkie inwestycje przeprowadza się w chłodny, skalkulowany sposób, nie patrząc na „widzimisię” ordynatora, który żąda takiego, czy innego sprzętu.

**■ Środków w systemie jest zbyt mało, z tym zgadzają się wszyscy, ale minister zdrowia Ewa Kopacz uważa, że do obecnego systemu nie ma sensu „dosypywać” – najpierw trzeba go uszczelnić – zgadza się Pan z tym?**

Zdecydowanie najpierw system należy usprawnić, a najlepiej żeby te dwa działania przebiegały równolegle. Nowy system rozliczeń z NFZ – JPG – wg jednorodnych grup pacjentów, z pewnością tu się przyda. To bardzo dobry system, stosowany na świecie, ale wymagający odpowiedniego oprzyrządowania komputerowego i w związku z tym jego wprowadzenie w Polsce nie będzie łatwe, bo narzędzia informatyczne trochę u nas kuleją. System ma być wdrożony od 1 lipca – moim zdaniem, z wyżej wymienionego powodu i z tej przyczyny, że takich zmian nie powinno się wprowadzać w połowie roku – to zbyt szybko, ale prezes NFZ Jacek Paszkiewicz jest innego zdania.

Koniecznym jest się zająć czarną dziurą w ochronie zdrowia – ubezpieczonymi w KRUS-ie, gdzie 6 mln osób nie płaci żadnych podatków, 10 mln nie opłaca składki zdrowotnej, a tak jak my wszyscy korzysta z opieki zdrowotnej. To obszar, który trzeba pozyskać, bo w sposób zdecydowany zwiększyć ilość środków w systemie, nawet o 8–9 mld zł!

## Bydgoskie przychodnie już przekształcone

### Zasady przekształcania

W Bydgoszczy proces zmiany formy organizacyjno-prawnej zakładów opieki zdrowotnej reguluje Uchwała Rady Miasta Bydgoszczy nr XXVI/798/2000 z dnia 28 czerwca 2000 r. w sprawie zatwierdzenia programu przekształceń oraz harmonogramu działań zmierzających do zmian form organizacyjno-prawnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, których organem założycielskim jest Rada Miasta Bydgoszczy zmieniona uchwałą nr XLII/1261/2001 Rady Miasta Bydgoszczy z dnia 26 września 2001 r. Określa ona zasady przekształceń tj.:

- pracowniczy charakter przekształceń,
- wymóg opinii samorządu lekarskiego, Izby Pielęgniarek i Położnych, Wojewody Kujawsko-Pomorskiego oraz związków zawodowych,

- warunki preferencyjne dla pracowników tworzących podmioty niepubliczne polegające na:

- przekazaniu obiektów w dzierżawę (stawka czynszu wynosi 10% stawki dla lokali mieszkalnych); możliwości poddzierżawy, która wymaga zgody organu samorządu gminy; jednocześnie po 3 latach nowe podmioty mogą wystąpić z wnioskiem o nabycie obiektu na własność wg ceny rynkowej, w trybie bezprzetargowym,

- sprzedaży majątku ruchomego niepublicznym podmiotom wg cen ustalonych na podstawie wartości księgowych netto lub dzierżawy majątku, przy czym czynsz odpowiada wysokości naliczonej raty amortyzacji,

- umożliwieniu bezpiecznego inwestowania w użytkowany obiekt (poniesione nakłady będą odliczane od ceny obiektu).

- uchwała nie określa terminu zakończenia procesu przekształceń dając swo-

bodę pracownikom do podjęcia decyzji o utworzeniu nowych podmiotów.

### Przebieg prywatyzacji

Od chwili rozpoczęcia procesu przekształceń, spośród 31 funkcjonujących w mieście samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, do chwili obecnej zlikwidowano 30 podmiotów. W 2001 r. zlikwidowano 1 przychodnię, w 2002 r. – 4 przychodnie, w 2003 r. zlikwidowano 15 przychodni, w 2004 r. zlikwidowano 5 przychodni, w 2005 r. zlikwidowano 3 przychodnie, w 2007 zlikwidowano 2 przychodnie. Pozostała do likwidacji Poradnia Zdrowia Psychicznego – termin likwidacji 1.05.2008 – 31.08.2008 r.

Zgodnie z przyjętymi założeniami, przekształcenia mają charakter pracowniczy i udziałowcami zostają wyłącznie pracownicy czynni zawodowo w momencie tworzenia

*Dokończenie na str. 4*

# W rocznicę rozpoczęcia ogólnopolskiego strajku lekarzy

**W rocznicę rozpoczęcia ogólnopolskiego strajku lekarzy (10 maja 2007 r. – dwugodzinny strajk ostrzegawczy, 15 maja – jednodniowy strajk ostrzegawczy, 21 maja początek strajku ciągłego) Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy stwierdza, że najważniejsze cele strajku nie zostały osiągnięte.**

Wzrosły – co prawda – wynagrodzenia lekarzy, w niektórych przypadkach nawet znacząco, ale **nadal nie ma kompleksowego programu naprawy ochrony zdrowia**, który dawałby nadzieję na stworzenie racjonalnego systemu, opartego na zdrowych podstawach ekonomicznych, szanującego podmiotowość pacjenta oraz godność personelu medycznego.

**Nadal nie ma też żadnych mechanizmów negocjacyjnego kształtowania płac lekarzy** (i innych zawodów medycznych). Wciąż obowiązuje zasada, że NFZ arbitralnie ustala ceny świadczeń zdrowotnych, do których dyrektorzy szpitali muszą dopasować swoje koszty, w tym płace lekarzy. Jeżeli wycena ta jest zaniżona,

również płace muszą być zaniżone, bo inaczej szpitale nie mogłyby dłużej funkcjonować. Jest więc tylko kwestią czasu, gdy wywalczone w czasie ostatniego strajku podwyżki zdevaluują się i ponownie trzeba będzie ogłaszać ogólnopolski strajk, aby wynagrodzenia lekarskie nie były znowu niższe niż płace niewykwalifikowanych pracowników. Polska służba zdrowia funkcjonuje – od kilkunastu już lat – w stanie ciągłego niepokoju społecznego. W tym czasie nie było praktycznie roku bez protestów, demonstracji lub strajków (różnych zawodów medycznych).

OZZL w ostatnich latach, również w okresie strajków, wielokrotnie występował do Rządu z różnymi propozycjami ustalenia jakichś trwałych mechanizmów sprawiedliwego kształtowania płac lekarskich (i innego personelu medycznego). Najlepiej gdyby były to mechanizmy rynkowe. Wówczas niezbędne jest rynkowe kształtowanie cen za refundowane świadczenia zdrowotne, czyli demonopolizacja płatnika i wprowadzenie współpłacenia przez pacjentów za niektóre świadczenia. Jednak

również w warunkach regulowanych przez państwo (jak obecnie) możliwe jest stworzenie sprawiedliwych zasad kształtowania płac lekarskich, np. przez podpisanie na szczeblu krajowym układu zbiorowego pracy, przewidującego odpowiednią wysokość płac minimalnych albo ustawowe określenie płac minimalnych – na wzór pracowników innych służb lub wprowadzenie udziału reprezentacji lekarzy w negocjacyjnym ustalaniu kwot refundacji przez publicznego płatnika za świadczenia zdrowotne, jak to się dzieje w wielu innych krajach. (Podobne rozwiązania należałoby też wprowadzić w odniesieniu do innych zawodów medycznych.)

Również teraz – w rocznicę największego dotychczas strajku lekarzy w Polsce – zwracamy się po raz kolejny do Rządu RP o nawiązanie z OZZL konstruktywnego dialogu społecznego w przedstawionej wyżej sprawie. Oby ten ubiegłoroczny strajk pozostał już na stałe największy.

Zarząd Krajowy OZZL

Krzysztof Bukiel

– przewodniczący Zarządu

*Dokończenie ze str. 3*

spótek. Pracownicy utworzyli ogółem 54 podmioty, w tym: 32 spółki, 21 indywidualnych praktyk lekarskich. Kryteria wyłaniania udziałowców przyjęte przez pracowników, to m. in.: zatrudnienie w pełnym lub 1/2 wymiaru czasu pracy, zawarta umowa o pracę na czas nieokreślony, itp. Przekształcenia nie spowodowały grupowych zwolnień pracowniczych.

W poszczególnych spółkach pracowniczych struktura udziałowców jest różna, lekarze stanowią od 20 do 100% ogółu udziałowców. Wielkość kapitału spółek jest bardzo zróżnicowana i waha się od 50.000 zł do 69.500 zł.

## Zabezpieczenie nieruchomości Miasta Bydgoszczy wykorzystywanych na potrzeby służby zdrowia

Zasady sprzedaży, dzierżawy i poddzierżawy majątku regulują cytowane wyżej uchwały Rady Miasta Bydgoszczy, które umożliwiają kontrolowane wydzierżawianie oraz ewentualne zbycie obiektów, m.in. po-

zez wymóg uzyskania zgody organu samorządu gminy na poddzierżawę lokalu, czy możliwość zastrzeżenia w umowie sprzedaży nieruchomości prawa odkupu, w przypadku wykorzystania obiektu na potrzeby nie związane z ochroną zdrowia.

Umowy dzierżawy zawierane są na czas oznaczony. Początkowo zawierane były na 3 lata, jednak z uwagi na umożliwienie niepublicznym zakładom opieki zdrowotnej dostępu do funduszy unijnych (wymóg: kontrola wykorzystanych środków w ciągu 5 lat od zakończenia realizacji programu), uchwałą nr LXVI/1251/06 z dnia 29 marca 2006 r. Rada Miasta wyraziła zgodę na wydzierżawianie nieruchomości na okres do 20 lat. Większość podmiotów posiada umowę dzierżawy na okres 20 lat.

Czynsz płatny jest miesięcznie lub kwartalnie na konto Urzędu Miasta Bydgoszczy. Koszty związane z bieżącym utrzymaniem nieruchomości, inwestycje oraz niezbędne remonty obciążają dzierżawcę, czyli niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

Przychodnie korzystają z możliwości poddzierżawiania lokali. Jak dotychczas Pre-

zydent Miasta wyraził zgodę na wszystkie zgłaszane wnioski w tym zakresie. Przychody uzyskiwane z tego tytułu przeznaczane są na finansowanie remontów i inwestycji w budynkach, których właścicielem jest Miasto, a wykorzystywane są na potrzeby ochrony zdrowia.

## Ocena przekształceń własnościowych miejskiej służby zdrowia

- nastąpił wzrost konkurencyjności na bydgoskim rynku świadczeniodawców, poszerzenie oferty świadczonych usług oraz systematyczny wzrost liczby udzielonych porad,

- poprawiła się organizacja pracy np. wydłużone godziny funkcjonowania /do 19.00/, korzystniejsza struktura organizacyjna itd., poprawa stanu technicznego lokali,

- utrzymano dostępne rozmieszczenie placówek na terenie miasta /w wyniku prywatyzacji nie zlikwidowano żadnej placówki.

Komisja Kontraktów,

Praktyk Prywatnych i Prywatyzacji



## Chirurgia w Inowrocławiu obchodzi swoje 50-lecie

W dniu 26 kwietnia odbyło się w Inowrocławiu wyjazdowe, naukowo-szkoleniowe zebranie Oddziału Bydgosko-Toruńskiego TCHP poświęcone **50 rocznicy powstania i III Oddziału Chirurgii w Inowrocławiu**. Zaproszonych gości i członków Towarzystwa powitali prof. Wojciech Zegarski – przewodniczący Oddziału TCHP i dr med. Janusz Wieczorek

Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Dziecięcej. Lek. med. Zenon Lewicki przedstawił historię i Oddziału Chirurgii w Inowrocławiu. Następnie wystąpili zaproszeni goście: prof. Marek Dobosz z Gdańska omówił chirurgiczne leczenie raka wpustu, a prof. Krzysztof Zienkiewicz z Warszawy chirurgiczne leczenie raka pęcherzyka żółciowego. Na za-

kończenie asystenci oddziałów chirurgicznych szpitala w Inowrocławiu zaprezentowali swoje prace: lek. med. Tadeusz Siemko – „Ocena chirurgicznego leczenia wola, na podstawie (materiału własnego)”, lek. med. Karol Łada – „Zastosowanie siatki PHS w leczeniu przepukliny pachwinowej”.

*Zenon Lewicki*

## Tak zdecydowali pacjenci

Złote, srebrne i brązowe stetoskopy po raz 16 trafiły do tych jednostek medycznych w regionie, które cieszą się największym zaufaniem pacjentów. Tym razem w plebiscycie „Expresu Bydgoskiego” swój głos oddały aż 3194 osoby.

Bezapelacyjnym zwycięzcą i właścicielem „Złotego stetoskopu”, z 1688 głosami na koncie, został Oddział Chirurgii NZOZ Nowego Szpitala w Szubinie (laureata przedstawimy we wrześniowym numerze PNN). „Chorzy chwalili przyjazną atmosferę panującą na oddziale, sympatyczne pielęgniarki, podkreślali zaangażowanie lekarzy. Pisali, że tutaj czują się zwyczajnie zadbani.” – mówi jeden z organizatorów konkursu.

Srebro – 397 głosów – trafiło do właściciela brązowej statuetki z poprzedniego roku – Hospicjum im. ks. J. Popiełuszki. Brązowy stetoskop uhonorował Oddział Neurologii z Pododdziałem Rehabilitacji Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego – zadowoleni z opieki pacjenci nadali 355 kuponów.

O nagrodę „Złotego stetoskopu” ubiegały się też jednostki medyczne z Torunia i okolic. Pacjenci za najlepszy uznali Oddział Hematologii Miejskiego Szpitala Specjalistycznego w Toruniu (2338 głosów). Drugie miejsce – 2235 głosów – zajął Oddział Chirurgii Szpitala Powiatowego w Chelmży. Brąz przyznano Oddziałowi Chirurgii Szpitala Powiatowego w Golubiu Dobrzyń.

(a.b.)

## Napiszemy we wrześniu!



### Biziel się remontuje

Tym razem radykalnie odnowiono Oddziały: Położnictwa z Traktem Porodowym, Patologii Cięży i Intensywnej Terapii Noworodka. Remont kosztował 4 mln, a jego efekty (przynajmniej częściowe) widać na str. 3 okładki.

Więcej o zmianach w Szpitalu im. Jana Bizielu w „Primum non nocere” nr 206/207.

### Akcja prostaty!

„W XXI w. żaden mężczyzna nie powinien umierać z powodu raka prostaty” – mówi dr n. med. Piotr Jarzemski, ordynator Oddziału Urologii Szpitala im. Bizielu w Bydgoszczy, który przed laty, razem ze swoim zespołem, pierwszy w Polsce, mobilizował panów do sprawdzenia stanu gruczołu krokowego. Niestety, rzeczywistość nie wygląda tak jak powinna...

O tym, jak jest prosimy czytać w kolejnym PNN.



## Kurs prawa medycznego dla lekarzy

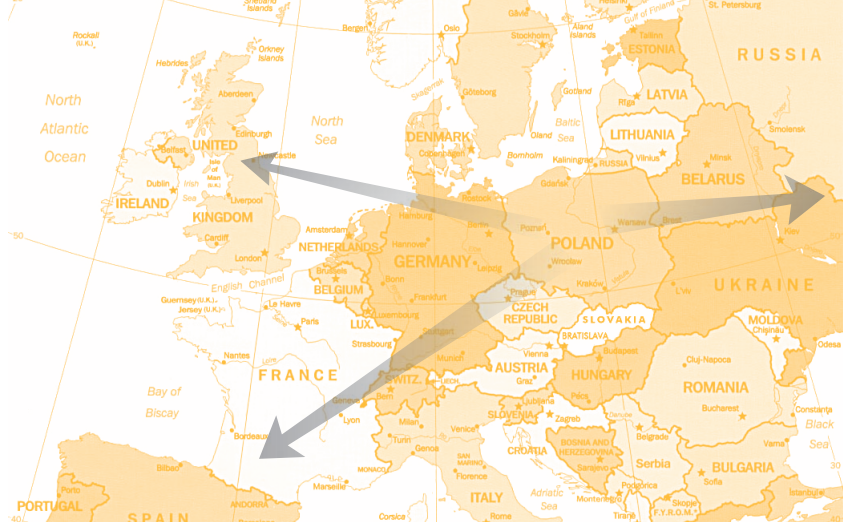
Bydgoska Izba Lekarska informuje, iż w dniach **26–27 września 2008 r.** organizuje kurs: „**Prawo medyczne**” dla lekarzy. Kurs przeznaczony jest dla lekarzy zarejestrowanych w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej. Szczegółowe informacje na temat kursu dostępne będą na stronie: [www.bil.org.pl](http://www.bil.org.pl)

Zapisy przyjmuje oraz wszelkich informacji na temat kursu udziela: mgr Karina Lemanik-Dolny • osobiście w Biurze BIL • pod numerem telefonu (052) 346 07 80 wew. 12 • pod adresem email: [szkolenia@bil.org.pl](mailto:szkolenia@bil.org.pl)



# Zespół długich podróży

Zygmunt Mackiewicz



Najnowsze dane podają, że 80 milionów Europejczyków wyjeżdża na wakacje poza granice Unii Europejskiej. W roku ubiegłym ponad milion Polaków spędzało wakacje w odległych krajach. Dotarcie do egzotycznych krajów na krańcach świata jest możliwe zarówno z punktu widzenia technicznego jak i finansowego. Niektórzy twierdzą, że ziemia stała się globalną wioską. Niestety, odległe kraje wymagają wielogodzinnych podróży, które przynoszą nowe zagrożenia, związane nie tylko z wypadkowością, ale również z zachorowalnością. Długotrwałe unieruchomienie w pozycji siedzącej może doprowadzić do powikłań zakrzepowo-zatorowych zagrażających życiu.

Długa była droga poznania patologii zagrożeń związanych z długimi podróżami: różnymi środkami lokomocji: samochodem, autobusem, samolotem. W roku 1858, wielki niemiecki patolog Rudolf Virchow, przedstawił trzy podstawowe warunki powstania zakrzepicy w naczyniach: zwolnienie przepływu krwi, uszkodzenie śródbłonka naczyń, zaburzenie krzepliwości krwi. Nazwano te warunki triadą Virchowa. Tezy wielkiego uczonego są nadal aktualne. Wszystkie wymienione czynniki stoją u podstaw zakrzepicy naczyń i każdy z tych czynników z osobna może wywołać zakrzepicę żylną. Wynika z tego fakt, że zwolnienie przepływu krwi w naczyniach żylnych stanowi zagrożenie powstania skrzepliny w żyłę.

W roku 1940, w Londynie, podczas długotrwałych nalotów bombowych, brytyjski lekarz K. Simpson zwrócił uwagę na przypadki nagłych zgonów żołnierzy siedzących przez wiele godzin w schronach przeciwlotniczych. Ustalono, że przyczyną zgonów był zator tętnicy płucnej. Powiązano długotrwałe siedzenie ze zwolnieniem przepływu krwi przez żyły podkolanowe, z następową zakrzepicą, jako źródłem zatoru tętnicy płucnej.

Kolejno w roku 1954 znany brytyjski chirurg J. Homans opisał nagłe zgony lub zakrzepicę żył głębokich kończyn dolnych po długotrwałej, wielogodzinnej podróży samochodowej. Jako przyczynę zakrzepicy podał zwolnienie przepływu krwi podczas wielogodzinnego siedzenia. W końcu dr J.M. Cruickshank opisał w czasopiśmie medycznym Lancet zatorowość płucną po odbyciu długiej,

powyżej 5000 km podróży samolotem. Pasażerowie siedzieli przez wiele godzin bez ruchu w klasie ekonomicznej samolotu. Ogłoszono istnienie nowego zespołu chorobowego, który nazwano Zespołem Klasy Ekonomicznej. Niekiedy zwany również Zespołem Długich Podróży. Ta druga nazwa oddaje istotę choroby w odróżnieniu od mylącego słowa klasa ekonomiczna, gdyż zatorowość może powstać również w biznes klasie.

Światowa Organizacja Zdrowia zleciła przeprowadzenie szeroko zakrojonych badań w porozumieniu z liniami lotniczymi, które potwierdziły tezę zwolnionego przepływu krwi u osób siedzących. Udowodniono to wstrzykując sól fizjologiczną znakowaną izotopem do żył grzbietowych stopy. Okazało się, że przepływ żylny zmniejszał się o 1/2 w pozycji stojącej, a o 2/3 w pozycji siedzącej, w porównaniu do pomiarów wyjściowych podczas marszu. Jako przyczynę zwolnionego przepływu krwi uznano ucisk żyły podkolanowej i żył goleni przez mięśnie uda i goleni.

Okazało się, że istnieją jeszcze inne parametry wpływające na możliwość wystąpienia zakrzepicy żyłnej. Podczas długich podróży powyżej 5000 km, na dużej wysokości stwierdza się odwodnienie organizmu, zwiększenie hematokrytu, wzrost stężenia białka o 25%. Stwierdzono również wpływ obniżenia stężenia tlenu na aktywację czynników krzepnięcia. Potwierdzono to badaniami doświadczalnymi w komorach barycznych.

Udowodniono również zmniejszenie fibrynolizy krwi – w wyniku zmniejszenia stężenia tlenu w atmosferze na dużych wysokościach.

Wszystkie te parametry, jak zwolnienie przepływu krwi, hypoksja, odwodnienie, wpływają na potencjalną gotowość zakrzepicy u pasażerów lecących długimi liniami lotniczymi.

Udowodniono za pomocą badań ultrasonograficznych z podwójnym obrazowaniem, na znaczącej liczbie pasażerów po długich lotach, możliwość wystąpienia bezobjawowej zakrzepicy u około 10 % badanych. Zakrzepica żylna potencjalnie zagraża oderwaniem się skrzepliny i powędrowaniem poprzez duże żyły do prawego serca, a następnie do tętnicy płucnej. Jeżeli zatkany zostanie duży pień tętnicy płucnej, zwykle przy braku na-

tychmiastowej pomocy występuje nagły zgon. Jeżeli zator w postaci skrzepliny przejmie się do drobniejszych gałęzi tętnicy płucnej, dochodzi do zawału płuca, choroby trudnej do leczenia, i prowadzącej w przeszłości do marskości płuca i związanych z tym następstw w postaci wyłączenia znacznej przestrzeni płuca z wymiany gazowej, z funkcji oddychania.

Zakrzepica żylna może się ograniczyć tylko do żył kończyn dolnych i w następstwie takiej zakrzepicy powstają zmiany w układzie żylnym powierzchownym lub głębokim. W następstwie zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnych powstaje zespół pozakrzepowy. W pierwszym okresie występują znaczne objawy zaburzeń odpływu krwi z kończyny w kierunku serca. Żyły podkolanowe, udowe są niedrożne, kończyna jest obrzęknięta, sinawa, bolesna. Zakrzepica żylna zwykle po 6 miesiącach ulega rekanalizacji, udrożnieniu, ale żyła już nie wraca do stanu pierwotnego. Jest zgrubiała, a zastawki żyłne są zniszczone i przepuszczalne. Krew żylna zamiast płynąć w kierunku serca częściowo się cofa. Powstaje zjawisko zwane refleksem żylnym. Następstwem tych zmian jest wzrost ciśnienia żylnego, które z kolei wpływa na zachowanie mikrokrążenia, to znaczy krążenia w najdrobniejszych żyłach, włosniczkach i arteriolach. Dochodzi do nieprawidłowej przepuszczalności płynów do tkanek, niedotlenienia tkanek, które mogą prowadzić do owrzodzeń goleni.

Reasumując: zakrzepica żył głębokich może doprowadzić albo do bezpośredniego zagrożenia życia w postaci zatoru tętnicy płucnej albo znacznego obniżenia jakości życia z powodu postępującej, przewlekłej niewydolności żyłnej. Zdając sobie sprawę z następstw zakrzepicy żyłnej, należy główny nacisk położyć na zapobieganie. Po pierwsze: należy odpowiedzieć na pytanie, czy podróżujący znajduje się w grupie zwiększonego ryzyka wystąpienia zakrzepicy. Narażeni szczególnie są chorzy na trombofilii, nowotwory w trakcie leczenia, pasażerowie używający doustnych środków antykoncepcyjnych albo leczeni hormonalnie w przebiegu menopauzy. Zagrożeni są pasażerowie z przewlekłą niewydolnością żylną w tym

Dokończenie na str. 8

# Zagrożenia moralno-etyczne zapłodnienia in vitro

Władysław Sinkiewicz

W ostatnim okresie rozgorzała ponownie dyskusja wokół metody zapłodnienia in vitro. Głos zabierają publicyści, filozofowie, teolodzy, prawnicy i etycy. Ze stosownym wystąpieniem do polskich parlamentarzystów wystąpiła też ostatnio Rada ds. Rodziny Konferencji Episkopatu Polski. Tym razem biskupi przypomnieli w nim nauczanie Kościoła i Jana Pawła II „o niegodziwości i niedopuszczalności metody in vitro” i podkreślili, że „przy każdej próbie w tej metodzie giną liczne embriony, co jest rodzajem „wyrafinowanej aborcji”. „Dziecko nie jest rzeczą i nawet przyszli rodzice nie mogą powiedzieć, że mają do niego prawo, zwłaszcza, że to „prawo” jest zawsze okupione śmiercią jego braci i siostr” – podkreślili biskupi, którzy liczą, że Sejm nie pozwoli na finansowanie in vitro z państwowych pieniędzy.

Niektórzy publicyści próbują przekonać swoich czytelników i opinię publiczną, że cały ten problem głównie dotyczy katolików i ich światopoglądu, gdyż dla pozostałych, nie jest istotnym zagrożeniem etycznym i prawnym. Czy jest i czy może tak być rzeczywiście?

## *Na czym polega zapłodnienie in vitro*

Zapłodnienie in vitro jest połączeniem w warunkach laboratoryjnych plemnika i komórki jajowej, w wyniku czego powstaje ludzki embriion – nowy człowiek. Taki embriion może być implantowany do narządu rodne go kobiety niezdolnej do poczęcia dziecka w sposób naturalny i tam się dalej rozwijać. Zwykle w takiej procedurze wytwarza się tzw. embriiony nadliczbowe, które zostają zamrożone i mogą być później użyte, w razie niepowodzenia pierwszej implantacji. Konsekwencją stosowania „in vitro” jest ogromna dysproporcja między liczbą zamrożonych embriionów, a możliwością ich wykorzystania. Dla uzyskania jednego udanego poczęcia trzeba użyć co najmniej kilka, a nawet kilkadziesiąt zapłodnionych embriionów, czyli istnień ludzkich. Tak więc, by narodził się nowy człowiek, rozwijające się procesy życiowe innych zarodków zostają unicestwione (w Wielkiej Brytanii już ponad milion embriionów). W Polsce zamrożone embriiony, jak się za-

pewnia, przechowywane są, jak na razie, bezterminowo.

## *Prawo do dziecka, a prawa dziecka*

Podstawowym założeniem przyjmowanym bezdyskusyjnie przez zwolenników moralnej dopuszczalności zapłodnienia in vitro jest uznanie prawa do posiadania dzieci przez osoby dorosłe. Początkowo dotyczyło to tylko par małżeńskich, później rozszerzono je na wszystkie pary heteroseksualne, z czasem także na kobiety, które chcą mieć dzieci ze swoimi zmarłymi małżonkami (bank spermy Fairfax Cryo-bank oferuje wdowom po żołnierzach, którzy zginęli w Iraku – możliwość stworzenia dziecka ze spermy ich partnerów). Ostatnio prawo to zostało rozciągnięte również na osoby samotne oraz pary homoseksualne. Niezależnie jednak od tego, jak szeroko zakreślić przestrzeń obowiązywania takiego „prawa do posiadania dziecka”, trzeba zadać fundamentalne pytanie, czy rzeczywiście komukolwiek ono przysługuje? Według odwiecznych zasad etycznych, człowiek nigdy nie może być środkiem do osiągnięcia jakiegoś celu, powinien on zawsze stanowić sam cel. Uznanie, że dorosły ma prawo do posiadania dziecka oznacza traktowanie dziecka jako środka do osiągnięcia celu. Na owo uprzedmiotowienie relacji do upragnionego, potencjalnego dziecka wskazuje również to, że w realizacji tego pragnienia nie liczą się zupełnie jego interesy, czy nawet prawa. Najbardziej podstawowym prawem, jakie jest, a przynajmniej może być, lecz łamane jest przy procedurze zapłodnienia in vitro, jest prawo do życia i istnienia stworzonych w jej trakcie zarodków. Istniejąca procedura akceptuje zgodę na to, by ceną za spełnienie takiego, nawet najszczerzego pragnienia, był niepewny los, często kończący się unicestwieniem kilku, kilkunastu bytów, z których każdy mógłby stać się takim samym pożądanym dzieckiem.

Również ważne są problemy z tożsamością dziecka poczętego in vitro, dokonane przy użyciu materiału genetycznego nie pochodzącego od rodziców dziecka. Może to wynikać z asymetrii przywiązania i uczucia po-

szczególnych rodziców do dziecka i dziecka do poszczególnych rodziców. W przyszłości jeden z rodziców (bardziej dotyczy to ojca, który miłości do dziecka w zasadzie się uczy, a nie otrzymuje jej wraz z ciążą) może mieć do dziecka inny stosunek, ale również dziecko doświadczać będzie kłopotów z własną tożsamością. Dowodem na istnienie takich problemów są poszukiwania biologicznych ojców (ale również i matek) przez dzieci poczęte metodą in vitro.

## *Zapłodnienie in vitro poza prawem w Polsce*

Problemy bioetyczne związane z dopuszczalnością powoływania ludzi do życia metodą in vitro porusza Konwencja Bioetyczna, czyli „Konwencja o ochronie człowieka i godności ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny”, która została przyjęta przez Radę Europy 4 kwietnia 1997 roku. Ale nie jest to zasadnicze zagadnienie tego dokumentu. Należy podkreślić, że zapisy konwencji obejmują ochroną przede wszystkim godność każdego człowieka, także tego dopiero poczętego, w obliczu współczesnych odkryć w dziedzinie biologii i medycyny i idą w kierunku, by naukowe osiągnięcia służyły dobru człowieka, a nie wykorzystywały go dla samego rozwoju nauki. Konwencja wyznacza więc granice ingerencji medycznych, badawczych i genetycznych w człowieka, także w embrionalnym okresie rozwoju. Ustala ogólne zasady prowadzenia eksperymentów medycznych i badań naukowych na ludziach, określa prawa pacjentów i obowiązki lekarzy, czy też zasady pobierania i wykorzystywania narządów do przeszczepów.

Zapłodnienia in vitro dotyczy artykuł 18. konwencji stwierdzający, że „jeżeli prawo zezwala na przeprowadzenie badań na embriionach in vitro, powinno ono zapewnić odpowiednią ochronę tym embriionom. Tworzenie embriionów ludzkich dla celów naukowych jest zabronione”. W innym artykule podkreśla się, że „interes i dobro istoty ludzkiej przeważa nad wyłącznym interesem społeczeństwa lub nauki”. W artykule 11 konwencji zakazuje „dyskryminacji skierowanej

*Dokończenie na str. 8*

Dokończenie ze str. 7

przeciwko danej osobie ze względu na dziedziczenie genetyczne, a w artkule 14 „zabrania wykorzystywania technik medycznie wspomaganego prokreacji, której celem jest wybór płci przyszłego dziecka”.

Polska, co prawda, podpisała konwencję bioetyczną 10 lat temu, podobnie jak inne państwa europejskie, jednakże do tej pory konwencja nie została ratyfikowana przez sejm, czyli w naszym kraju nie ma żadnych regulacji prawnych związanych z ochroną ludzkich embrionów. Pojęcie in vitro w ogóle nie występuje w polskim prawie, czyli z ludzkim zarodkiem można zrobić właściwie wszystko, nie łamiąc prawa. Można wyrzucić dodatkowe, nie wykorzystane zarodki ludzkie, gdyż w naszym kraju nie ma obowiązku ich przechowywania. Podobnie nie ma prawa zakazującego handlu poczętymi w probówkach dziećmi, czy też wybierania dzieci o określonej płci lub szczególnych cechach. Prywatne kliniki w Polsce przeprowadzające zapłodnienie in vitro nie mają obowiązku zgłaszania zabiegów, nie wiadomo więc, ile ich wykonują. Zasady postępowania z zarodkami ustalają poprzez umowy cywilnoprawne z przyszłymi biologicznymi rodzicami. Taka sytuacja może prowadzić do nadużyć, czy też przeniesienia do Polski zabiegów nielegalnych w innych krajach. Według ostatnich prasowych informacji, Ministerstwo Zdrowia przygotowuje projekt ustawy mającej uregulować te zaniedbane problemy. Zanim dojdzie do gorących społecznych debat i dyskusji, zastanówmy się nad niektórymi kwestiami budzącymi poważne wątpliwości, które w społecznych konsultacjach i wielospecjalistycznych dysputach nie mogą być pominięte.

### **Trudne pytania, które czekają na odpowiedź**

W ślad za dr. Jerzym Umiałowskim, wieloletnim przewodniczącym Komisji Etyki Naczelnej Izby Lekarskiej, pragnę podzielić się

niektórymi trudnymi pytaniami, które cały czas czekają na odpowiedź. I nie są to pytania, które mogą niepokoić tylko sumienia czytelników „Przewodnika Katolickiego”, „Naszego Dziennika”, czy też innych periodyków katolickich. Tak więc:

- Czy wolno zamrażać ludzkie embriony, a po ich rozmrożeniu implantować je w narządzie rodnym kobiety, wobec braku pewności, że nie szkodzi to zdrowiu dziecka?

- Gdyby uznano, że zamrażanie ludzkich embrionów jest dozwolone, to po upływie jakiego czasu od zamrożenia ludzki embrion winien być uznany za bezużyteczny i nie wolno go już implantować?

- Czy ludzki embrion może być uznany za czyjąś własność? Jeżeli tak, to kto jest właścicielem ludzkiego embrionu? Jeżeli nie, to na jakiej podstawie można dysponować ludzkimi embrionami?

- Czy wolno implantować ludzki embrion do macicy kobiety, niezależnie od tego, czy zamierza ona wychować sztucznie poczęte dziecko w normalnej rodzinie, czy nie?

- Czy wolno, jeżeli jest taka wola rodziców, niszczyć zarodki, co jest sprzeczne z tzw. ustawą antyaborcyjną, która silnie chroni zarodek rozwijający się w łonie matki?

- Czy dawcy komórek rozrodczych mogą zachować anonimowość, a jednocześnie, czy urodzone w wyniku zapłodnienia in vitro dziecko ma prawo do informacji, kim naprawdę są jego rodzice (tzn. rodzice biologiczni)? Jak rozwiązać ewentualną sprzeczność prawną?

- Czy pozbawienie człowieka informacji o jego rodzicach biologicznych narusza prawa człowieka?

- Czy ludzkie komórki rozrodcze mogą być importowane lub eksportowane?

- Czy wolno „zamawiać” cechy sztucznie poczętego dziecka – np. kolor oczu lub cechy psychiczne i według tego zamówienia selekcjonować komórki rozrodcze, lub zamrożone embriony?

- Czy wolno używać do sztucznego zapłodnienia ludzkie komórki rozrodcze po śmierci ich dawców?

- Czy kobieta żyjąca w małżeństwie winna uzyskać zgodę męża na wszczęcie jej embrionu, którego ojcem biologicznym jest inny mężczyzna?

- Czy człowiek, który zaistniał w wyniku zapłodnienia in vitro ma prawo do odszkodowania, jeżeli w wyniku takiej procedury poniosł szkodę na zdrowiu – np. w wyniku zamrożenia? Jeżeli tak, to do kogo zgłasza się roszczenia?

- Kto ma prawo i obowiązki rodzicielskie wobec sztucznie poczętego dziecka i od jakiego okresu jego istnienia – czy już wobec embrionu, czy później, jeżeli później to od kiedy?

- Czy wolno zrezygnować z obowiązków rodzicielskich wobec dziecka wytworzonego in vitro jeżeli nie spełnia ono uprzednio zgłoszonych oczekiwań lub z innych powodów?

Mam nadzieję, że postawione pytania skłonią czytelnika do głębokiej refleksji niezależnie od wyznawanego światopoglądu. Nikt nie może dzisiaj twierdzić, że wszystko, co jest technicznie możliwe, jest etycznie dopuszczalne albo, że każde naukowe badania i eksperymenty, jeśli ostatecznie zmierzają do polepszenia jakości ludzkiego życia, mogą być wyjęte spod jakiegokolwiek oceny etyczno-moralnej. Sytuacja w Polsce wymaga szybkich rozwiązań i przepisów prawnych regulujących wszystkie problemy związane z ochroną embrionów – nowych istnień ludzkich, które wymagają szczególnej ochrony, tym bardziej, że same bronić się nie mogą.

dr hab. med. Władysław Sinkiewicz, prof UMK jest lekarzem kardiologiem, kierownikiem Katedry i Zakładu Klinicznych Podstaw Fizjoterapii CM UMK i przewodniczącym Komisji Bioetycznej Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

### **Zespół długich podróży**

Dokończenie ze str. 6

szczególnie z żyłakami lub zespołem pozakrzepowym. Otyłość również zwiększa ryzyko zakrzepicy. W tej grupie podróżnych ryzyko zakrzepicy wzrasta kilkakrotnie.

Powstaje pytanie, czy możemy bezpiecznie odbywać długie podróże? Oczywiście tak, ale zdając sobie sprawę z ryzyka należy przeciwdziałać powikłaniom, przestrzegać pewnych standardowych reguł. Po pierwsze: zabezpieczyć się w podkolanówki o stopniowanym ucisku, dopasowane indywidualnie na podstawie pomiarów obwodów goleń. Zwykle wystarcza kompresja pierwsza, w zespole pozakrzepowym kompresja druga. W czasie lotu należy wykonywać ruchy sto-

pą – wielokrotnie ruchy zgięcia podeszwowego i prostowania stopy. O ile to jest możliwe, zalecane są spacerki korytarzem samolotu lub przerwy podczas jazdy samochodem. Ważne jest zapobieganie odwodnieniu – należy pić wodę, ograniczając spożycie alkoholu. Aspiryna lub podobne związki nie zabezpieczają przed zakrzepicą żylną, leczenie hormonalne lub środki antykoncepcyjne na czas podróży muszą być odstawione. Przedłużony o kilka dni obrzęk kończyny wymaga kontroli ultrasonograficznej.

Te podstawowe sposoby zabezpieczenia zwykle wystarczają. Pamiętajmy, że statystycznie, zakrzepica występuje stosunkowo rzadko, szczególnie u ludzi młodych i zdrowych. U osób ze szczególnym ryzykiem, zwłaszcza chorych na trombofilję, a więc z ge-

netycznie uwarunkowanymi skłonnościami do nadmiernej krzepliwości, obecnie zaleca się podanie przed i w czasie podróży heparyny drobnocząsteczkowej w iniekcjach podskórnych, w dawkach profilaktycznych. Wstrzyknięcia zwykle wykonuje sam zainteresowany, korzystając z jednorazowych strzykawek z właściwą dawką leku.

Mam nadzieję, że tym artykułem nie odstraszyłem Państwa od zwiedzania świata i dokonywania długich podróży. Sam uwielbiam wędrowki bliskie i dalekie. Uważam, że ciekawość świata jest dowodem radości i akceptacji życia.

**Podróżować i zwiedzać musimy jednak z pełną świadomością unikania niepotrzebnych zagrożeń naszego życia, które mamy tylko jedno i niepowtarzalne.**



# Światowy Dzień Nadciśnienia

Nadciśnienie tętnicze jest przewlekłą, wymagającą długotrwałego leczenia, chorobą układu krążenia polegającą na trwale podwyższonych wartościach ciśnienia tętniczego krwi. Dotyka 1 miliard ludzi na Świecie, cierpi na nie 8 milionów dorosłych Polaków, a kolejne 8 milionów może zachorować w najbliższym czasie. Połowa z nich nie jest świadoma swojej choroby, a tylko 12 procent chorych na nadciśnienie jest prawidłowo leczonych. W związku z brakiem objawów i widocznych dolegliwości wielu z pacjentów nie zdaje sobie sprawy z istnienia choroby. Tymczasem nieleczone, bądź nieprawidłowo leczone nadciśnienie tętnicze jest najczęstszą przyczyną powikłań sercowo-naczyniowych, takich jak choroba wieńcowa, zawał serca czy udar mózgu. Wzrost wartości ciśnienia skurczowego krwi o każde 10 mmHg powoduje zwiększenie ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego aż o 30%! Choroby układu sercowo-naczyniowego są najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce. Każdego roku w naszym kraju na serce umiera ponad 170 tysięcy osób, a połowy tych zgonów można uniknąć. Właśnie z uwagi na niską skuteczność leczenia oraz duże ryzyko zgonów z powodu powikłań sercowo-naczyniowych, nadciśnienie zaliczane jest do chorób o charakterze społecznym. Nadciśnienie tętnicze nie boli, bardzo często nie daje objawów, nie mobilizuje do wizyty u lekarza. Dlatego przeważnie zostaje wykryte przypadkowo, podczas rutynowego badania kontrolnego wykonywanego z zupełnie innych powodów. Objawy kliniczne nadciśnienia pojawiają się zwykle w zaawansowanym stadium choroby i najczęściej towarzyszy im wystąpienie powikłań naczyniowych. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego do rozpoznania nadciśnienia tętniczego niezbędne jest stwierdzenie trwale podwyższonego ciśnienia tętniczego o wartościach 140/90 mmHg lub wyższych w dwóch kolejnych pomiarach podczas dwóch kolejnych wizyt lekarskich lub powyżej 135/85 mmHg w pomiarach domowych. Ponieważ ryzyko sercowo-naczyniowe wiąże się zarówno z podwyższeniem ciśnienia skurczowego, jak i rozkurczowego do rozpoznania i klasyfikacji

stopnia nadciśnienia wystarczy wzrost tylko jednego z nich. Przez wiele lat zalecenia polskich i europejskich towarzystw naukowych dotyczące nadciśnienia tętniczego koncentrowały się głównie na wartości ciśnienia tętniczego jako jedyne lub głównego czynnika determinującego wybór odpowiedniej terapii. Najnowsze wytyczne Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH) oraz Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) podkreślają, że obok wartości ciśnienia istotną rolę w rozwoju powikłań odgrywają inne czynniki ryzyka jak np. wiek, hipercholesterolemia, otyłość, palenie tytoniu, cukrzyca. Po raz pierwszy wśród czynników, które należy brać pod uwagę przy ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego wspomniane wytyczne wymieniają sżywność dużych naczyń tętniczych oraz przyspieszoną częstotliwość rytmu serca. Zwłaszcza zależność między wysokością tętna a wzrostem ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego, ryzykiem zachorowalności i śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych jest dobrze udokumentowana. Nowe wytyczne ESH i ESC z roku 2007 za szczególnie istotny element terapii uznają modyfikację stylu życia i diety osób cierpiących na nadciśnienie tętnicze. Przerwanie palenia, ograniczenie ilości spożywanego alkoholu, redukcja masy ciała, regularny wysiłek fizyczny, zmniejszenie spożycia soli i tłuszczów nasyconych, zwiększenie spożycia – owoców i warzyw. Rzeczy znane od dawna – a jednak tylko nieco ponad 10% chorych na nadciśnienie tętnicze jest prawidłowo leczonych, a połowa z nich otwarcie przyznaje, że nie przestrzega zaleceń lekarzy. Dlatego tak ważne są akcje edukacyjne mające na celu zwiększenie świadomości Polaków w zakresie czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego i pozostałych chorób układu krążenia. Tu właśnie powraca problem edukacji społeczeństwa w każdy możliwy sposób, także za pośrednictwem akcji społecznych, takich jak „Światowy Dzień Nadciśnienia”.

Światowy Dzień Nadciśnienia Tętniczego (WHD) po raz pierwszy obchodzony był w 2005 roku z inicjatywy Światowej Ligi Nadciśnienia Tętniczego. Ta ogólnoswiatowa akcja profilaktyczno-edu-

kacyjna została objęta patronatem Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Celem obchodów Światowego Dnia Nadciśnienia Tętniczego jest uświadaczanie społeczeństwa na temat nadciśnienia tętniczego i zachęcanie obywateli wszystkich krajów do zapobiegania i kontrolowania tego cichego zabójcy.

W Bydgoszczy obchody Światowego Dnia Nadciśnienia – 17 maja – zorganizował i koordynował prof. Jacek Manitius, kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum im. L. Rydygiera Uniwersytetu Mikołaja Kopernika wraz z zespołem lekarzy i pielęgniarek oraz wojewódzki konsultant ds. hipertensjologii dr Beata Sulikowska. Akcja została objęta honorowym patronatem Prezydenta Miasta Konstantego Dombrowicza. Na Starym Rynku w Bydgoszczy porad specjalistycznych udzielali specjaliści chorób wewnętrznych, na co dzień pracujący w Klinice i Przyklinicznej Poradni Nadciśnienia Tętniczego. W Poradni na Rynku można było zmierzyć ciśnienie tętnicze, obwód pasa i BMI, zbadać poziom cukru i cholesterolu we krwi, wykonać badanie EKG oraz uzyskać specjalistyczną poradę lekarską i dietetyczną. Pacjenci, u których stwierdzono wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe zostali skierowani do Przyklinicznej Poradni Nadciśnienia Tętniczego. Nasza akcja miała na celu przebadanie mieszkańców Bydgoszczy pod kątem ryzyka chorób układu krążenia, zwłaszcza nadciśnienia tętniczego. Miała podnieść świadomość społeczną dotyczącą zagrożeń wynikających z zaburzeń metabolicznych: otyłości lub nadwagi, wysokiego stężenia cholesterolu i glukozy. Chcielibyśmy, aby nasi pacjenci byli konsekwentni i wytrwali w realizacji zaleceń, które otrzymali od lekarza. Najważniejsze jest to, aby uświadomić społeczeństwo, że tak naprawdę, to najwięcej zależy od nas samych. Ważna jest samokontrola ciśnienia tętniczego, wdrożenie niefarmakologicznych metod leczenia i stosowanie się do zaleceń lekarza.

dr Joanna Wiechecka-Korenkiewicz  
dr n. med. Beata Sulikowska  
prof. dr hab. med. Jacek Manitius

# I miejsce w Sesji Zabiegowej (Surgery) i III miejsce w Sesji Terapeutycznej (Therapy)

W maju odbył się w Sofii VII Międzynarodowy Kongres Nauk Medycznych dla studentów i młodych lekarzy. Uczestniczyli w nim młodzi naukowcy – lekarze, doktoranci, studenci z 20 krajów Europy i Azji. Polskę reprezentowali studenci i doktoranci z Bydgoszczy, Białegostoku oraz Warszawy.

Jednocześnie, w kilku salach audytorijnych przeprowadzane były liczne sesje tematyczne. Pierwszy dzień kongresu to sesje z: nauk przedklinicznych (Oral and Poster Preclinic Sessions) – anatomia, fizjologia, biochemia, histologia, farmakologia; edukacji medycznej (Oral and Poster Medical Education Sessions) oraz zdrowia publicznego (Oral and Poster Public Health Sessions). Drugi dzień kongresu poświęcono dziedzinom klinicznym. W sesjach Therapy (Oral and Poster Therapy Sessions) prezentowano prace i doniesienia z zakresu chorób wewnętrznych – kardiologii, pulmonologii, hepatologii, nefrologii, diabetologii; pediatrii; neurologii; psychiatrii; genetyki klinicznej. Sesje Surgery (Oral and Poster Surgery Sessions) poświęcone były dziedzinom zabiegowym – ginekologii z położnictwem; ortopedii, chirurgii ogólnej, naczyniowej i plastycznej; urologii oraz neurochirurgii. Równolegle odbywały się również sesje z zakresu stomatologii (Oral and Poster Dentistry Sessions).

Collegium Medicum UMK reprezentowane było w trzech sesjach.

- Surgery Session – wygłoszono pracę oryginalną **Water immersion in the I stage of labour – obstetric's results. Preliminary report**. Autorzy: 1. **Karolina Waleśkiewicz**, lek. – doktorantka z Katedry i Kliniki Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej CM UMK, pod kierownictwem naukowym prof. dr. n. med. Wiesława Szymańskiego. 2. lek. **Paweł Rajewski**.

- Public Health – przedstawiliśmy plakat **Medical Students nutrition's model in Poland** autorstwa: 1. **Pawła Rajewskiego**, lek. – uczestnika III roku Studiów Doktoranckich przy Katedrze Biologii Medycznej CM UMK, pod kierownictwem prof. dr. n. med. Gerarda Drewy oraz 2. **Karoliny Waleśkiewicz**, lek., 3. dr. n. med. **Piotra Rajewskiego**.



Zwycięzcy z Collegium Medicum UMK – **Karolina Waleśkiewicz** i **Maciej Nowacki**.

- Therapy Session – pracę oryginalną **The influence of beverages with varied Ph-factor on the mice fibroblasts 3T3 increase** wygłosił **Maciej Nowacki**, student IV roku Fizjoterapii, reprezentant Studentckiego Koła Naukowego przy Katedrze Inżynierii Tkankowej Katedry Biologii Medycznej CM UMK; opiekun: dr n. med. Tomasz Drewna. Autorzy: 1. Nowacki M., 2. **Adamowicz J.**, 3. **Cieślak Z.**

Łącznie, podczas kongresu wygłoszono ponad 250 prac oryginalnych i poglądowych, zarówno na sesjach ustnych jak i plakatowych. Prezentowane doniesienia oceniane były przez profesorów i adiunktów Uniwersytetu Medycznego w Sofii. W każdej sesji w skład jury wchodziłi eksperci z danej dziedziny medycznej. Gościem specjalnym byłam prof. Anna Capasso z Uniwersytetu w Salerno, Włochy – redaktor naczelny Pharmacologyonline, która zwycięzcom złożyła propozycję publikacji ich prac w swoim czasopiśmie.

Zwieńczeniem Kongresu, podczas ceremonii zamknięcia było ogłoszenie wyników i wręczenie dyplomów autorom wyróżnionych prac. Z pośród sześciu głównych działów (Preclinic; Public Health; Medical Education; Dentistry; Therapy; Surgery) młodzi Polacy otrzymali nagrody w trzech dziedzinach.

**Izabela Lewandowska**, studentka V roku Analityki Medycznej Akademii Medycznej w Białymstoku zajęła II miejsce w terapeutycznej sesji plakatowej – Therapy Poster Session za pracę pt. **Zinc supply during moderate exposure to cadmium can present disorders in the kontent of minera land organic components in the bone tissue of rats**, Lewandowska I., Brzóska M.

III miejsce w sesji Terapeutycznej – Therapy Oral Session zajęł nasz kolega z IV roku Fizjoterapii CM w Bydgoszczy – **Maciej Nowacki** za wygłoszoną pracę **The influence of beverages with varied Ph-factor on the mice fibroblasts 3T3 increase**, Nowacki M., Adamowicz J., Cieślak Z.

Najwyższe, miejsce i w dziedzinach zabiegowych – Surgery Oral Session otrzymała **Karolina Waleśkiewicz**, **Paweł Rajewski** za pracę pt **Water immersion in the I stage of labour – obstetric's results. Preliminary report**, **Waleśkiewicz K.**, **Rajewski P.** Wygrana była dla nas wielką niespodzianką a zarazem zaszczytem, gdyż sesja Surgery była najważniejszą i najbardziej oczekiwaną w całym kongresie.

Gratulował nam i wręczał dyplomy Rektor Uniwersytetu Medycznego w Sofii prof. Vanyo Mitev, a także Prezydent Stowarzyszenia Bułgarskich Studentów Uczelni Medycznych Boris Mladenov i V-ice Prezydent Valeria Mateeva.

Wyprawa do Bułgarii była dla nas nie tylko ciekawym doświadczeniem naukowym, nie tylko możliwością zdobycia doświadczenia przed tak szerokim i szacownym gronem, ale również turystyczną przygodą i okazją do nawiązania nowych, wartościowych przyjaźni.

**Karolina Waleśkiewicz**

*Katedra i Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej*

*CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu*

**Paweł Rajewski**

*Katedra Biologii Medycznej CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu; Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii Wielospecjalistyczny Szpital Miejski w Bydgoszczy*

# Skok w stomatologii

z dr. n. med. Pawłem Białożykiem,  
prezesem Oddziału PTS w Bydgoszczy,  
rozmawia Agnieszka Banach



**Bydgoski Oddział Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego (PTS) skończył właśnie 55 lat. Jaka była bydgoska stomatologia pół wieku temu?**

– Bydgoska stomatologia ciągle czeka na historyczne opracowanie. Materiały źródłowe są, ale nie ma nikogo, kto by się przez nie chciał „przekopać”. Żyją też członkowie PTS, którzy pamiętają czas tworzenia się organizacji oraz reaktywację bydgoskiej powojennej stomatologii, a jej korzenie sięgają przecież jeszcze dalej... Dobrze by było gdyby regionalną historią stomatologii ktoś zechciał się zająć.

**Przez te ponad 50 lat w stomatologii zmieniło się ogromnie dużo...**

– Burzliwy rozwój stomatologii, postęp w diagnostyce i leczeniu, nierozzerwalnie wiąże się z postępem technicznym – głównie w dziedzinie elektroniki, informatyki, chemii i fizyki. 55 lat temu urządzenia elektryczne, takie jak np. wiertarki dentystyczne, były w Polsce rzadkością. Trudno było o dobry sprzęt, leki i materiały do wypełnień. Dziś w stomatologii zachowawczej dysponujemy całą gamą materiałów o różnych właściwościach, przeznaczeniu, twardości, barwie, przezroczoności. Kiedyś używano amalgamatów, cementów fosforanowych, krzemowych. Teraz również się ich używa, ale rzadko, a poza tym są one już zupełnie innej jakości. Dokonała się także rewolucja w dziedzinie biomateriałów kościoza-

stępczych. Dzięki nim możemy odbudować ubytki kostne związane m.in. ze zmianami okołowierchołkowymi zębów, torbielami, chorobami przyzębia. Burzliwie rozwija się implantologia i implantoprotetyka. Dochodzimy do możliwości wykonania natychmiastowego, stałego uzupełnienia protetycznego uzębienia. Pół wieku temu takie doniesienia brzmiałyby jak science-fiction.

**Z uwagi na koszty nie każdy jednak może sobie na takie rozwiązania pozwolić...**

– Nowe technologie na pewno nie są tanie. Leczenie implantoprotetyczne jest kosztowne. Nie jest to metoda powszechnie dostępna. Nigdzie na świecie takie zabiegi nie są refundowane. A mogłoby tak być np. w przypadku resekcji kości szczęki czy żuchwy w operacjach onkologicznych w zakresie twarzy. Tych pacjentów często nie stać na wykonanie uzupełnień protetycznych – koniecznych do żucia, mowy oraz ze względów estetycznych.

**Wróćmy do postępu w stomatologii.**

– Dziś dokonujemy ekstrakcji znikomej ilości zębów. Kiedyś usuwaliśmy kilkadziesiąt zębów w miesiącu, teraz udaje się nam je wyleczyć endodontycznie, czyli kanałowo. Usunięcie zęba zdarza się raz na kilka miesięcy. Taki stan jest możliwy dzięki rozwojowi oprzyrządowania. Mamy szerokie możliwości techniczne – dostęp do bogatej gamy urządzeń rotacyjnych, przyspieszających, zwalniających, dobrych wiertel, elastycznych narzędzi endodontycznych. Korzystamy też z wszelkiego rodzaju znieczuleń – miejscowego, ogólnego. Warto dodać, że era znieczuleń ogólnych zaczęła się od stomatologii. Pierwsze znieczulenie ogólne, wówczas eterowe, zostało wykonane ponad 100 lat temu, właśnie do usunięcia zęba. 26 lat temu, kiedy kończyłem studia, nie sądziłem, że będę uczestnikiem takiego skoku w stomatologii dziecięcej, zachowawczej, endodoncji, protetyce, ortodoncji, chirurgii szczękowej, implantologii, implantoprotetyce. Postęp

55 lat PTS

## Fakty i daty

● Oddział Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, dziś najliczniejszego medycznego towarzystwa naukowego w Polsce, został powołany w Bydgoszczy w 1953 roku decyzją działającej przy Ministerstwie Zdrowia Rady Naukowej. Był jednym z pierwszych organizowanych w powojennej Polsce. Jego założycielami byli: dr Helena Fomiccka, dr Edward Górski, dr Zygmunt Herzer, dr Stefan Jabłoniowski, dr Wacława Kasperska, dr Weronika Kociubińska, dr Jerzy Rajkowski i dr Maria Szlenk.

● Podczas zebrania w Poradni Dentystycznej przy al. 1 Maja 51 dnia 3 listopada 1953 roku wybrano Tymczasowy Zarząd, którego przewodniczącym został doktor Zdzisław Manczewicz. Comiesięczne zebrania odbywały się w świetlicy ówczesnego Szpitala Wojewódzkiego, a aktualnie Uniwersyteckiego przy ul. Skłodowskiej-Curie w Bydgoszczy.

● W następnych kadencjach funkcję przewodniczącego oddziału pełnili kolejno koleżanki i koledzy: Helena Fomiccka, Halina Majdanowska, Irena Różga-Mykaj, Maria Kostrzewa, Artur Rączewski, Jolanta Kwaśniewska, Zofia Kuźdża-Klimkiewicz.

● Od początku działalności do 1975 roku, kiedy dokonano zmian podziału administracyjnego terytorium kraju, w Oddziale Bydgoskim spotykali się także lekarze z obecnego Oddziału Toruńskiego i Koła Terenowego we Włocławku.

● Oprócz działalności naukowo-szkoleniowej, Oddział podejmował wiele inicjatyw. W 1957 roku jego członkowie przeprowadzili zbiórkę pieniężną na fundusz budowy Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie. W tym samym roku rozpoczęto szkolenia przygotowujące lekarzy do prowadzenia gabinetów chirurgii stomatologicznej. W 1959 roku, dla wzbogacenia tematyki zebrań nawiązano współpracę z Towarzystwem Naukowym w Bydgoszczy, a w celu wymiany doświadczeń z Towarzystwem Stomatologów w Czechosłowacji.

● Lekarze dentyści z Oddziału Bydgoskiego popierali ideę wprowadzenia specjalizacji w stomatologii. W 1973 roku przy Oddziale powstało Koło Sekcji Stomatologii Dziecięcej, w następnym – Koło Sekcji Chirurgii Stomatologicznej, a w kolejnych latach Koła Sekcji Stomatologii Zachowawczej i Sekcji Protetyki Stomatologicznej.

● W 1985 roku Oddział za swoją działalność w regionie został uhonorowany odznaką „Za szczególne zasługi dla rozwoju województwa bydgoskiego”.

● Rok 1987 zaowocował zacieśnieniem współpracy z Oddziałami w Pile i Toruniu oraz Towarzystwami Lekarskimi w postaci wspólnych zebrań naukowo-szkoleniowych o szerokiej tematyce medycznej.

● W ciągu minionych 55 lat odbyło się 500 zebrań ogólnych Oddziału oraz ponad sto zebrań kół sekcji specjalistycznych. Członkowie nasi byli współautorami kilkudziesięciu opublikowanych w piśmiennictwie fachowym prac oraz autorami kilkudziesięciu wygłoszeń na różnych imprezach naukowych, także za granicą. Wielu lekarzy zrzeszonych w Oddziale uczestniczyło w pracach specjalizacyjnych komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych oraz w pracach krajowej komisji Lekarskiego Egzaminu Państwowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego. Wielu było także kierownikami specjalizacji, staży lekarskich i praktyk studenckich.

● Od pięciu lat organizujemy w naszym mieście niezbędne w zdobywaniu współczesnej wiedzy fachowej praktyczne kursy doskonalące dla lekarzy stomatologów.

● Dla naszego środowiska jest wyróżnieniem, że od wielu lat koleżanki i koledzy z Oddziału Bydgoskiego działają w wielu organach krajowych PTS. W Zarządzie Głównym zasiada dr Jolanta Kwaśniewska i dr Paweł Białożyk (który również przewodniczy Komisji Spraw Zawodowych PTS). Dr Artur Rączewski jest, od wielu lat, przewodniczącym Głównej Komisji Rewizyjnej PTS. W składzie osobowym Głównego Sądu Koleżeńskiego jest nasza koleżanka – wiceprezes Oddziału dr Iwona Wasielewska.

*Dokończenie ze str. 12*

jest kolosalny! W ciągu półwiecza mamy do czynienia z tak szybkim rozwojem, jaki w przeszłości dokonywał się na przestrzeni 100–200 lat.

■ **Jakie są „Aktualne problemy stomatologii”? Rozmawialiście o nich Państwo podczas towarzyszącej obchodom jubileuszu PTS konferencji pod cytowanym wyżej tytułem.**

– Aktualne problemy to zagadnienia stomatologicznej codzienności: profilaktyki, diagnostyki i terapii. Tematyka wystąpień konferencyjnych właśnie ich dotyczyła. Rozmawialiśmy o możliwościach, trendach i nowościach w zakresie dyscyplin stomatologicznych od wieku dziecięcego do dojrzałości, nowoczesnych metodach wizualizacji radiologicznej, laseroterapii z zastosowaniem laserów diodowych, kierunkach rozwoju protetyki stomatologicznej i technologii CAD-CAM oraz implantoprotezach.

■ **Porozmawiajmy o przyszłości stomatologii. W jakim kierunku zmierza jej rozwój? Czy np. „hodowla” zęba od zera to daleka przyszłość?**

– Przyszłość stomatologii nieodłącznie wiąże się z postępem nauk technicznych. Będziemy dążyć do coraz większej precyzji w diagnostyce i leczeniu. Efekt naszych leczniczych działań już teraz jest coraz dłuższy. Wkrótce wypełnienia zostaną zastąpione wkładami wycinanymi w technologii CAD-CAM. Za parę lat nie będziemy koron czy mostów odlewać, tylko wycinać precyzyjnymi, sterowanymi komputerowo urządzeniami. Kilka takich urządzeń funkcjonuje już w naszym kraju. Era manualnego działania, w dużej mierze,

odejdzie w przeszłość na korzyść technik cyfrowych, prac maszyn, co wiąże się z większą precyzją w postępowaniu leczniczym. Postęp badań w zakresie komórek macierzystych, hodowli tkanek i inżynierii genetycznej pozwala przypuszczać, że możliwe stanie się hodowanie narządów i zapewne też zębów. W ubiegłym roku pojawiły się doniesienia o pewnych osiągnięciach w tym zakresie w jednym z brytyjskich ośrodków.

■ **Rozwój w stomatologii, jak Pan sam powiedział, następuje w bardzo szybkim tempie, czy ten postęp znajduje odzwierciedlenie w coraz lepszym stanie uzębienia Polaków?**

– Zdrowie uzębienia Polaków sukcesywnie się poprawia, ale na tle Europy i czołowych krajów świata ciągle nie wypadamy najlepiej. Występowanie próchnicy i chorób przyzębia jest u nas o wiele bardziej powszechne niż np. w krajach skandynawskich. Z roku na rok jednak coraz lepiej o zęby dbamy – dziś przecież prawie każdy zwraca uwagę na stan swojej jamy ustnej.

■ **Czy to „zacofanie” w dziedzinie dbania o zdrowie jamy ustnej dotyczy też kolegów lekarzy?**

– Może nie zacofanie, ale faktycznie choroby jamy ustnej i ich związek ze zdrowiem całego organizmu jest nieco bagatelizowany. Widać jednak, że świadomość, jak ważne jest zdrowe uzębienie, rośnie. Mówi się żartobliwie, że wiedza lekarzy dentyków na temat medycyny jest szersza niż lekarzy medycyny na temat stomatologii. Wiąże się to m.in. z nauczaniem tej dziedziny na wydziałach lekarskich – wydaje się że stomatologii można by poświęcić więcej uwagi.

**Dr n. med. Paweł Białożyk** jest specjalistą II° w zakresie chirurgii szczękowej, I° stopnia w zakresie chirurgii stomatologicznej. W 1982 r. ukończył Wojskową Akademię Medyczną w Łodzi na Wydziale Lekarskim – Oddział Stomatologii. Odbył liczne kursy doskonalące w kraju i za granicą, m.in. w Niemczech, Szwajcarii, Liechtensteinie, USA w zakresie osteosyntezy kości twarzy, implantologii z implantoprotetyką, stomatologii zachowawczej z endodoncją, protetyki stomatologicznej oraz stomatologii estetycznej oraz szkolenia w zakresie technik dystrykcji kości twarzy i chirurgii szczękowo-twarzowej. Od 2005 roku jest kierownikiem Medyczo-Stomatologicznego NZOZ-u w Bydgoszczy oraz ordynatorem Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Medyczo-Stomatologicznego NZOZ „Alfa-Med” w Bydgoszczy. Doktor Białożyk jest członkiem Komisji Stomatologicznej Naczelnej Izby Lekarskiej, członkiem Prezydium Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, przewodniczącym Oddziału Kujawsko-Pomorskiego Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Implantologii Stomatologicznej OSIS – Europejskiego Towarzystwa Implantologów EDI (OSIS-EDI), a od 2001 r. prezesem Oddziału Bydgoskiego PTS. Od 2005 roku pełni funkcję wiceprzewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Zainteresowania naukowe: zastosowanie biomateriałów kościostępujących w chirurgii szczękowo-twarzowej, sterowana regeneracja tkanek: kości i tkanek miękkich (GBR, GTR), implantologia i transplantologia, traumatologia szczękowo-twarzowa, orzecznictwo sądowo-lekarskie w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej. Rodzina: żona Agata – mgr inż. elektronik, córka Katarzyna – studentka III roku Wydziału Stomatologii PAM w Szczecinie.

Odnaczenie Państwowe nadane przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Kaczyńskiego

### MEDAL ZŁOTY ZA DŁUGOLETNIĄ SŁUŻBĘ

otrzymali: mgr **Krystyna Babiak** – kierownik biura, główna księgowa O/Bydgoskiego PTS; lek. stom. **Józef Wróblewski** – Bydgoszcz, członek PTS.



Odnakę Honorową przyznaną przez Ministra Zdrowia Ewę Kopacz

### ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA

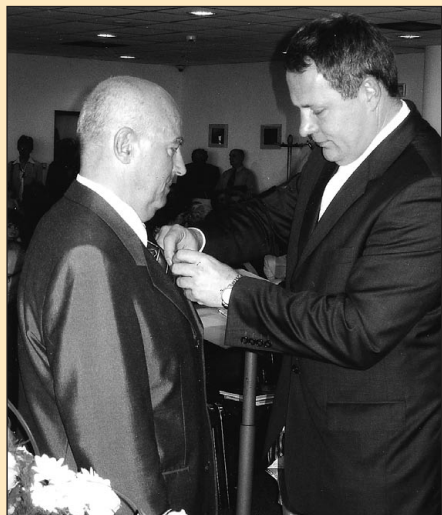
otrzymali: dr n. med. **Paweł Białożyk** – prezes O/Bydgoskiego PTS; mgr **Krystyna Babiak** – kierownik biura, główna księgowa O/Bydgoskiego PTS; lek. stom. **Janusz Chmielowiec** – członek Zarządu O/Bydgoskiego PTS; lek. stom. **Władysław Chybalski** – Osie, członek PTS; lek. stom. **Waleria Jaroszewicz-Goral** – Inowrocław, członek PTS; lek. stom. **Lidia Lewandowska-Goc** – Żnin, członek PTS; lek. stom. **Teresa Majkowska** – Inowrocław, członek PTS; lek. stom. **Artur Rączewski** – przewodniczący głównej komisji rewizyjnej ZG PTS, – członek Zarządu O/Bydgoskiego PTS; lek. stom. **Jerzy Rogowski** – członek Zarządu O/Bydgoskiego PTS; lek. stom. **Krystyna Stranz** – Marcinkowa k. Gębic, członek PTS;



● **Misja i działalność naszego Oddziału**, zrzeszającego 250 lekarzy oraz jego osiągnięcia są tym donioślejsze, że działamy społecznie w ośrodku bez stomatologicznego wydziału uniwersyteckiego.

● **Poza codzienną rzetelną pomocą pacjentom**, szereg członków Oddziału pełniło w minionym okresie wiele odpowiedzialnych funkcji w różnych sektorach służby zdrowia, a także prowadziło wzorcowe niepubliczne ZOZ-y i praktyki prywatne. Wielu włączyło się w tworzenie samorządu lekarskiego i aktywnie uczestniczy w jego pracach. Obecnie kilkoro koleżanek i kolegów zasiada w gremiach Okręgowej Izby Lekarskiej w Bydgoszczy. Prezes Oddziału pełni funkcję wiceprzewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Pani dr Jolanta Kwaśniewska i pani dr Elżbieta Pech zasiadają w Okręgowej Radzie Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej, a pan dr Andrzej Kuliński jest skarbnikiem BIL. Pierwszym zastępcą rzecznika odpowiedzialności zawodowej został pan dr Jerzy Rogowski, a funkcję zastępcy pełni także pani dr Eleonora Otfinowska. Sędziami okręgowego sądu lekarskiego są pani dr Barbara Jundziłł, pan dr Artur Rączewski i pan dr Piotr Winiarski.

● **Do dzisiaj, aż 8 członków naszego Oddziału** otrzymało najwyższe wyróżnienie PTS – godność zasłużonego „Bene Meritus”, przyznawane za wyjątkowe zasługi dla naszego towarzystwa. Należą do nich koleżanki i koledzy: Jan Czaplński, Helena Formicka, Krystyna Gajewska, Lucyna Krysińska-Malan, Jolanta Kwaśniewska, Zofia Kuźdża-Klimkiewicz, Elżbieta Pech i Artur Rączewski. W uznaniu zasług dla PTS dr Lucyna Krysińska-Malan, dr Jolanta Kwaśniewska, dr Elżbieta Pech i dr Artur Rączewski otrzymali także godność Członka Honorowego. Wielu osobom przyznano złote i srebrne odznaki honorowe, a medal „Za zasługi dla stomatologii polskiej” otrzymała pani Maria Cwiklińska.



lek. stom. **Janina Pawelec** – Bydgoszcz, członek PTS; lek. stom. **Janina Oczi** – Osielesko, członek PTS; lek. stom. **Eleonora Otfinowska** – Szubin, członek PTS; lek. stom. **Wojciech Szkudliński** – Inowrocław, członek PTS.

#### **MEDAL WOJEWODY KUJAWSKO-POMORSKIEGO**

otrzymali: doc. dr hab. n. farm. **Krzysztof Niewiadomski** – długoletni prezes firmy „IVOCLAR VIVADENT POLSKA” z Warszawy, aktualnie Kierownik Naukowy tej firmy; lek. stom. **Jerzy Musiał** – Koronowo, członek PTS.

#### **MEDAL PREZYDENTA MIASTA BYDGOSZCZ**

otrzymali: lek. stom. **Andrzej Kuliński** – Bydgoszcz, członek PTS.

#### **GODNOŚĆ BENE MERITUS**

otrzymali: dr n. med. **Paweł Białożyk** – prezes O/Bydgoskiego PTS; lek. stom. **Iwona Wasielewska** – w-ce prezes O/Bydgoskiego PTS; lek. stom. **Jerzy Rogowski** – członek PTS.

#### **ZŁOTĄ ODZNAKĘ HONOROWĄ PTS**

otrzymali: lek. stom. **Aleksandra Dyduch-Frydryszek** – sekretarz O/Bydgoskiego PTS; lek. stom. **Bożena Żmudzińska** – przewodnicząca komisji rewizyjnej O/Bydgoskiego PTS; lek. stom. **Janusz Chmielowiec** – członek Zarządu O/Bydgoskiego PTS – kronikarz.

#### **ZŁOTĄ ODZNAKĘ HONOROWĄ PTS**

otrzymała: lek. stom. **Barbara Jundziłł** – przewodnicząca Sekcji Protetyki O/Bydgoskiego PTS.

#### **MEDAL „ZASŁUŻONY DLA STOMATOLOGII POLSKIEJ”**

wręczono: p. **Iwonie Ostrogorskiej** – prezesowi firmy „SEPTODONT POLSKA” Warszawa; p. doc. dr hab. n. med. **Krzysztofowi Niewiadomskiemu** – kierownikowi naukowemu firmy „IVOCLAR VIVADENT POLSKA” Warszawa.



Fot. Henryk Nowakowski

*Z podziękowaniami za wiele lat fachowej opieki i pełne radości uśmiechy nie tylko bydgoskich pacjentów. Z życzeniami nieustannego rozwoju lokalnego Oddziału Towarzystwa, lekarzy współtworzących jego społeczność, a także dalszego powiększania dorobku w dziedzinie stomatologii i pomyślnej kontynuacji wypracowanej renomy.*

Konstanty Dombrowicz  
Prezydent Bydgoszczy



# Doktoraty

Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy informuje, że niżej wymienione osoby dnia 19.03, 16.04 i 14.05.2008 r. uzyskały stopień naukowy dr. n. med.:

- **Krzysztof Pajączek** z Departamentu Zdrowia MSWiA dn. 19.03.2008 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny  
**tytuł rozprawy:** „Państwowa Inspekcja Sanitarna w aspekcie oceny funkcjonowania i możliwości usprawnienia”  
**promotor:** prof. dr hab. Marian Sygit, Uniwersytet Szczeciński  
**recenzenci:** dr hab. Jacek Klawe, prof. UMK, CM UMK, prof. dr hab. Jan Karczewski, AM w Białymstoku
- **Krzysztof Kroina** ze Szpitala Powiatowego w Aleksandrowie Kujawskim dn. 19.03.2008 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny  
**tytuł rozprawy:** „Wpływ śródoperacyjnie określonej wielkości kikutów tarczycy na stopień pooperacyjnej niewydolności hormonalnej gruczołu”  
**promotor:** prof. dr hab. Waldemar Jędrzejczyk, em. CM UMK  
**recenzenci:** prof. zw. dr hab. Zbigniew Puchalski, em. AM w Białymstoku, dr hab. Stanisław Dąbrowiecki, prof. UMK, CM UMK
- **Monika Witkość** z Zakładu Neuropsychologii Klinicznej dn. 19.03.2008 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej  
**tytuł rozprawy:** „Test Sortowania Kart Wisconsin (WCST) w populacji polskiej; związek z polimorfizmem genów determinujących funkcje poznawcze”  
**promotor:** prof. dr hab. Alina Borkowska, CM UMK  
**recenzenci:** prof. dr hab. Jerzy Landowski z AM w Gdańsku, prof. dr hab. Jerzy Vetulani z PAN w Krakowie
- **Ilona Warwas** z NZOZ w Radzionkowie dn. 19.03.2008 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny  
**tytuł rozprawy:** „Zaburzenia funkcji poznawczych w depresji po udarze mózgu”  
**promotor:** prof. dr hab. Alina Borkowska, CM UMK  
**recenzenci:** dr hab. Irena Krupka-Matuszczyk, prof. UM w Katowicach, dr hab. Jan Jaracz, UM w Poznaniu
- **Aleksandra Nowak** z Kat. i Klin. Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii dn. 19.03.2008 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny  
**tytuł rozprawy:** „Kotynina w moczu jako wskaźnik narażenia na bierne palenie tytoniu w ocenie występowania i przebiegu klinicznego nieswoistych zapaleń jelit u dzieci i młodzieży”  
**promotor:** prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, CM UMK, recenzenci: prof. dr hab. Jarosław Wałkowiak, UM Poznań
- **Marta Gorzkiewicz** z Zakł. Genetyki Molekularnej i Sądowej dn. 16.04.2008 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej  
**tytuł rozprawy:** „Polimorfizm genu mitochondrialnej polimerazy gamma (pol) w populacjach ludzkich Europy”  
**promotor:** dr hab. Tomasz Grzybowski, CM UMK  
**recenzenci:** prof. dr hab. Ewa Bartnik, Uniwersytet Warszawski, prof. dr hab. Olga Haus, CM UMK
- **Magdalena Krintus** z Kat. i Zakł. Diagnostyki Laboratoryjnej dn. 16.04.2008 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej  
**tytuł rozprawy:** „Występowanie podwyższonego stężenia białka CRP u klinicznie zdrowych osób z normolipidemią”  
**promotor:** prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, CM UMK  
**recenzenci:** dr hab. Wiesław Piechota, WIM Warszawa, prof. dr hab. Jacek Kubica, CM UMK
- **Agnieszka Pater** z Kat. i Zakł. Diagnostyki Laboratoryjnej dn. 16.04.2008 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej  
**tytuł rozprawy:** „Ocena biochemicznych wskaźników obrotu kostnego u pacjentów z cukrzycą typu 1”  
**promotor:** prof. dr hab. Grażyna Odrowąż-Sypniewska, CM UMK  
**recenzenci:** prof. dr hab. Roman Junik, CM UMK, prof. dr hab. Elżbieta Piontek, Inst.-Pomnik CZD Warszawa
- **Michał Przybyszewski** z Kat. i Klin. Alergologii, Immunologii Klin. i Chorób Wewn. dn. 14.05.2008 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny  
**tytuł rozprawy:** „Wybrane markery zapalenia, enzymy antyoksydacyjne oraz sprawność wentylacyjna płuc i jakość życia pacjentów z astmą oskrzelową”  
**promotor:** prof. dr hab. Andrzej Dziedziczko, em. CM UMK  
**recenzenci:** prof. dr hab. Jerzy Liebhart, AM Wrocław, prof. dr hab. Zbigniew Bartuzi, CM UMK
- **Joanna Wróblewska** z Kat. i Zakł. Mikrobiologii dn. 14.05.2008 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej  
**tytuł rozprawy:** „Wytwarzanie L-form przez *S. epidermidis*, *S. haemolyticus*, *S. hominis*”  
**promotor:** dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK, CM UMK  
**recenzenci:** prof. dr hab. Leszek Szadujkis-Szadurski, CM UMK, dr hab. Antoni Jakubczak, prof. Akademii Podlaskiej w Siedlcach
- **Marzena Humańska** z Kat. i Zakł. Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej dn. 14.05.2008 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej  
**tytuł rozprawy:** „Analiza zależności między jakością życia a sprawnością psychoruchową u osób w podeszłym wieku”  
**promotor:** dr hab. Kornelia Kędziora-Kornatowska, prof. UMK, CM UMK  
**recenzenci:** prof. dr hab. Irena Wrońska, UM Lublin, dr hab. Wojciech Beuth, prof. UMK, CM UMK
- **Katarzyna Strojek** z Kat. i Zakł. Kinezyterapii i Masażu Leczniczego dn. 14.05.2008 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej  
**tytuł rozprawy:** „Ocena wpływu rehabilitacji na wydolność funkcjonalną kończyn dolnych u pacjentów po leczeniu operacyjnym uszkodzenia ścięgna Achillesa”  
**promotor:** dr hab. Wojciech Hagner, prof. UMK, CM UMK  
**recenzenci:** prof. dr hab. Zdzisława Wrzosek, AWF Wrocław, dr hab. Zbigniew Dutkiewicz, prof. UM w Łodzi
- **Karolina Dulęba** z Kat. i Klin. Pediatrii, Hematologii i Onkologii dn. 14.05.2008 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny  
**tytuł rozprawy:** „Terapia alternatywna i uzupełniająca u dzieci z chorobą nowotworową”  
**promotor:** dr hab. Jan Styczyński, CM UMK  
**recenzenci:** prof. zw. dr hab. Anna Balcar-Boroń, em. CM UMK, dr hab. Tomasz Szczepański, Śl. UM w Zabrze

## Studia doktoranckie

# Dla zainteresowanych rozwojem naukowym

**Nauczyć samodzielnej pracy naukowej – taką funkcję mają spełniać studia doktoranckie. Ich adept zapoznaje się m.in. z metodyką badań naukowych, analizą statystyczną i pod kierunkiem opiekuna prowadzi pracę badawczą – jej opisem jest praca doktorska.**

„Celem studiów doktoranckich nie jest tylko samo napisanie pracy doktorskiej – zaznacza dr hab. med. Zbigniew Włodarczyk, prof. CM UMK, kierownik Studiów Doktoranckich na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum – Zadaniem studiów nie jest też dokonanie przez studenta przełomowego odkrycia, np. wynalezienie szczepionki na raka, ale nauczenie go rzetelnych i prawidłowych zasad pracy naukowej. Doktorant musi umieć zaplanować swój program badawczy, zaprojektować odpowiednie instrumenty do jego realizacji i dobrze je wykorzystać, zdobyć fundusze na realizację swojego projektu, krytycznie zebrać potrzebne dane i stosownie je przeanalizować, a potem odpowiednio przedstawić w postaci dysertacji doktorskiej.”

Studia doktoranckie na Wydziale Lekarskim CM UMK trwają 4 lata. Proces rekrutacji jest jawny. Można powiedzieć, że ma dwa etapy. Najpierw jednostki Collegium Medicum otrzymują informację o ilości miejsc przyznanych na studia doktoranckie i ogłaszają kierunki badań, w których chcą prowadzić studia doktoranckie. „Proponowany kierunek badań jest anonimowo oceniany przez 10 samodzielnych pracowników nauki pod względem oryginalności, możliwości realizacji, ewentualnej wartościowej publikacji w przyszłości. – mówi prof. Włodarczyk – Każde kryterium ma określoną wartość punktową. Oceniany jest też „stan” obecnych doktorantów – w jednostce nie może być ich więcej niż 8, a jeden opiekun naukowy, jak przyjęła Rada Wydziału, nie powinien prowadzić więcej niż 4 doktorantów. Punkty ujemnie można otrzymać za dotychczasowe nieterminowości w realizacji programu badawczego. W podsumowaniu powstaje lista przyjętych do realizacji tematów.” Kierunki wybranych do realizacji badań ogłaszane są w prasie, Internecie, gablocie uczelni.

Drugi etap to typowa rekrutacja przyszłych studentów studiów doktoranckich. Uczelnia ogłasza nabór na nie dwukrotnie podczas roku akademickiego – wiosną i jesienią. Kandydat musi mieć zdany LEP i pełne prawo wykonywania zawodu lub tytuł magistra.

Chociaż adepci studiów to głównie młodzi ludzie, warto dodać, że kryterium wiekowe nie stanowi bariery przy przyjęciu na uczelnię. Istotne jest, by kandydat był przygotowany do realizacji programu badawczego, który sobie wybierze. Egzamin kwalifikacyjny obejmuje sprawdzian z języka oraz przedmiotu pokrewnego potencjalnemu, przyszłemu tematowi badawczemu. Bez postępowania kwalifikacyjnego przyjmuje się najlepszego absolwenta wydziału lekarskiego. Aktualnie na czterech latach studiów uczy się ponad 100 osób. W tym roku akademickim znajdują się miejsca dla 40 przyszłych doktorów.

Raz do roku doktoranci IV roku studiów obowiązkowo, a adepci innych lat dobrowolnie, „treningowo”, przedstawiają wyniki swojej dotychczasowej pracy naukowej szerszemu forum. Każda z prac prezentowana jest w warunkach kongresowych w formie 7. minutowego wystąpienia, z 3 minutową dyskusją po nim. Oceniany jest merytoryczny i „medialny” przekaz wystąpienia. Podczas tegorocznego Sympozjum Naukowego Uczestników Studiów Doktoranckich Wydziału Lekarskiego CM UMK sprawdzianowi poddało się 18 doktorantów. Poziom przyszłych prac doktorskich był zróżnicowany, różnie też wypadły prezentacje – czasami strach przed publicznym wystąpieniem skutecznym potrafił paraliżować mowę. Nie dopisali jednak opiekunowie młodych naukowców – na co narzekali organizatorzy Sympozjum. Skarżą się także doktoranci – wytykając niektórym prowadzącym zbyt małe zainteresowanie kierunkami prowadzonych przez nich badań, co skutkuje opóźnieniami w pracy naukowej.

„Wartość studiów doktoranckich jest ciągle niedoceniana. Powinny promować najlepszych, zapewniać im pracę na uczelni, a nie zawsze tak jest. Część doktorantów traktuje studia jak poczekalnię w trakcie specjalizacji. Tymczasem takie studia muszą stanowić element świadomie wybieranej kariery naukowej – uważa profesor Zbigniew Włodarczyk – Chciałbym też, by dokonała się zmiana w pojmowaniu studiów doktoranckich i doktoranta nie traktowano jak darmowej pary rąk do pracy w klinice, lekceważąc jego pracę badawczą, ale jako rzetelnego pracownika naukowego. Proporcję powinny się odwrócić – doktorat musi być dla doktoranta najważniejszą sprawą. Bywa inaczej...”

*Agnieszka Banach*

Więcej informacji na temat studiów doktoranckich na stronie Collegium Medicum: [www.cm.umk.pl](http://www.cm.umk.pl)

## TOP MEDICAL TRENDS

W dniach 7–9 marca w Poznaniu odbył się II Kongres Top Medical Trends, w którym uczestniczyło 3100 lekarzy różnych specjalności (najwięcej lekarzy rodzinnych i internistów).

Obrazy prowadzono równolegle na kilku salach terenów Targów Poznańskich. Wykłady inauguracyjne wygłosił prof. Franciszek Kokot, prof. Ryszard Gryglewski i prof. Zbigniew Lew-Starowicz. Ale nie tylko wykłady prowadzone przez znakomitości polskiej medycyny cieszyły się dużym zainteresowaniem, można powiedzieć, że na każdej sesji tematycznej były komplety uczestników. Na sesji o tematyce pediatrycznej liczba uczestników była tak duża, iż sztuką było znaleźć wolne miejsce. Oprócz działań medycyny takich jak kardiologia, pulmonologia, endokrynologia, reumatologia czy ortopedia pojawiły się zagadnienia dotąd nieobecne na kongresach medycznych, takie jak prawo medyczne czy telemedycyna. Nie sposób podzielić się wszystkimi wiadomościami z tego kongresu, ale chciałam podjąć dwa tematy. Jeden z nich, to zastosowanie nowych metod w diagnostyce gastroenterologicznej, a drugi – zagadnienia związane z wyjazdami w tropiki. Prof. Grażyna Rydzewska z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii CSK MSWiA omówiła dokładnie najnowocześniejsze techniki endoskopowe, poczynając od endoskopii kapsułkowej. Endoskopia kapsułkowa została wynaleziona przez firmę Given Imaging z Izraela. W 2001r. firma ta zarejestrowała kapsułkę endoskopową do badania jelita cienkiego. Chory połyka jednostronną kapsułkę endoskopową o wymiarach 11x 26 mm i ona w ciągu 8 godzin wykonuje zdjęcia jelita cienkiego z szybkością 2 zdjęć na sekundę. Wskazaniami do tego badania są: niewyjaśnione krwawienia z przewodu pokarmowego (których przyczyny nie znaleziono w gastrokopii i kolonoskopii), choroba trzewna, choroba Leśniowskiego-Crohna, polipowatość rodzinna, niedokrwistość z niedoboru żelaza, podejrzenie guza jelita cienkiego i zmiany w obrębie jelita cienkiego po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych. Obecnie procedura ta jest dostępna w Polsce w kilkunastu ośrodkach specjalistycznych, ale nie jest jednak refundowana. Od 2004 r. weszła na rynek kapsułka do badania przetyku. Nie odbiega ona wielkością od kapsułka do badania jelita cienkiego, jednak wykonuje 14 zdjęć na sekundę i cykl jej pracy trwa tylko 20–30 min. Nowością natomiast, która została zarejestrowana przez FDA, jest kapsułka do badania jelita grubego. Obecnie trwają badania nad możliwościami zdalnego sterowania kapsułką endoskopową i pobierania przez nią materiału do badań histopatologicznych. Nowe techniki endoskopii (a właściwie enteroskopii) to enteroskopia wspomaganą balonem, głównie dwubalonowa. Enteroskopia dwubalonowa pozwala na wyko-



nianie biopsji, polipektomii, koagulacji, rozszerzania zwężeń i zakładania protez rozprężalnych. W Polsce takie badania wykonuje Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii CSK MSWiA. Inną metodą zwiększenia skuteczności diagnostyki endoskopowej polega na wprowadzeniu endoskopii powiększającej (1000 razy). Powiększenie to odbywa się bez utraty rozdzielczości. Jest to szczególnie ważne w rozpoznawaniu wczesnych zmian nowotworowych. Kolejny sposób poprawy obrazu to chromoendoskopia, polegająca na barwieniu śluzówki różnymi metodami. Zaawansowane techniki to FICE (wizualizacja w świetle o różnej długości fal), NBI (endoskopia wąskopasmowa z filtrami optycznymi) oraz endomikroskopia. Duże zainteresowanie wzbudza też gastroskopia przeznosowa. Trzeba też wspomnieć o nowych lekach stosowanych od pewnego czasu w gastroenterologii, są to między innymi przeciwciała monoklonalne stosowane m. in. w chorobie Leśniowskiego-Crohna.

Następne moje doniesienia zjazdowe dotyczyć będą wykładu prof. Krzysztofa Simona o profilaktyce chorób tropikalnych. Wyjazd w tropiki to nowa moda na spędzanie wakacji, może nie tak powszechna w środowisku medycznym (ze względu na finanse), ale ogarniająca coraz to szersze kręgi społeczne. W analizie możliwości zakażenia trzeba rozważyć położenie geograficzno-klimatyczne danego kraju, jego sytuację polityczno-ekonomiczną i warunki sanitarne oraz porę roku, w której wybieramy się na wyjazd, charakter, długość i warunki pobytu, a także cechy indywidualne osoby, takie jak wiek i choroby współistniejące.

Każdy region świata ze względu na uwarunkowania klimatyczne charakteryzuje się nieco odmiennym profilem epidemiologicznym. Czasami wycieczki organizowane są w rejonach o niskim ryzyku zachorowań, natomiast wycieczki fakultatywne z miejsca pobytu są odbywane w rejonach o dużym zagrożeniu epidemicznym i na to trzeba też być przygotowanym. Oczywiście, najlepiej już na kilka miesięcy przed wyjazdem dowiedzieć się (na własną ręką) o ryzyku zdrowotnym, koniecznej chemioprophylaktyce przeciwko chorobom oraz szczepieniom obowiązkowym i zalecanym. Najlepiej zrobić to w poradniach chorób tropikalnych. Chemioprophylaktyka dotyczy głównie malarii i ze względu na narastającą oporność na leki konieczna jest konsultacja lekarska ze specjalistą chorób tropikalnych. I nawet przy odpowiednio dobranym leku nie ma 100% skuteczności profilaktyki. Oczywiście oprócz apteczki na wycieczkę trzeba zabrać odpowiednie ubranie i obuwie oraz tzw. repelenty czyli odstraszacze. Należy też korzystać z moskitier. Zalecenia prof. Simona dotyczyły też niespożywania potraw surowych, nieprzetworzonej wody czy też kostek lodu stosowanych do przyrządzania napojów. Ważne jest też, aby każde niepokojące objawy, które wystąpią (nawet w długim okresie czasu) po byciu za granicą wcześniej diagnozować.

*Małgorzata Rozwodowska*

Autorka jest internistką, pracuje w Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu



## Homeopatyczna dawka normalności

*Wojciech Szczęsny*

Znowu się komuś narażę. Powiem więcej, wiem nawet, komu, ale gdy przeczytałem oświadczenie NIL z dnia 4 kwietnia, a dotyczące homeopatii, omal nie przysiadłem z wrażenia. Jakże ucieszył mnie fakt, że moi „naczelni” myślą tak jak ja! Jak powszechnie wiadomo, walczę z ciemnogrodem, cudotwórcami i innymi niepotwierdzonymi przez naukę metodami „leczenia” od lat. Narażam się pewnie na śmieszność, nazywanie paranoiakiem czy jeszcze gorzej, ale nie dbam o to. Nie dbam, dlatego, że nie mogę mieć szacunku dla kogoś, kto powołany do przestrzegania prawa ignoruje wizyty szarlatana z Filipin lub ogrodnika, który na podstawie własnych wizji skonstruował kosmiczne urządzenie do leczenia, twierdząc, że nie robią oni niczego złego lub udając, że praktyki paramedyczne w pokoju hotelowym to norma dla Inspekcji Sanitarnej. Dzieje się tak od lat, a pan Filipińczyk i ogrodnik zbierają kasę śmiejąc się w kułak, zaś chorzy na raka ich byli „pacjenci” umierają w Fordonie wspominając ich łagodnie w dotyku ręce i mruczenie w egzotycznym języku. Jak mogę szanować kogoś, kto wygnanego z hotelu Filipińczyka (raz się udało!) wpuszcza do pomieszczeń pewnej spółki medycznej, aby dalej spokojnie „pomagał” chorym. Jak mogę szanować kolegę, który zapisuje pacjentowi lek, w którym być może nie znajduje się żadna cząstka lecznicza prócz wody, dowodząc, że istnieje coś takiego jak „pamięć wody” i inne podobne teorie próbujące tłumaczyć działanie niczego. A tak dziwnie jestem skonstruowany, że obrazić mogą mnie tylko ludzie, których szanuję.

Badania naukowe, a zwłaszcza metaanalizy EBM – z którymi jako lekarze, mamy obowiązek zapoznawać się na bieżąco – dowodzą, że homeopatia jest tożsama z efektem placebo. Jeśli ktoś wątpi w EBM, niech zacznie leczyć zapalenie płuc wodą święconą. EBM zaleca tu – przypomnę – antybiotyki, najlepiej według antybiogramu lub szeroko spektralne. Nie wątpię jednak, że znajdują się świadectwa mówiące o skuteczności wody święconej.

Musimy bowiem, jak sadzę, odpowiedzieć sobie na pytanie, czy jesteśmy lekarzami, którzy opierają swą wiedzę na nauce, a ta jest tu jednoznaczna, czy na opowieściach z imienin cioci o wujku, który pił, palił i „złe się prowadził”, a dożył 96 lat.

Zaznaczę jednak, że nie potępiam badań nad nowymi sposobami terapii (nawet najdziwniejszymi) lub preparatami z najrozmaitszych roślin. Muszą one jednak spełniać twarde warunki, potwierdzające ich przydatność w leczeniu ludzi. Chininę znaleziono na bagnach, choć nie miała nic wspólnego z komarami.

Pozostaje jeszcze kontrowersyjna sprawa cudów. Nie spodziewam się, żeby ktokolwiek z establishmentu medycznego się w tej sprawie wypowiedział, zwłaszcza, jeśli by powiedział, że w nie nie wierzy. Koniec kariery pewny. Jako że nie jestem „establishment” powiem, że nie wierzę w żadne cuda sprawiane przez jakąkolwiek siłę wyższą (a jest ich na świecie całe mnóstwo). Jest jednak dla mnie oczywiste, że wiara dodaje sił w walce z chorobą i pośrednio wpływa na wynik leczenia w zakresie jednak dość ograniczonym. Nie spotkałem się z cudownym uzdrowieniem z nowotworu czy innej śmiertelnej choroby nawet u ludzi najgłębszej wiary. Mam dziwne wrażenie, że większość PT Kolegów również.

**Gdzie więc leży prawda o naszym zawodzie, powołaniu i powinnościach? Odpowiedź jest prosta. W nauce, w wiedzy, którą musimy pogłębiać a nie w cudach, homeopatiach i innych podobnych protezach naszej – wciąż wielkiej – niewiedzy. Chyba najtrudniej jest powiedzieć czasami: „nie wiem”. Tak, trudno, ale to jest najuczciwsze. Chyba, że wolimy buleczkę z wodą o ciekawej nazwie.**

### DORADCA PODATKOWY

*mgr inż. Sławomir*

*Jacek Rogalski*

(nr wpisu na listę krajową – 05537)

- prowadzenie rozliczeń podatkowych kontraktów lekarskich – stała umowa
- rozliczenia z ZUS-em
- rozliczenia roczne
- doradztwo podatkowe

#### BIURA

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

Błonie, ul. Szubińska 15  
tel. 37 307 87

tel. kom. 0602 386 581

e-mail: rogalski@box.net.pl

DO WYNAJĘCIA GABINETY LEKARSKIE

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

Na początku marca bieżącego roku nieopodal Monterrey, w Santiago Nuevo Leon w Meksyku, zgromadziło się około 600 studentów medycyny reprezentujących ponad 90 krajów z całego świata. Przyczyną, dla której się tam znaleźli było General Assembly – March Meeting 2008 Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny – IFMSA. Wśród nich była Marta Spychalska (której tekst publikujemy poniżej), studentka III roku medycyny na Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu. W IFMSA – Poland działa od pierwszego roku studiów, od początku związana z programem SCOPE. Od dwóch lat pełni funkcję Lokalnego Koordynatora, obecnie także Asystenta Narodowego Koordynatora, ds. Praktyk Wakacyjnych.



## Studenci medycyny w Meksyku

*Marta Spychalska*

Kiedy w grudniu 2007 roku, po kwalifikacjach, stałam się członkiem polskiej 10-osobowej delegacji na March Meeting 2008, w najmniejszym stopniu nie spodziewałam się, jak ogromnym przeżyciem będzie dla mnie to General Assembly. Jest ono spotkaniem w dużej mierze bardzo formalnym, ze względu na powagę decyzji tam podejmowanych. Jednak, oprócz warsztatów, szkoleń, głosowań, prezentacji i sprawozdań, ma tam miejsce coś niebywałego; dochodzi tam do przełamywania barier międzyludzkich. Jest to spotkanie, podczas którego najlepszymi przyjaciółmi stają się ludzie różnych narodowości, ras, kultur i religii. A wszystko to ma na celu umożliwienie efektywnej współpracy w przestaczaniu Świata w miejsce lepsze dla nas wszystkich.

Do Monterrey przyleciałam 26 lutego 2008 roku. Na spotkanie nam wyszli studenci z Akademii Medycznej w Monterrey, odpowiedzialni za organizację całego wydarzenia. Od początku wprowadzili bardzo przyjazną atmosferę, zaprzyjaźniając się z nami już w drodze do hotelu. 27 lutego rozpoczęły się warsztaty Pre-GA organizowane w ramach tegoż spotkania, na trzy dni przed oficjalnym otwarciem właściwego GA. Ja, spośród kilku możliwych, wybrałam temat warsztatów: „Training New Human Rights Trainers”. W mojej grupie znajdowało się 14 osób, między innymi z: Holandii, Wielkiej Brytanii, Dani, Niemiec, Szwecji, Japonii, Tajwanu, Tajlandii, Ekwadoru i Sudanu. Razem dyskutowaliśmy na temat Praw Człowieka, ich pogwałceń i sposobów naprawy złej sytuacji obecnej w wielu zakątkach Ziemi. Jeden z tematów omówił z nami również Mohammed Garelnabi z Sudanu, którego osobiste doświadczenia z wojny toczącej się w Sudanie i wizyty w obozach uchodźców sprawiły, iż jego prezentacja wywarła na mnie ogromne wrażenie. Sądzę, że właśnie dla takich doświadczeń warto uczestniczyć w tego typu wydarzeniach, gdyż będąc z dala

od sytuacji skrajnych pogwałceń Praw Człowieka, nie można sobie w pełni nawet tego wyobrazić, a co dopiero zrozumieć.

Koniec Pre-GA przypadł na 29 lutego. 1 marca zostaliśmy przetransportowani z Monterrey do znajdującego się w odległości 40km Santiago Nuevo Leon, gdzie odbywało się General Assembly, czyli główny punkt programu March Meeting.

Official Agenda, czyli oficjalny plan GA był wypełniony po brzegi. O 8:30, codziennie rano, rozpoczynały się sesje Programów Stałych, w moim przypadku SCOPE, na których dyskutowaliśmy o problemach dotyczących Programu i opracowywaliśmy rozwiązania. Następnie w programie, w zasadzie różnym na każdy dzień, były takie wydarzenia jak: Regional Meeting (jest to spotkanie, przedstawicieli krajów, w moim przypadku, europejskich, na którym omawia się aktualne sprawy dotyczące danego regionu Świata), Project Presentations (są to prezentacje projektów w ramach Programów Stałych, które poszczególne kraje wymyśliły, albo przynajmniej z sukcesem wprowadziły w życie na gruncie krajowym. Nasza delegacja, w osobie Iwony Kalinowskiej z oddziału Warszawa, zaprezentowała projekt pt. „Zaburzenia odżywiania”- „Eating Disorders”, który w Polsce już cieszy się popularnością, a wnioskując z reakcji innych Państw podczas prezentacji, również na Świecie wkrótce da o sobie znać), Theme Event (jest to szereg wydarzeń związanych z tematem danego GA, podczas MM08, temat brzmiał „Immigration and Health” i w ramach niego prowadzono warsztaty, wykłady, dyskusję, przedstawiano filmy i prezentacje), Szkolenia ( Warsztaty, podczas których Trenerzy IFMSA szkolą pozostałych członków w zakresie tematów takich jak: autoprezentacja, zdobywanie funduszy, umiejętności lidera, praca w grupie, i innych tego typu zagadnieniach, niezbędnych do efektywnego działania w IFMSA i na każdym in-

nym gruncie). Sesje plenarne (Podczas których prezydenci poszczególnych państw całymi godzinami dyskutują, głosują, wprowadzają zmiany do regulaminu IFMSA, wybierają Zarząd Główny, nadają lub odbierają członkostwo (w tym roku, na przykład, IMSO-India oraz FEMURD-Dominican Republic utraciły je na skutek nie wywiązywania się z regulaminu), ogólnie mówiąc podejmują najważniejsze decyzje, później obowiązujące wszystkich członków IFMSA).

Ważnym wydarzeniem March Meeting jest AF Market, podczas którego Narodowi Koordynatorzy ds. Praktyk Wakacyjnych (NEO) i Wymian Naukowych (NORE), poszczególnych krajów, wymieniają się dokumentami studentów. Jako pomocnik naszego NEO, Anny Sandurskiej, brałam aktywny udział w tym wydarzeniu - w pełni więc mogłam odczuć jego niesamowitą, gorączkową a zarazem przyjazną atmosferę. Podczas Af Marketu nie chodzi jedynie o wymianę dokumentów, ale także o reklamowanie kraju, co manifestuje się rozdawaniem słodczy, broszur, naklejek, przypinek, breloków, itp. IFMSA – Poland jest jednym z krajów posiadających najwięcej kontraktów. W tym roku praktyki za granicą odbędzie 360 studentów z Polski, (przywieźliśmy ponad 16 kg dokumentów) i mniej więcej tyle samo obcokrajowców gości będziemy w naszych szpitalach. Z tego, co się dowiedzieliśmy od prezydenta IFMSA, Anas’a Eid’a, IFMSA – Poland jest postrzegana na świecie bardzo pozytywnie, stąd duże zainteresowanie studentów naszym krajem. Praktyki organizowane w ramach IFMSA są kolejnym, ciekawym i ubogającym doświadczeniem. Sama w zeszłym roku odbyłam taką praktykę w Eskishekir, w Turcji, a w tym roku udaje się do Hiszpanii. Z drugiej strony, mam również doświadczenie w opiece nad studentami goszczącymi w naszym kraju, gdyż latem ubiegłego roku przeżyłam wiele ciekawych

chwil opiekując się nimi przez cały miesiąc, organizując wycieczki po kraju i bawiąc się, zdobywając jednocześnie nową dla mnie wiedzę na temat kultur krajów, z których pochodzili moi „podopieczni”.

Ogromowi pracy na GA, która stała się również moim udziałem, towarzyszy także wspaniała zabawa, zarówno podczas tak zwanych gier integracyjnych w trakcie trwania sesji, jak i w trakcie imprez – jedną z nich, tradycyjną już dla GA jest „National Drink Party”, na której to imprezie wszystkie kraje częstują tym, co u nich najlepsze w zakresie jedzenia i alkoholi. Polska delegacja kusiła kiełbasą, oscypkiem i żubrówką, a sama delektowała się przysmakami z wszelkich stron świata. Nie muszę chyba dodawać, że pod koniec humory wszystkim bardzo dopisywały i wszyscy bez wyjątku, jeszcze bardziej się zbrataliśmy. Ale nie była to jedyna impreza podczas MM08. Social Program jest wszakże integralną częścią GA. Muszę przyznać, iż meksykańscy organizatorzy bardzo rzetelnie się do niej przygotowali, czyniąc z GA czas, nie tylko ogromnie ciężko przepracowany, ale również bezgranicznie miło spędzony. W programie socjalnym, na późne, posesyjne wieczory, znalazły się między innymi takie imprezy jak: Mexican Welcome Party, z Mariachi przygrywającymi nam do tańca; Lucha Libre Night, podczas której organizatorzy zaprezentowali nam najbardziej popularny w Meksyku show – Lucha Libre, co można by opisać jako zapasy w charakterystycznych, kolorowych kostiumach; Piñata- podczas której to imprezy punktem kulminacyjnym programu było rozbijanie piniaty, czyli wielkiej kolorowej kuli wypełnionej stodyczkami, co jest tradycyjną, meksykańską rozrywką mającą miejsce podczas większości tamtejszych festiwali. Wszystkim zabawom towarzyszyła pozytywna atmosfera, która była nieodłącznym elementem wszystkich przedsięwzięć na GA oraz meksykańska muzyka, która ogromnie przypadła mi do gustu.

Przyznam, że słowami, choćby najlepiej dobranymi, nie jestem w stanie wyrazić atmosfery tych kilku dni. Trudno jest określić całą nowo zdobytą wiedzę i doświadczenie,

a przede wszystkim ilość nowo poznanych przyszłych lekarzy z całego świata. Podczas General Assembly panuje atmosfera otwartości, z jaką nigdy wcześniej się nie spotkałam. Nie istnieją tam różnice wynikające z innej narodowości, już nie mówiąc o pełnionych funkcjach, które często są bardzo reprezentatywne. Każdy uczestnik GA, nieważne czy jest prezydentem IFMSA, czy „szarą myszką”, jest skory do nawiązywania nowych znajomości i jak się przekonałam, również do ich podtrzymywania. Każdy, chce dowiedzieć się czegoś nowego na temat nieznanego mu wcześniej kraju i to zupełnie bez uprzedzeń. Każdy ma również możliwość reprezentowania swojego kraju i ja to czyniłam z największą przyjemnością podczas całego mojego pobytu w Meksyku.

March Meeting 2008 dobiegł końca 7 marca. Tego samego dnia rozpoczęło się tak zwane Post-GA, podczas którego organizowane są wycieczki po kraju, w którym GA ma miejsce – jest to wspaniała okazja do zwiedzenia kraju, który, w przypadku Meksyku, jest przepiękny!

Z General Assembly wróciłam z ogromem niezapomnianych wrażeń, skarbnicą nowej wiedzy i walizką pełną ciężkich dokumentów. Jedyną rzeczą, której żałuję, jest to, że GA dobiegło końca. Mam jednak świadomość, że wspomnienia tego wspaniale i wyjątkowo spędzonego czasu, na zawsze pozostaną w mej pamięci.

Korzystając z okazji, chciałabym serdecznie podziękować mojej Uczelni, a zwłaszcza Pani Rektor prof. dr hab. Małgorzacie Tafil-Klawe i Panu Dziekanowi dr hab. prof. UMK Dariuszowi Soszyńskiemu, za okazane wsparcie i umożliwienie mi, a co za tym idzie bydgoskiemu oddziałowi IFMSA-Poland, udziału w General Assembly i reprezentowania naszego kraju na arenie międzynarodowej. Myślę, iż mogę, bez fałszywej skromności stwierdzić, że wywiązałam się ze swoich obowiązków dobrze i przyczyniłam się, do funkcjonowania dobrej opinii o Polsce w świecie, a co za tym idzie, mam nadzieję, nie zawiodłam zaufania we mnie pokładanego.

International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA) jest to największa na świecie organizacja studencka zrzeszająca studentów medycyny i młodych lekarzy z ponad 90 państw; to ponad 2 000 000 młodych ludzi na świecie działających w jednym z 6 Programów Stałych, na które cała struktura IFMSA została podzielona. SCOPE (Standing Committee on Professional Exchange) – Program Stały ds. Praktyk Wakacyjnych jest najstarszym, od którego IFMSA się zaczęło, programem odpowiedzialnym za organizację praktyk zagranicznych. Każdego roku ponad 300 studentów z polskich uczelni wyjeżdża na praktyki do szpitali za granicą i tyle samo gości z innych państw przyjmujemy u nas.

Pozostałe programy to: SCORE (Standing Committee on Research Exchange) – Program Stały ds. Wymiany Naukowej, SCOME (Standing Committee on Medical Education) – Program Stały ds. Edukacji Medycznej, SCOPH (Standing Committee on Public Health) – Program Stały ds. Zdrowia Publicznego, SCORA (Standing Committee on Reproductive Health including AIDS) – Program Stały ds. Zdrowia Reprodukcyjnego i AIDS, SCORP (Standing Committee on human Rights and Peace) – Program Stały ds. Praw Człowieka i Pokoju. Na czele wszystkich programów stoją narodowi koordynatorzy. W ramach poszczególnych programów organizowane są warsztaty, szkolenia, akcje – czasami o bardzo szerokim zasięgu, których celem jest dotarcie do społeczności studenckiej i nie tylko. Z projektami wychodzimy także do przedszkolaków i młodzieży szkolnej, aby, w zależności od programu, edukować o zdrowiu, problemach uchodźców i prawach człowieka oraz zmniejszać dystans pomiędzy lekarzem a pacjentem. IFMSA współpracuje z takimi organizacjami jak: WHO, UNESCO, UNICEF, UNAIDS, UNFPA, UNHCR. W Polsce, IFMSA działa od 1956 roku.

Dwa razy w roku, w Polsce, odbywają się tak zwane Zgromadzenia Delegatów, na które przybywają przedstawiciele 11 polskich oddziałów IFMSA działających przy wszystkich krajowych uczelniach medycznych. Na tych spotkaniach wybiera się Zarząd Główny, będący organem zarządzającym, uczestniczy się w warsztatach, podejmuje decyzje obowiązujące pozostałych członków IFMSA – Poland.

Również dwa razy w roku, w marcu i w sierpniu, ma miejsce walne zebranie członków IFMSA, tak zwane General Assembly (GA), które jest już spotkaniem międzynarodowym. Na tymże spotkaniu podpisuje się kontrakty na wymiany, przedstawia się i opracowuje nowe projekty, ustanawia się zmiany regulaminowe, reprezentuje się swój kraj, jego obyczaje, kulturę i służbę zdrowia i wiele innych..

**Twierdę z całym przekonaniem, że IFMSA jest organizacją dla tych studentów medycyny, którzy chcą poszerzać swoje horyzonty. Zachęcam wszystkich, którzy nie są jeszcze w naszych szeregach, a mogą być, do przyłączenia się do nas!**



# 57 lat pracy dla chorych

18 października 2007 w Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy – dyrektor przychodni dr Bartosz Modrzejewski wraz z współpracownikami uroczyście i serdecznie dziękowali pani doktor Zofii Chmielewskiej za 57 lat ofiarnej pracy w zawodzie lekarza, z których ostatnie lata przepracowała właśnie w WPZP. Kilka dni wcześniej – 13 października doktor Chmielewska obchodziła swoje 82 urodziny. 21 lat wcześniej „urzędowo” przeszła na emeryturę, ale praca zawsze była dla pani dok-

tor Chmielewskiej ważną częścią życia, więc na prawdziwą emeryturę zawsze było jeszcze za wcześnie... Pewnie to samo mówią dzisiaj pacjenci pani doktor, których z taką pieczołowitością przekazywała swoim młodszym kolegom. Współpracownicy żegnając serdecznie, kończącą pracę zawodową doktor Chmielewską, składali życzenia długich lat w zdrowiu i realizacji swoich pozazawodowych zainteresowań, na które dotychczas często nie starczało czasu. Dołączamy się do tych życzeń!



Poniżej zamieszczamy krótką biografię doktor Zofii Chmielewskiej, przygotowaną przez doktor Marię Linkę.

Zofia Chmielewska urodziła się 13.10.1925 r. w Toruniu. Dzieciństwo, przerwane wybuchem drugiej wojny światowej, spędziła w Bydgoszczy. Ucieczka przed nawałą hitlerowskiego najeźdźcy skierowała Jej rodzinę do Łowicza, gdzie wspólnie z bratem Kazimierzem zaangażowała się w działalność Szarych Szeregów, co pozostało na zawsze w jej pamięci jako istotna karta życiorysu. W czasie wojny uczyła się w tajnych kompletach. Pozwoliło jej to rok po wojnie zdać maturę w I LO w Bydgoszczy. Dyplom lekarza uzyskała 14.06.1952 r. na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu. Już w czasie studiów (od 01.03 do 31.08.1950) była zatrudniona jako lekarz praktyk w Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Obrzycach. Planowała specjalizację z psychiatrii. Jednak po ukończeniu studiów uzyskała miejsce na specjalizacji z neurologii, którą ukończyła w Klinice Neurologii w Poznaniu i stopniem specjalizacji z neurologii w 1954 r. W tym samym czasie (lata 1951–1954), zgodnie ze swoimi zainteresowaniami pracowała w Wojewódzkiej Poradni Zdrowia Psychicznego w Poznaniu. W 1954 r. Otrzymała „nakaz pracy” do Wojewódzkiej Poradni Zdrowia Psychicznego w Toruniu, gdzie współorganizowała Szpitalny Oddział Obserwacyjny, pełniąc w nim obowiązki ordynatora w latach 1960–1964. Jednocześnie w latach 1956–1960 specjalizowała się

w psychiatrii w Klinice Psychiatrii w Akademii Medycznej w Gdańsku, uzyskując II stopień specjalizacji w dziedzinie psychiatrii w 1962 r. W czasie pracy w Toruniu zajęła się sprawą zatrudnienia chorych psychicznie, gdzie – napotykać na duże trudności ze strony ówczesnych władz, jednak osiągnęła zamierzony cel. W 1964 r. przeniosiła się do Szpitala „Drewnica” w Ząbkach pod Warszawą, gdzie miała lepsze warunki do zapewnienia opieki poważnie choremu ojcu. Tam początkowo pracowała jako asystent, a później Ordynator Oddziału Psychiatrycznego. Prowadziła tam również Pracownię EEG.

Rekomendowana przez profesora Tadeusza Bilikiewicza, na prośbę jego syna wówczas docenta Adama Bilikiewicza, organizującego Klinikę Psychiatrii w Bydgoszczy w 1977 r. wróciła do rodzinnego miasta, aby czynnie uczestniczyć w tworzeniu nowej Kliniki. Zatrudniona w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym na etacie w WPZP, faktycznie większość czasu poświęcała administrowaniu Klinice jako nieformalny zastępca Kierownika Kliniki, Profesora Adama Bilikiewicza. Tu dała się poznać jako „człowiek mrówczej pracy”, niezwykle rzetelna, odpowiedzialna, przykładająca należną wagę do dokumentacji. Jednocześnie kontynuowała praktykę kliniczną z pacjentami w WPZP. W 1986 roku przeszła na emeryturę, kontynuując pracę w Pracowni EEG w Klinice Psychiatrii do 31.12.1998 r. oraz w WPZP w Bydgoszczy do chwili obecnej tj. ukończenia 82 roku życia.

Zofia Chmielewska pracowała również w bydgoskich poradniach wychowawczo-zawodowych. Jako wieloletnia biegła w dziedzinie psychiatrii wykazała się dużymi kompetencjami, służąc za wzór młodszym psychiatrom. Przez kilka kadencji pełniła funkcję sekretarza tutejszego oddziału Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Wykonując swoje obowiązki na tym polu z dużą odpowiedzialnością, zapoczątkowała dobrą tradycję dokumentowania działalności Kujawsko-Pomorskiego Oddziału PTP. W pracy zawodowej dr Chmielewska kierowała się zawsze rzetelnością, nie dbała o szczególny poklask, nagrody i wyróżnienia stawiając się w roli „szarego tła dla gwiazd”, o czym mówiła. W życiu prywatnym kontynuuje stare, wypróbowane przyjaźnie, wykazuje dużą troskę o losy rodziny, z którą zawsze była bardzo związana. Pozostaje wierna zasadom wyniesionym z tradycyjnego, polskiego domu. Jej pasją jest historia sztuki – na ten temat ma bardzo dużo do powiedzenia. Zawsze bardzo lubiła poznawanie Polski i świata, zwłaszcza w kontekście historii sztuki, niemniej zaangażowanie w pracę zawodową z pewnością nie pozwoliło Jej zrealizować wszystkich marzeń w tym zakresie. Miała też marzenie „zostać na posterunku do końca”, czyli pracować zawodowo do końca swoich dni. Zrezygnowała jednak z dalszej pracy zawodowej, nie bez żalu, ale w poczuciu, że taki jest bieg rzeczy i że znajdzie godnych następców.

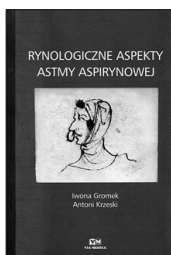


**Pień mózgu – oś życia**

Wydawnictwo  
Via Medica  
252 strony  
164x238 mm  
oprawa miękka  
Cena Ikamed 40,80

Mimo że pień mózgu odgrywa zasadniczą rolę w utrzymaniu życia, od lat brakuje na polskim rynku wydawniczym odpowiedniej publikacji poświęconej temu problemowi. Monografię „Pień mózgu – oś życia” stworzyli specjaliści z zakresu medycyny, elektroniki, filozofii, matematyki i fizyki. Celem, który przyświecał autorom, było przybliżenie Czytelnikowi stanów klinicznych i towarzyszącym im mechanizmów, których niesprawność prowadzi do zaniku życia ludzkiego.

Niniejsza publikacja jest przeznaczona przede wszystkim dla młodych lekarzy i osób studiujących medycynę. Mogą z niej z powodzeniem korzystać wszyscy, którzy interesują się stanem zagrożenia życia oraz problemem pobierania narządów ludzkich w chwili śmierci pnia mózgu, będącej śmiercią człowieka.



**Rynologiczne aspekty astmy aspirynowej**

Wydawnictwo  
Via Medica  
oprawa miękka  
160 stron  
format 164x238  
Cena Ikamed 41,65 zł

Książka powstała w ośrodku, który ma istotne osiągnięcia w tej dziedzinie. Przedstawia ona w sposób jasny i przystępny złożony patomechanizm choroby, jej objawy kliniczne i – co szczególnie ważne – nowoczesne metody terapii. Książka ta będzie stanowić istotną pomoc w codziennej praktyce lekarskiej – nie tylko dla laryngologów, ale także dla pulmonologów oraz internistów, zaś zainteresowanym mechanizmami i patofizjologią chorób może odświeżyć nowe, ciekawe drogi badawcze.

Niemalą jest chorób, których objawy wprawiają w zdumienie nie tylko laików, ale nawet lekarzy. Bezspornie należy do nich astma aspirynowa. Jej niezwykłość odzwierciedla się też w nazwie – medycyna używa bowiem co naj-

mniej kilka terminów dla jej określenia. A przecież nie ma cech kameleona, jej objawy rozwijają się pewnej określonej sekwencji i są już dobrze poznane. Nie należy wcale do chorób rzadkich. Wystarczy powiedzieć, iż ostatnie dane szacunkowe podają jej częstość na 10% u chorych na astmę, a w populacji chorych na przewlekłe zapalenie zatok odsetek ten jest o wiele wyższy.

**Echokardiograficzna ocena chorób mięśnia sercowego – NOWOŚĆ**

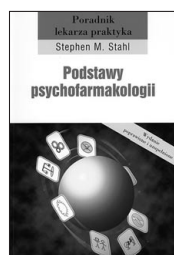


ISBN 9788375550429  
wydawca: Via Medica  
rok wydania: 2008  
oprawa twarda  
148 stron  
format 205x290  
Cena Ikamed: 76,50 zł

Współczesna kardiologia w niczym nie przypomina tej sprzed lat. Zmieniła się epidemiologia chorób serca, których diagnostyka opiera się na zaawansowanych technologicznie metodach obrazowych, coraz częściej nie mających charakteru obciążającego pacjenta. Publikacja opisuje współczesne możliwości diagnostyki ultradźwiękowej. Rozwój wiedzy w tej dziedzinie obrazowania jest imponujący, a kolejne lata zapowiadają się równie interesująco.

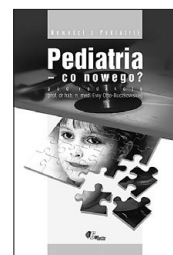
Książka jest skierowana przede wszystkim do lekarzy wykonujących badania echokardiograficzne, powinna również ułatwić kliniczną interpretację opisów badań kardiologom i internistom.

**Podstawy psychofarmakologii. Poradnik lekarza praktyka – NOWOŚĆ**



ISBN 9788360945735  
wydawca: Via Medica  
rok wydania: 2008  
oprawa miękka  
622 strony  
format 145x208  
Cena Ikamed: 83,30 zł

Prezentujemy poprawione i uzupełnione wydanie niezwykle popularnej książki Prescriber's Guide, będącej najnowszą częścią serii Essentials Psychopharmacology. Wydanie to uzupełniono o nowe leki, natomiast opisy leków wcześniej prezentowanych zweryfikowano i uaktualniono o nowe wskazania i zasady stosowania. Precyzyjnie i dokładnie, poświęcając kilka barwnych stron na każdy spośród ponad 100 leków psychotropowych, Stephen Stahl przekazuje swoje ogromne doświadczenie naukowe w postaci zbioru istotnych informacji, niezbędnych do skutecznego leczenia chorych. Wszystkie leki opisano w pięciu kategoriach: opis leku, działania niepożądane, dawkowanie, specyficzne populacje chorych i sztuka psychofarmakoterapii.



**Pediatria – co nowego?**  
pod redakcją  
prof. dr hab. med.  
Ewy Otto-Buczkwskiej  
rok 2007, 492 strony,  
format B5  
ISBN 83-919540-7-2  
cena: 69 zł

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



**Zaburzenia czynnościowe przewodów pokarmowych**  
pod redakcją Leszka Paradowskiego  
rok 2007, 296 stron,  
format B5, cena: 58 zł  
ISBN 978-83-919540-8-0

...Monografia ta spełnia kryteria własnego, oryginalnego wejrzenia w skomplikowaną tematykę chorób czynnościowych przewodów pokarmowych. Przedstawione zostały w niej aktualne poglądy na temat patofizjologii zaburzeń czynnościowych, ze szczególnym uwzględnieniem mediatorów regulujących motorykę przewodów pokarmowych. 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 przewodów pokarmowych. 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... – *Słowo Wstępne – Leszek Paradowski*



Zapraszamy 29–31 sierpnia 2008 do Osia

## IX Otwarte Międzynarodowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w strzelectwie myśliwskim

**Komitet Organizacyjny IX Otwartych Międzynarodowych Mistrzostw Polski Lekarzy w Strzelectwie Myśliwskim oraz Prezydium Bydgoskiej Izby Lekarskiej** serdecznie zapraszają do wzięcia udziału w kolejnej – dziewiątej edycji zawodów strzeleckich odbywających się pod patronatem Naczelnej i Bydgoskiej Izby Lekarskiej oraz patronatem medialnym Radia Gra, w dniach **29–31 sierpnia 2008 r.**

Nasze spotkanie rozpoczniemy imprezą plenerową, integracyjną środowiska lekarskiego pod hasłem „Przy muzyce o sporcie i medycynie”, która odbędzie się w **piątek (29.08.2008)** w Tleniu – malowniczej miejscowości nad Zalewem Żurskim w Parku Wdeckim, w samym sercu Borów Tucholskich w województwie kujawsko-pomorskim. O godz. 17.30 zaprosimy naszych gości na koncert orkiestry wraz z solistami Wydziału Wokalnego Akademii Muzycznej im. Artura Rubinsteina w Bydgoszczy, pod kierownictwem muzycznym prof. Wojciecha Pospiecha, która w scenerii Borów Tucholskich zaprezentuje się w barwach polskiej złotej jesieni w lekkim operetkowym repertuarze. Gości zaprosimy na degustację potrawy specjalnie przygotowanej na tę okazję przez naszych przyjaciół z Ukrainy i słodkości z cukierni Mistrza Adama. Dla bardziej wytrwałych w godzinach wieczornych koncert Reprezentacyjnego Zespołu Sygnalistów Polskiego Związku Łowieckiego, na który przy-

będzie gość honorowy – dzik z rusztu w towarzystwie bigosu, karkówki i wyrobów piwowarskich. Również w piątek na strzelnicy w Osiu zostanie przeprowadzony trening strzelców parkurowych w godzinach od 12.00 do 17.00.

**O**ficjalne otwarcie zawodów w **sobotę** o godz. 09.00. Zawody rozgrywane będą w klasie otwartej indywidualnie oraz drużynowo (reprezentacje trzy osobowe regionalnych izb lekarskich) z osobną klasyfikacją dla sympatyków naszego środowiska uczestniczących w zawodach. Dzięki uprzejmości Prezesa Polskiego Stowarzyszenia Strzelectwa Parkurowego będziemy mogli spróbować swoich lekarskich umiejętności strzeleckich w tych konkurencjach. Podanych zostanie 100 rzutków w różnych kombinacjach określonych w regulaminie Międzynarodowej Federacji FISTASC na czterech osiach – stanowiskach strzeleckich. ([www.parcour.pl](http://www.parcour.pl)). Dla wszystkich chętnych odbędzie się dobrotczy turniej w konkurencji „dzik”. Również w sobotę na strzelnicy odbędzie się pokaz sprawności terenowej samochodów ze stajni Mitsubishi oddanych do dyspozycji uczestników przez firmę Moto-Champ z Bydgoszczy na jazdy próbne. Każdy będzie mógł spróbować swoich umiejętności w terenie w towarzystwie instruktora. Dla super odważnych postaramy się udostępnić widok Zalewu Żurskiego z gondoli balonu.

**P**o zakończeniu zawodów o godz. 20.00 kolacja towarzyska w sali bankietowej kom-

pleksu szkoleniowo-konferencyjnego „Perła” w Tleniu – obowiązują stroje wieczorowe.

W **niedzielę** o godz. 10.00 zorganizowane zostaną dla wszystkich chętnych zawody wędkarskie w połowie pstrąga na stawach w Starej Rzece. Złowione pstrągi zostaną podane na obiad po zakończeniu zawodów.

**Zapraszamy do udziału w imprezie wraz z całą rodziną.**

*Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego  
Dr n med. Marek Jedwabiński*

Do dyspozycji zawodników i ich rodzin oraz sympatyków naszej imprezy będzie cała baza turystyczna kompleksu szkoleniowo-konferencyjnego **PERŁA** w Tleniu, 3 km od strzelnicy (obiekt hotelowy ogrzewany, z restauracją, pokoje 1, 2, 3, 4-osobowe z pełnym węzłem sanitarnym)

Zgłoszenia, w nieprzekraczalnym terminie do 30 lipca 2008 r., z pełnym adresem prosimy kierować:

- listownie – Klinika Ortopedii AM w Bydgoszczy 85–094 Skłodowskiej-Curie 9
- Internet – [jedmar@ozzl.org.pl](mailto:jedmar@ozzl.org.pl)
- telefonicznie (sms) +48 663333377

**Serdecznie zapraszamy !!!!**

**UWAGA!!!** Komitet Organizacyjny zastrzega sobie prawo do zmian programowych w zależności od ilości zgłoszeń uczestników.



w pracy



poza pracą

## Szybka pożyczka gotówkowa

- ▶ Decyzja kredytowa już w 2 godziny
- ▶ Wniosek przez telefon, bez wizyty w banku
- ▶ Brak zaświadczenia o dochodach

Podane raty zawierają całkowite miesięczne koszty pożyczki (Kapitał, Prowizję i Odsetki)

	15 000 PLN	20 000 PLN	30 000 PLN	50 000 PLN
5 lat	327,96	437,28	655,92	1 093,20
4 lata	391,55	522,07	783,11	1 305,18
3 lata	498,23	664,31	996,47	1 660,79
2 lata	712,65	950,20	1 425,30	2 375,51

Roczna rzeczywista stopa procentowa wyliczona dla całkowitego kosztu pożyczki w kwocie 10 000 PLN na 60 miesięcy wynosi 11,88%. Nominalne oprocentowanie wynosi 9,96% p. a. Efektywny koszt pożyczki w skali roku zawarty jest w racie.

Oferta obowiązuje do 30.06.2008 r.

- ▶ Dostępna opcja ubezpieczenia spłaty pożyczki
- ▶ Wymagane dokumenty: kserokopia dowodu osobistego, dyplomu, wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub kserokopia dokumentu potwierdzającego prawo do wykonywania **zawodu lekarza** – minimalny wymagany staż pracy 3 lata

**▶ Zadzwoń i złóż wniosek!**  
**0 801 88 99 77 lub 022 314 01 50\***

**HSBC**  **Credit**  
The world's local bank

**KOD PROMOCJI: 340023**

## Zaproszenia dla Czytelników do Teatru!

- **27.06** – **Przebudzenie wiosny**, godzina 19.30 – 2x2;
- **28.06** – **Przebudzenie wiosny**, godzina 20.00 – 2x2;
- **28.06** – **Motortown**, godzina 17.00 – 2x2;
- **29.06** – **Motortown**, godzina 19.00 – 1x2;

Czekamy na telefony **25 czerwca** od godziny **9 do 11**  
– Ewa Langner 052 346 00 84.

## Repertuar czerwiec 2008



- **14, 15 Drugie zabicie psa** wg Marka Hłaski, Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 19.00
- **17, 18, 19 Jan Brzechwa Pchła Szachrajka** Mała Scena TPB, 10.00, 12.30
- **21 Robert Thomas – Osiem kobiet** Duża Scena TPB, 19.00
- **22 Nikolaï Kolada Merylin Mongoł** Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 17.00, 20.00
- Robert Thomas **Osiem kobiet** Duża Scena TPB, 19.00
- **23 Nikolaï Kolada Merylin Mongoł** Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 19.00
- **25 Un esempio**, na motywach opowiadania Gustawa Herlinga-Grudzińskiego Mała Scena TPB, 19.00
- **26, 27 Frank Wedekind – Przebudzenie wiosny** Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 19.30
- **28 Simon Stephens – Motortown** Mała Scena TPB, 17.00
- Frank Wedekind – **Przebudzenie wiosny** Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 20.00
- **29 Simon Stephens – Motortown** Mała Scena TPB, 19.00

Repertuar może ulec zmianie

## Klub Lekarza Seniora zaprasza!

- Po wakacyjnej przerwie – **3 września** (jak zwykle, w pierwszą środę miesiąca) odbędzie się spotkanie lekarzy – seniorów. Gościem lekarzy seniorów będzie lek. med. Danuta Boguszyńska. Temat: „Krwiodawstwo i krwiolecznictwo XXI w.” Spotkanie rozpocznie się tradycyjnie o godzinie 15.

## Mój jest ten kawałek podłogi!...

*Już lato swym kwiatom motylki śle.  
Kaziu, Kaziu, Kaziu zakochaj się.  
Spójrz, drżące na łące sylwetki te.  
Kaziu, (jestem!) no gdzie Ty, gdzie?*

Jeremi Przybora



### Szanowne Koleżanki i Koledzy!

*Lato! Kasztany już przekwitły i okres matur mamy już za sobą! Dla części młodzieży zaczyna się bój o indeksy określające ich przyszłość. Dla mnie i dla moich rówieśników pozostają już tylko wspomnienia o naszym czasie kwitnienia kasztanów i o tych dawnych czasach, gdy ktoś proponował „zakochaj się” któregoś lata.*

*Wspomnienia, wspomnienia i zazdrość, że obecnie młodzi mogą, (jeżeli chcą) popisywać się piękną polszczyzną, bo za moich czasów obowiązywał jednakoowy schemat interpretacji każdej przeczytanej szkolnej literatury. Tym, którzy to przeżywali – przypominam. Tym, którzy nie mieli tego „szczęścia” przytaczam rzeczony schemat. Wstęp winien opisać warunki socjalno-społeczno-polityczne okresu, w którym toczy się akcja danej książki. Po wstępie, jak zwykle, było rozwinięcie, w którym to należało w sposób dobitny zaznaczyć krytyczny stosunek autora do opisywanej rzeczywistości! Na przykład, wyzysk chłopów pańszczyźnianego lub robotników w fabrykach „zgniłych” kapitalistów! No, od biedy można było swobodniej pisać na temat narodowych ciągów wyzwoleńczych, ale bardziej krytykując zaborców tych z zachodu. Po tej części była konkluzja, najczęściej bardzo optymistyczna, bo podkreślająca jak to czasy, w których dane nam jest żyć (wczesne lata pięćdziesiąte) zlikwidowały te wszystkie patologie, opisane przez autora w omawianej książce!*

*Na całe szczęście mieliśmy normalne domy i wspianiałych rodziców, którzy to zwracali nam uwagę, że czytane książki zawierają także w sobie inne piękno, jak choćby ten cytowany przeze mnie opis okolic, tak mi bliskiego, Niemna – „Dzień był letni i świąteczny. Wszystko na świecie jaśniało, kwitło, pachniało, śpiewało. Ciepło i radość lały się z błękitnego nieba i złotego słońca; radość i upojenie tryskały z nad pól porośniętych zielonym zbożem; radość i złota swoboda śpiewały chórem ptaków i owadów nad równiną w gorącym powietrzu, nad niewielkimi wzgórzami, w okrywających je bukietach iglastych i liściastych drzew.”*

*Dzięki Bogu, że obecnie młodzież nie musi być włączana w takie schematy interpretacyjne, w jakie byłem ja włączany. Tylko żeby chciała, po pierwsze – czytać, po drugie – czytać ze zrozumieniem i wreszcie po trzecie – żeby potrafiła dostrzegać w tym, co przeczytała – piękno!*

*Kończąc zapewniając, że nadal czytam!*

*A. Martynowski*

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

### śp. Wandy Zakrzewskiej

lekarza psychiatrii

Osoby oddanej swojej pracy, cenionej i szanowanej przez pacjentów i całe grono lekarskie

Zarząd i Członkowie  
Oddziału Kujawsko-Pomorskiego  
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

# Zapraszamy!

● 21 czerwiec 2008 r.

**Licówki porcelanowe czy kompozytowe?** (materiały i metody pracy, a estetyka i trwałość rekonstrukcji).

Wykładowca: prof. dr hab. Jerzy Sokółowski kierownik Zakładu Propedeutyki i Diagnostyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kurs organizuje: Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej.

Szkolenia odbędzie się w Teatrze Letnim w Ciechocinku. Początek zajęć o godzinie 10.00. Uczestnicy wcześniejszych kursów w Ciechocinku wnoszą opłatę w wysokości 220 zł; pozostali – 250 zł (koszt szkolenia + obiad)

Wpłaty na konto: 06 1020 5170 0000 1202 0065 1620, Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, 87-800 Włocławek, ul. Królewiecka 1a/2. Będą wydawane rachunki oraz zaświadczenia o ukończeniu kursu z przyznanymi 8 – punktami edukacyjnymi.

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

Informacje i zgłoszenie uczestnictwa: [www.stomatologia.edu.pl](http://www.stomatologia.edu.pl) lub (54) 231 51 57, 231 04 16.

● 21 czerwiec 2008 r.

**Przez trudy do gwiazd. Rekonstrukcje zębów przednich i bocznych, żywych i po leczeniu endodontycznym.**

Wykładowca: dr Tomasz Śmigiel. Kurs odbędzie się w Hotelu „Filmar”, ul. Grudziądzka 145 w Toruniu. Uczestnicy kursu otrzymają 10 punktów edukacyjnych.

20 wrzesień 2008 r.

**Zastosowanie włókien szklanych w stomatologii. Adhezja w stomatologii estetycznej.**

Wykładowca: dr n. med. Maciej Żarow. Kurs odbędzie się w Hotelu „Filmar”, ul. Grudziądzka 145 w Toruniu. Uczestnicy kursu otrzymają 10 punktów edukacyjnych.

Organizatorem jest Centrum Konferencji i Wystaw Expo-Andre, ul. Prosta 19/7, 87-100 Toruń. Informacje i zgłoszenia uczestnictwa tel.: 056/ 657 35 05, 621 11 27, tel. kom. 516 037 516, lub poprzez formularz zgłoszeniowy dostępny na stronie internetowej [www.expo-andre.pl](http://www.expo-andre.pl)

„Dobro jest mało dostrzegane,  
O nim przeważnie nie mówi się, nie pisze:  
Jest wyciszone, niekrzykliwe”.

Ks. Jan Twardowski

Ordynatorowi Oddziału Chirurgicznego **dr. n. med. Aleksandrowi Olejarzowi i jego asystentce – dr Elżbiecie Buszko-Sikorze**, ordynatorowi Oddziału Intensywnej Terapii **dr. n. med. Aleksandrowi Hermelinowi**, ordynatorowi Oddziału Chorób Wewnętrznych – **dr n. med. Włodzimierzowi Rajewskiemu i jego zastępcy Andrzejowi Bojko** oraz całemu zespołowi lekarsko-pielęgniarskiemu tych oddziałów Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy – serdeczne wyrazy podziękowania za ratowanie zdrowia mojej siostry i troskliwą nad nią opiekę składa z wielkim szacunkiem

wdzięczna Halina Grzybowska-Rogulska

*Pani dr n. med. Anieli Zmaczyńskiej i Jej lekarsko-pielęgniarskiemu Zespołowi, doktor Małgorzacie Świątkowskiej, doktor Małgorzacie Komorowskiej oraz pielęgniarkę Ani Rutkowskiej – wyrazy najgłębszej wdzięczności za skuteczne leczenie i troskliwą opiekę w moich okulistycznych kłopotach składa z wielkim szacunkiem i serdecznością*

Halina Grzybowska-Rogulska

*Panu prof. dr hab. med. Arkadiuszowi Jawieniowi za perfekcyjnie wykonaną operację oraz całemu zespołowi Chirurgii Naczyniowej i Angiologii Szpitala im. dr. J. Bizziela w Bydgoszczy za opiekę, życzliwość i cierpliwość, składam podziękowanie wraz z wyrazami szacunku*

Karol Struski

## PRACA

Biuro Turystyki Aktywnej KOMPAS sp. z o.o. **poszukuje lekarzy (w okresie wakacyjnym)**. Wymagania: odpowiednie kwalifikacje zawodowe, mile widziane doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą, mile widziana znajomość specyfiki pracy podczas aktywnych obozów, odpowiedzialność, zaangażowanie. Zakres obowiązków: nadzór medyczny nad uczestnikami obozów. Oferujemy: umowę zlecenie, zakwaterowanie, wyżywienie, przejazd w obie strony. Osoby zainteresowane prosimy o przesłanie swojego CV na adres: [praca@kompas.pl](mailto:praca@kompas.pl) (w temacie: lekarz-nazwisko).

NZOZ w Bydgoszczy nawiąże współpracę z **lekarzem specjalistą protetyki stomatologicznej**. Mile widziane doświadczenie w implantoprotetyce. Kontakt: tel. 052 341 56 03, e-mail: [kliniaka@alfa-med.pl](mailto:kliniaka@alfa-med.pl).

NZOZ w Bydgoszczy nawiąże współpracę z **lekarzem specjalistą ortodoncji**. Kontakt telefoniczny pod nr 052 341 56 03, e-mail: [kliniaka@alfa-med.pl](mailto:kliniaka@alfa-med.pl).

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Korczaka w Słupsku pilnie zatrudni: **lekarza specjalistę neonatologa, lekarza pediatrę** lub **lekarza chcącego specjalizować się w dziedzinie neonatologii, lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej**. Wszelkie informacje dot. zatrudnienia pod tel. 0598424867; 8428471 wew. 383, +48 510064371, e-mail: [kadry@szpital.slupsk.pl](mailto:kadry@szpital.slupsk.pl)

Gminna Przychodnia w Nowem ul. Komierowskiego 39, 86-170 Nowe zatrudni **lekarza rodzinnego, ogólnego lub internistę** do pracy w Pod-

stawowej Opiece Zdrowotnej lub lekarza bez specjalizacji z 5-letnim stażem w POZ. Zapewniamy mieszkanie oraz dobre warunki płacowe. Proszę o kontakt tel. (0-52) 3327153 lub tel. kom. 604443828.

NZOZ nawiąże współpracę z **lekarzem stomatologiem i lekarzem ortodontą** wykonującym aparaty stałe – 0 502 029 249.

## WYNAJMĘ

Gabinety lekarskie do wynajęcia w centrum Bydgoszczy – 602 576 839 lub 692 160 776.

PKP S.A. Oddział Kolejowa Medycyna Pracy Kolejowy Zakład Medycyny Pracy w Warszawie

zatrudni

**w Przychodni Badań Profilaktycznych w Bydgoszczy, ul. Zygmunta Augusta 1**

- **lekarza uprawnionego do przeprowadzania badań profilaktycznych,**
- **lekarza okulistę**
- **lekarza neurologa**

Zgłoszenia prosimy kierować na adres: PKP S.A. Oddział Kolejowa Medycyna Pracy Dyrekcja, ul. Hoża 63/67, 00-681 Warszawa.

Informacje wstępne: kierownik Kolejowego Ośrodka Medycyny Pracy w Gdańsku z siedzibą w Sopocie, tel. (058) 721 91 66.