

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

John Donne



Na stronie 6 wymieniamy lekarzy, o których umniejszone zostało grono Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

W NUMERZE

START JGP	2
WYDARZENIA	3, 4, 5
WSPOMINAMY	6
JEST LEP-iej	7
MEDYCZNY NOBEL	8
INWESTYCJE	
Szpital Uniwersytecki im. A. Jurasza	10
KONFERENCJE	11
MEDYCYNA ALTERNATYWNA	
Alternatywne poglądy w onkologii	14
POWSTAŁY ZALECENIA	
By zmniejszyć ryzyko IZG	15
MEDYCZNE ŚRODY	16
IFMSA	17
SPOTKANIA i	18
FELIETON i	19
W PIGUŁCE	20

Zdjęcie na okładce:
fot. **Zenon Lewicki**

Szanowne Koleżanki i Koledzy



Listopad jest chyba najsmutniejszym miesiącem w roku: jesień, zimno, deszcz, wiatr i Święto Zmarłych – wspominamy lekarzy, którzy odeszli w minionym roku, niech żyją długo w naszej pamięci.

Początek roku akademickiego niesie za sobą bardzo wiele konferencji, zjazdów i sympozjów – piszemy o niektórych z nich, jak również o laureatach nagrody Nobla.

Na ostatniej Okręgowej Radzie Lekarskiej BIL powołaliśmy pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków – został nim dr Włodzimierz Kasierski. Zasadniczym działaniem pełnomocnika będzie pomoc lekarzom uzależnionym od alkoholu, leków czy narkotyków, taka jest intencja uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 7/07/V. Jeżeli widzicie wśród swoich kolegów takich, którzy potrzebują pomocy, proszę, zgłaszajcie problem do dr. Wł. Kasierskiego.

17 października 2008 na uroczystym spotkaniu wręczyliśmy prawa wykonywania zawodu na okres stażu podyplomowego młodym koleżankom i kolegom, życzymy im sukcesów zawodowych, pomyślnego zakończenia stażu i doskonale zdanego egzaminu LEP.

Przypominam o dopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego – 5 listopada 2008 r. kończymy pierwszy okres rozliczeniowy.

Radosława Staszak-Kowalska
Przewodnicząca BIL

Z ostatniej chwili!

Wiadomość z Sejmu RP o przyjęciu pakietu ustaw zdrowotnych, rekomendowanych przez PO i Ministerstwo Zdrowia nie gwarantuje, niestety, poprawy funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej ani poprawy naszych warunków płacowych. Ale też mało prawdopodobne jest zatwierdzenie tego pakietu ustaw przez prezydenta.

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

RADA PROGRAMOWA: Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczęsny; wiceprzewodniczący: dr n. med. Witold Hryncewicz; 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

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; <http://www.bil.org.pl>

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

Bez zachwytów nad JGP

Skończył się czas testów i prób – od października wszystkie szpitale muszą się rozliczać z Narodowym Funduszem Zdrowia wg nowej metody – Jednorodnych Grup Pacjentów. System opiera się na katalogu pogrupowanych procedur medycznych. Chorego, na podstawie wykonanej diagnostyki, jednostki chorobowej, leczenia, wieku i płci, kwalifikuje do określonej grupy specjalny program informatyczny – tzw. gruper.

Wcześniej szpitale rozliczały się z Funduszem na podstawie katalogu zawierającego ok. 1,5 tys. wycenionych procedur – obecnie jest ich niespełna 500. Do tej pory, podczas trwającego od lipca okresu przejściowego, JGP stosowały 24 z 51 lecznic w naszym województwie, 12 wprowadziło system częściowo, a 15 rozliczało się wg starego, uproszczonego systemu rozliczeń – informuje Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ. Jedną z lecznic, która jeszcze przed październikiem stosowała JGP był Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Bizuela. „Nie było łatwo. – ocenia dr n. med. Zbigniew Sobociński, dyrektor ds. medycznych jednostki – Okres próbny powinien być wydłużony o co najmniej jeszcze jeden kwartał.”

Podobnie swoje zmagania z Jednorodnymi Grupami Pacjentów oceniają inni: „Nowy system pochłania lekarzom dużo czasu – trudno przestawić się na nowy sposób kodowania, zupełnie inny rodzaj sprawozdawczości. Nasuwa się pytanie, czy nie żał tych godzin, które lekarz poświęca na taką żmudną działalność? – zastanawia się Stanisław Prywiński, dyrektor ds. medycznych Szpitala Uniwersyteckiego im. Jurasza i dodaje – Pewnie w miarę działania systemu ta praca się usprawni, bo lekarzom coraz łatwiej będzie odpowiednio kwalifikować chorych. Gorzej, jak znowu coś się zmieni...”

Problemem są wstecznie wprowadzone przez NFZ istotne zmiany w katalogu procedur: „System jednorodnych grup pacjentów jest dopasowany do tego, który usługi nam sprzedaje, czyli NFZ. – mówi dyrektor Sobociński – Fundusz wprowadził wiele poprawek obowiązujących od 1 lipca, ale w systemie zostały zainstalo-

wane dopiero w sierpniu, czy wrześniu. Wielokrotnie musieliśmy więc wracać do naszych początkowych rozliczeń.”

Świadczeniodawcy skarżyli się na niesprawny system informatyczny NFZ. Podobno zdarzało się, że serwer nie działał nawet parę dni, uniemożliwiając zatwierdzenie przez Fundusz rozliczeń wysłanych przez szpital, co jest konieczne, by lecznica mogła wystawić płatnikowi fakturę. Czasami kłopotem okazywały się różne grupery – NFZ rozliczał procedury wg swojego, jednostka stosowała swój, w efekcie czego wybory szpitala bywały negocjowane. „Narodowy Fundusz Zdrowia jest w sytuacji uprzywilejowanej – jeżeli źle zakwalifikujemy chorych, to nam po prostu za nich nie zapłaci. Musimy poprawiać błędy, inaczej kodować, a nie zawsze jest to możliwe, bo niektórych procedur brakuje” – narzeka dr n. med. Stanisław Prywiński. „Powinniśmy z Funduszu otrzymać narzędzie sprawozdawcze, czyli konieczny program informatyczny – uważa Zbigniew Sobociński – Tymczasem musimy go dopracowywać sami. Błędy w kodowaniu w dużej mierze nie są winą szpitala, a NFZ. System nie do końca jest dopracowany.”

Lekarze zgłaszają też problemy z odpowiednim przyporządkowaniem procedur: „niektóre są tak sformułowane, że trudno do nich dopasować konkretną jednostkę chorobową” – mówią. A niektórych świadczeń na próżno szukać w nowym katalogu.

„System ma dużo luk. Wielu procedur nie ma, sporo jest niedoszacowanych np. przetoczenie krwi – leku bardzo dzisiaj kosztownego, zostało właściwie uniemożliwione. Tylko niewielka grupa procedur wypada lepiej niż w starym systemie rozliczeń. – twierdzi Sobociński – Zdarzają się też absurd, np. nie można rozliczyć procedury patologii ciąży i procedury porodu jeżeli pacjentka zagrożona porodem przedwczesnym leży na patologii ciąży, a potem następuje rozwiązanie. Jeżeli dzieje się to w ciągu 6 dni Fundusz płaci nam tylko za jedną procedurę. Porodu rozliczyć nie możemy.”

Szpital Jurasza, jako pierwszy w regionie zmierzył się z systemem Jednorodnych Grup Pacjentów. Jednostka wzię-

ła udział w pilotażu, poprzedzającym wprowadzenie nowego systemu. Jak informował ówczesny dyrektor jednostki Kazimierz Turkiewicz – lecznica wypadła nieźle, a szpitalny budżet miał zyskać 5 proc. Zdecydowano się tu jednak na okres przejściowy stosować stary system. Nowy w wielu punktach od ideału odstawał i ... odstaje nadal. „Brakowało wielu procedur m.in. w ortopedii, gdzie np. nie przewidziano złamania obojczyka, nie było też możliwości zakodowania pacjentów z nowotworami kości, u których należało wykonać biopsję lub resekcję, a „kosztowne” procedury wycenione były za nisko – wylicza Stanisław Prywiński – W chirurgii choroby nie mogli być zaklasyfikowani do leczenia otyłości metodą laparoskopową, nie uwzględniono procedury związanej z chirurgicznym przygotowaniem chorego do dializy otrzewnowej, a tego typu zabiegów robimy bardzo dużo. W urologii zabrakło procedur związanych z cystoskopią, ultrasonografią przezodbytniczą, biopsją gruczołu krokowego, a wiele jest niedoszacowanych np. laparoskopowa prostatektomia radykalna, laparoskopowe usunięcie kamieni z moczowodów, URSL. Te i wiele innych uwag przekazaliśmy prezesowi NFZ Jackowi Paszkiewiczowi. Odpowiedzi nie uzyskaliśmy do tej pory.”

Zdaniem wielu, którzy w JGP rozliczać się muszą, NFZ na wprowadzenie nowego systemu wybrał zły moment – w połowie roku rozliczeniowego, w czasie sezonu urlopowego, czyli w momencie ograniczeń kadrowych.

Czy szpitale na nowym systemie rozliczeń zyskają, czy może tracą? „Na razie trudno powiedzieć. – odpowiada dr n. med. Paweł Białożyk, szef NZOZ „Alfa-Med” Kliniki Chirurgii i Stomatologii Estetycznej, jednostki od lipca rozliczającej się w JGP – Może pod koniec roku. Cały czas nowego systemu się uczymy.”

Kujawsko-Pomorski Wojewódzki Oddział NFZ na razie oceniać wyników rozliczeń też nie chce: „Za wcześniej na szczegółowy komentarz. – mówi Barbara Nawrocka, rzeczniczka NFZ – Naszym zdaniem szpitale Pomorza i Kujaw są przygotowane do rozliczenia w JGP i uważamy, że rozliczą się w pełnej sprawozdawczości, w wymaganych terminach.”

Agnieszka Banach

Wybrano najlepszych aptekarzy



Po raz ósmy Pomorsko-Kujawska Okręgowa Izba Aptekarska wybrała spośród swego grona najlepszych farmaceutów. Tym razem, w tajnym głosowaniu, wybrano trzy spośród zgłoszonych przez samych farmaceutów osób. Statuetki z postacią Galena – starożytnego lekarza, twórcy wielu farmaceutyków, którego sposoby sporządzania leków obowiązywały nawet przez 1500 lat po jego śmierci – wręczono w toruńskim Dworze Artusa, podczas uroczystych obchodów Święta Kosmy i Damiana, patronów aptekarzy. Trafiły do: **mgr farm. Ewy Dudzińskiej** – kierownika apteki Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, **mgr farm. Czesławy Nowińskiej** z apteki Zarządu Służby Zdrowia MSW i A oraz **dr. n. farm. Krzysztofa Ośmiałowskiego**, prowadzącego aptekę „Pod Krzyżem” w Inowrocławiu. (a.b.)

Pierwsi absolwenci farmacji z pwz

Podczas tegorocznego „Dnia Aptekarza” wręczono prawa wykonywania zawodu 80 młodym aptekarzom. Tym razem była to uroczystość szczególna, bo ślubowanie złożyli pierwsi absolwenci Wydziału Farmacji CM UMK.

Jak potoczą się dalsze losy zawodowe początkujących farmaceutów? „Większość znajdzie pracę w aptekach na terenie naszej Izby, część zostanie na uczelniach, znajdzie pracę w inspektoratach farmaceutycznych, firmach farmaceutycznych, laboratoriach. Są też tacy, którzy wyjadą za granicę, bo otrzymane prawo wykonywania zawodu pozwala im uprawiać zawód na terenie Unii Europejskiej”. – odpowiadał Piotr Chwiatkowski, prezes Pomorsko-Kujawskiej Izby Aptekarskiej. (a.b.)



Intensywna z modułów

Na zdjęciu doktor Roman Kaźmirczuk podczas otwarcia nowego Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej – prezentuje jedno z 18 stanowisk do intensywnego nadzoru medycznego, które funkcjonują na oddziale. Doktor Kaźmirczuk będzie pełnił obowiązki kierownika nowej jednostki w strukturze Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 (więcej na temat nowego oddziału w kolejnym numerze PNN oraz na str. 8 w tym numerze).

Nowa jednostka została uroczystie otwarta w czasie trwania XXXIV Sympozjum Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych. Podczas naukowego spotkania specjaliści z Polski i zagranicy rozmawiali na temat schorzeń gruczolów wydzielania wewnętrznego, wymagających leczenia operacyjnego, u pacjentów w wieku rozwojowym oraz o nowoczesnych technologiach w medycynie, m.in. o konstrukcji, wyposażeniu oraz organizacji intensywnych oddziałów dziecięcych (więcej na temat sympozjum w artykule prof. Andrzeja Prokurata – organizatora Sympozjum, kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Dziecięcej – w kolejnym numerze *Primum non nocere*). (a.b.)

Reumatologia w płomieniach!

Dym spowił jedno z pomieszczeń Oddziału Reumatologii Szpitala Uniwersyteckiego im. Bizuela w październikowe przedpołudnie. Zanim jeszcze pojawiła się Straż Pożarna, pożar – przy pomocy gaśnicy oraz węża podłączonego do hydrantu na Oddziale – próbował opanować pracownik szpitala. Sytuacja wyglądała bardzo poważnie, szybko więc podjęto decyzję o ewakuacji. „Ewakuowano 10 pacjentów, osobę odwiedzającą oraz 23 osoby personelu. Jedną osobę, która nie mogła poruszać się samodzielnie, Straż wyniosła na specjalnych noszach.” – informowała Kamila Wiecińska z Bizuela. Na szczęście zagrożenie udało się szybko opanować. Wszystko, dzięki sprawniej akcji Straży i współpracy wyznaczonych do ochrony przeciwpożarowej pracowników szpitala, lekarza dy-

żurnego, pielęgniarki oddziałowej i dyrektora lecznicy. Na szczęście też „pożar” na Reumatologii okazał się tylko ... ćwiczeniami praktycznymi, „sprawdzającymi organizację i warunki ewakuacji w szpitalu”. Okazało się, że w Uniwersyteckim nr 2 wszystkie konieczne w takiej sytuacji procedury zadziały bez zarzutu.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami takie próby w miejscach „zawierających strefę przeciwpożarową przeznaczoną dla ponad 50 osób, będących jej stałymi użytkownikami”, czyli np. w szpitalach, powinny odbywać się co najmniej raz na dwa lata. Tak to wygląda w teorii. Życie pokazuje, że jest inaczej – lecznice rzadko w ten sposób się sprawdzają. (a.b.)



Dializoterapia w Miejskim

Niepubliczna stacja dializ rozpoczęła pracę w nowym budynku na terenie Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy. Placówka jest w naszym województwie pierwszą, a w kraju 34 jednostką tego typu należącą do sieci Fresenius NephroCare Polska Sp. z o. o. – największej w Polsce firmy oferującej usługi z zakresu dializoterapii. Całość wykonywanych zabiegów będzie refundowana przez NFZ.

„Bydgoszcz dusiła się z powodu braku miejsc do dializoterapii” – mówił prof. Jacek Manitius, konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii, zadowolony z powstania z kolejnego miejsca na mapie Bydgoszczy, gdzie pomoc znajdą coraz liczniejsze rzesze chorych wymagających leczenia nerkozastępczego.

Fresenius w ciągu paru miesięcy od podstaw wybudował i wyposażył 540 m, parterowy pawilon, powstała stacja do uzdatniania wody i centralny systemem dystrybucji koncentratu do dializ. Centrum Dializ dysponuje na razie 5., ale w miarę wzrostu ilości pacjentów rozrośnie się do 15. stanowisk do hemodializy. Opiekę nad pacjentami obejmie 10-osobowy zespół, pod kierownictwem doktor Małgorzaty Czysz: „Dzięki nowej stacji pacjenci wreszcie nie będą musieli być dializowani na trzeciej, a nawet czwartej zmianie, jeździć na zabiegi po nocach. – podkreślała szefowa Centrum – Na razie mamy pod opieką 14 pacjentów, ale po wyposażeniu w kolejne nowoczesne aparaty będziemy mogli zaoferować pomoc 90 osobom.” Pacjenci niepublicznej stacji, jak informuje firma Fresenius, będą korzystać z dializy high-flux (wysokoprzepłykowej), znacznie skuteczniejszej niż standardowa hemodializa. Inwestycja kosztowała 4,5 mln zł.

W planach jest także uruchomienie poradni nefrologicznej oraz rozszerzenie oferty o dializę otrzewnową.



Centrum dializ funkcjonuje wprawdzie na terenie Miejskiego, lecz własnością szpitala nie jest. Lecznica spółce teren dzierżawi (na razie na 10 lat), ale czerpie też inne zyski. „Obok korzyści dla pacjentów szpital zyskał biznesowo. – ocenia „wartość” nowej inwestycji powstałej na terenie Szpitala Krzysztof Tadrzak, dyrektor placówki – Uzyskujemy pieniądze z usług laboratoryjnych i konsultacji lekarskich, które szpital będzie świadczył na rzecz stacji dializ. W ramach umowy z Freseniusem lecnica uzyskała bardzo wysoki grant. Dzięki niemu powstał nowy budynek administracji – kosztował 1 mln 300 zł, zakupiony został cyfrowy RTG, nowoczesne wyposażenie zyskał Oddział Intensywnej Opieki Noworodków”.

Agnieszka Banach



Komendant Szpitala płk. Krzysztof Kasprzak pokazuje jedną z sal operacyjnych

Nowoczesny blok operacyjny w Wojskowym

Nowoczesny, 10-salowy blok operacyjny, wyposażony w nowej generacji sprzęt, otwarto w 10. Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Bydgoszczy. Pierwsze zabiegi odbędą się tu jeszcze w październiku. Dwie sale, z których mają korzystać głównie neurochirurdzy, są ze sobą połączone. Wyposażono je w system do neuronawigacji oraz mobilny tomograf śródoperacyjny, co pozwala dokładnie zaplanować każdy „krok” zabiegu. W kolejnych, pojedynczych salach będą się odbywać m.in. zabiegi ginekologiczne, urologiczne, chirurgiczne, ortopedyczne, jest też oddzielna sala do chirurgii endoskopowej. „Poszczególne specjalności będą miały swoje sale, ale w razie pilnej potrzeby zabieg będzie mógł być wykonany na każdej”. – mówi dr n. med. Andrzej Jasiński, kierownik Zintegrowanego Bloku Operacyjnego. Bezpieczną sterylność na salach zapewnia

unikalny, laminarny system wymiany powietrza. Na uwagę zasługują lampy operacyjne: „To kolejna generacja chirurgicznego światła oparta o technologię lamp diodowych – tłumaczy szef bloku – Zwykła tradycyjna lampa z „wyższej półki” pracuje ok. 5 tys. godzin, te mają wytrzymać 20 tys. godzin, czyli około 7 lat! Lampy są ze sobą zsynchronizowane, mają też opcję pozwalającą dostosować światło do operacji endoskopowych.” Budowa bloku oraz podstawowe wyposażenie, takie jak lampy i kolumny anestezjologiczne – łącznie pochłonęła 28 mln zł. Pieniądze przekazało Ministerstwo Obrony Narodowej. W planach jest teraz centralna sterylizatornia, na którą Wojskowy potrzebuje 10 mln, oddział wybudzeń na 10 łóżek oraz 18 stanowisk do intensywnej terapii – wszystko ma być gotowe do 2010 r.

(a.b.)



Pełnomocnik zajmie się zdrowiem lekarzy

Doktor Włodzimierz Kasierski zostanie pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów, członków Bydgoskiej Izby Lekarskiej – stosowną uchwałę w tej sprawie podjęła 16 października 2008 Okręgowa Rada Lekarska.

Do obowiązków pełnomocnika będzie należała pomoc osobom nadużywającym substancji psychoaktywnych oraz od nich uzależnionych. Doktor Kasierski zamierza stworzyć profesjonalny program rozwiązywania problemów uzależnień w środowisku Bydgoskiej Izby Lekarskiej. „Najpierw trzeba postawić diagnozę – mówi – czyli stwierdzić jaka jest skala problemu i zobaczyć, czy mamy odpowiednich fachowców i wystarczające środki, by go rozwiązać. Potem określić cele i zada-

nia, jakie chcemy osiągnąć.” Program zakłada zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej dla lekarzy, organizację pomocy w znalezieniu właściwej placówki terapii uzależnień, udzielenie pomocy psychologicznej i prawnej rodzinom uzależnionym, działalność informacyjną i edukacyjną.

Włodzimierz Kasierski od 22 lat jest trzeźwym alkoholikiem. Od 15 lat współpracuje z pełnomocnikiem wojewody do spraw uzależnień, sam także jest terapeutą

ds. uzależnień. Posiada specjalizację z rehabilitacji medycznej i ortopedii. Na co dzień pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim im. Jana Bizuela w Bydgoszczy – w Zakładzie Usprawniania Leczniczego oraz Poradni Ortopedycznej w Szpitalu MSW i A. Jest członkiem zarządu OZZL. Ma żonę – lekarza rodzinnego, dwoje dzieci w wieku przedszkolnym oraz dwóch dorosłych synów z poprzedniego małżeństwa.

(a.b.)

Pierwsze prawa wykonywania zawodu



Ograniczone prawa wykonywania zawodu uroczyste wręczył 83 lekarzom i 4 lekarzom dentyistom, członkom Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Teraz młodzi medycy są w trakcie stażu, po którym czeka ich LEP, a później wybór specjalizacji. „Najgorsze dopiero przed wami. Najmniej wątpliwości macie właśnie teraz. Im więcej będziecie trudniej.” – „pocieszała” młodych kolegów na początku drogi zawodowej dr n. med. Radosława Staszak-Kowalska, prezes BIL,



życząc im jednocześnie, żeby nigdy nie stanęli przed pacjentem nie wiedząc jaką postawić diagnozę. Nowi lekarze i lekarze dentyści w BIL (56 kobiet, 31 mężczyzn) kończyli różne uczelnie – AM w Gdańsku, PAM w Szczecinie, a najwięcej z nich Collegium Medicum UMK. Z tej ostatniej uczelni pochodzi także najlepsza absolwentka – średnia ze studiów 4,64 – aktualnie na stażu w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1.

(a.b.)

15 września w Centrum Onkologii odbyła się uroczystość z okazji 80. URODZIN DOKTORA JACKA ŚNIEGOCKIEGO, współtwórcy bydgoskiej onkologii, budowniczego fordońskiego szpitala.

Na zdjęciu: gratulacje i życzenia – w imieniu pracowników – składają członkowie dyrekcji CO: dr Zbigniew Pawłowicz, dr Wiesława Windorbska, dr Anna Koper.

Fot. Marek Chelminiak



Wspominamy



Odeszli z grona
lekarzy Bydgoskiej
Izby Lekarskiej
1.10.2007–15.10.2008

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

- ✚ Zofia Boguń-Reszczyńska
– zmarła 22.12.2007
- ✚ Jerzy Burczyk
– zmarł 11.01.2008
- ✚ Tadeusz Brzyk
– zmarł 22.01.2008
- ✚ Zbigniew Grąbczewski
– zmarł 28.01.2008
- ✚ Halina Guść
– zmarła 3.10.2008
- ✚ Gustaw Mądroczyk
– zmarł 20.03.2008
- ✚ Ryta Uszyńska
– zmarła 8.04.2008
- ✚ Teresa Zakrzewska
– zmarła 17.04.2008
- ✚ Jadwiga Przyrowska
– zmarła 30.06.2008
- ✚ Jan Buszke
– zmarł 29.04.2008
- ✚ Jerzy Cisowski
– zmarł 7.09.2008
- ✚ Halina Cierniak-Pieślak
– zmarła 9.09.2008
- ✚ Bronisław Rudy
– zmarł 2.09.2008
- ✚ Krzysztofa Sypniewska
– zmarła 13.10.2008



Historia bloku operacyjnego

Zygmunt Mackiewicz

Historia chirurgii uczy nas, że do połowy XIX wieku praktycznie nie było pojęcia sala operacyjna lub blok operacyjny. Operowa-

no w pomieszczeniach nieprzystosowanych: salach szpitalnych, salach wykładowych lub przygodnych pokojach. Operowano w garniturach, frakach lub chałatach. Niekiedy w ochronie przed krwią lub wydzielinami używano gospodarczych, gumowych fartuchów. Nie znano znieczulenia, oszałamiając chorych alkoholem. Nie znano przyczyn zakażenia i wysokiej śmiertelności. Jediną szansą przeżycia chorego była szybka operacja wykonana z doświadczeniem, pozwalającym na opanowanie krwotoku i bólu. Podwiązkę, którą od czasów francuskiego chirurga Ambrożego Pare podwiązywano naczynia, zakładano w otworach guzików surduta celem przyspieszenia wyszukiwania nitki użytej do podwiązania większego naczynia.

Wprowadzenie przez Mortona znieczulenia eterem w Bostonie stało się przełomem w rozwoju chirurgii w połowie XIX wieku, pokonano barierę bólu. Rozwój nauk podstawowych jak anatomia, fizjologia, patologia pozwolił na naukowe spojrzenie na budowę i funkcję ciała ludzkiego. Nadal jednak śmierć, której przyczyną były choroby zakaźne i zakażenie ran pooperacyjnych prowadzące do posocznicy, zbierała swoje żniwo. Kolejnym milowym krokiem było wykrycie przez Semelweisa przyczyny gorączki połogowej, w postaci czynnika infekcji przenoszonego z sali sekcyjnej do sali porodowej. Skutecznie wprowadził antyseptykę nie znając bakterii, ponad 20 lat przed odkryciami Ludwika Pasteura. Mycie rąk w chloraminie ograniczyło znacznie śmiertelność w gorączce połogowej. Po blisko 30 latach prace Ludwika Pasteura w Paryżu i Jojina Listera w Londynie udowodniły możliwość zapobiegania zakażeniom ran przez przestrzeganie czystości, mycie i odkażanie rąk oraz pola operacyjnego przeciwbakteryjnymi środkami chemicznymi. Powstała nauka o aseptyce i antyseptyce. Powyższe odkrycia naukowe stały się podstawą nowoczesnej nauki o budowie i funkcji sali operacyjnej a w kolejnych latach bloku operacyjnego. Droga do powstania współczesnego bloku była długa – związana z postępowaniem nauk podstawowych i chirurgii.

Przetłamanie dwóch barier: bólu i zakażenia, otworzyło drogę do niespotykanego rozwoju chirurgii. Kamieniami milowymi stały się takie nazwiska jak Jan Mikulicz lub Ludwik Rydygier – ściśle związani z chirurgią polską. Pamiętamy również chirurgów francuskich, jak Pean z Paryża lub Kocher z Berlina, względnie Halstedt z Bostonu, którym zawdzięczamy jakże skuteczne narzędzia chirurgiczne, tak nierozdzielnie związane z historią bloku operacyjnego.

Mycie rąk i powierzchni operowanej, wymiana sterylnej ubioru operacyjnego stały się standardem bloku. Słynny chirurg amerykański Halstedt wprowadził rękawiczki gumowe, chroniąc piękną pielęgniarkę operacyjną przed alergią na środki anty-

septyczne. Pielęgniarka została jego żoną, a rękawiczki na trwałe weszły do obrazu bloku operacyjnego. Jan Mikulicz wprowadził rękawiczki niciane, nakładane na gumowe. Miały chronić tkanki przed traumatyzacją. W pierwszej połowie XX wieku sterylizacja białizny operacyjnej, mycie i gotowanie narzędzi odbywało się obok sali operacyjnej. Wprowadzono bakteryjne testy skutecznej sterylizacji w autoklawach.

Kolejnym krokiem w latach 50-tych XX wieku było wprowadzenie zasady jednokierunkowego ruchu chorych i personelu, służ dla chorych, służ dla personelu, zakazu poruszania się po bloku w cywilnych ubraniach. Nowe obyczaje niekiedy z trudem były akceptowane przez personel.

Walka z zakażeniem była podyktowana rozwojem chirurgii, która praktycznie nie liczyła się z ograniczeniami poprzednich wieków. Coraz większe, dłuższe, skomplikowane operacje z użyciem nieraz tworzyw sztucznych lub transplantacji narządów wymagały bardzo restrykcyjnej aseptyki, włącznie z laminarnym przepływem sterylnego powietrza w salach operacyjnych, poddanych klimatyzacji. Wprowadzono nową architekturę i technologię budowy bloku operacyjnego w drugiej połowie XX wieku. Powstawały oddalone od siebie dwa bloki operacyjne: septyczny i aseptyczny, wprowadzono centralną sterylizację poza blokiem operacyjnym, narzędzia pakowano w sterylne zestawy przygotowane do różnych typów operacji. Wprowadzenie w latach dziewięćdziesiątych XX wieku nowych technik chirurgicznych, jak laparoscopia, endoscopia, ultrasonografia śródoperacyjna, staplery, postawiły nowe wyzwania przed personelem bloku operacyjnego, a szczególnie przed nowymi technikami odkażania sprzętu. Powstawały nowe zagrożenia ze strony chorób wirusowych, a szczególnie AIDS. Blok operacyjny musi być wyposażony w specjalne ubiory, maski z okularami, podwójne rękawiczki, zabezpieczające personel przed krwią chorego.

Trudno sobie wyobrazić dobrze funkcjonujący blok operacyjny bez anestezjologów, sztabu pielęgniarek operacyjnych-instrumentariuszek, będących najbliższymi współpracownikami chirurgów. Pielęgniarki, podobnie jak lekarze podlegają stałemu szkoleniu zawodowemu. Obsługa skomplikowanej aparatury znajdującej się w bloku operacyjnym wymaga współpracy z personelem technicznym, inżynierami, którzy podlegają specjalnym regułom pracy z zachowaniem zasad postępowania jałowego.

Blok operacyjny jest maszyną wymagającą współdziałania wszystkich trybów. Wyłamanie się z reguł gry na każdym poziomie – od salowych do chirurgów, anestezjologów, instrumentariuszek lub współuczestniczących studentów – prowadzi nieraz do nieodwracalnych skutków, tragicznych dla chorego. Tylko solidarna praca zabezpiecza przed nieprzewidzianymi powikłaniami. Jest to klasyczna praca zespołowa, wymagająca długiego i odpowiedzialnego szkolenia.

Po jesiennym LEP-ie

111 pkt wystarczyło, żeby zdać tego roczny, jesienny Lekarski Egzamin Państwowy. Tego wyniku nie udało się osiągnąć 90 lekarzom stażystom na 2392 zdających z całej Polski. Średni wynik wśród nich wyniósł 144,2 punkty, maksymalny – 183, a minimalny – 55 punktów. „Ze względu na brak właściwego zestawu prawidłowych odpowiedzi” Komisja Egzaminacyjna unieważniła 3 zadania z 200 – maksymalnie można więc było zdobyć 197 punktów.

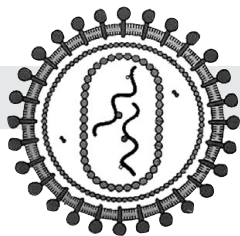
Z Bydgoskiej Izby Lekarskiej egzamin zdawało 75 stażystów. Dla jednej osoby LEP okazał się za trudny – uzyskała 106 pkt. Reszcie „poszło” lepiej – maksymalny wynik to 175 pkt, średnia: 146,6. Najwięcej zdających było absolwentami Collegium Medicum UMK. Uczelnia wypadła lepiej niż w zeszłym roku – wtedy znalazła się na 9 miejscu. Teraz uplasowała się na piątej pozycji, a różnice punktowe między „lepszymi” szkołami wyższymi były minimalne.

Wśród 180 zdających w kraju lekarzy z prawem wykonywania zawodu, średni wynik wyniósł 124,4 punkty (minimum – 70, a maksimum 162). Z BIL nie zdał go jeden lekarz, na 4 zdających.

(a.b.)

Poniżej przedstawiamy wyniki lekarzy stażystów według przynależności do okręgowej izby lekarskiej.

OIL	minimum	maksimum	średnia	SD	zdawało	zdało
Beskidzka OIL w Bielsku-Białej	122	170	148,1	10,7	29	29
Bydgoska IL w Bydgoszczy	106	175	146,6	14,5	75	74
Dolnośląska IL we Wrocławiu	104	183	152,7	12,0	230	227
Kujawsko-Pomorska OIL w Toruniu	118	168	145,3	11,1	38	38
OIL w Białymstoku	89	168	137,5	16,6	106	97
OIL w Częstochowie	110	160	142,8	12,4	20	19
OIL w Gdańsku	91	176	147,8	12,1	211	209
OIL w Gorzowie Wielkopolskim	154	154	154,0		1	1
OIL w Katowicach	62	172	143,7	15,7	231	221
OIL w Koszalinie	117	172	148,8	19,5	12	12
OIL w Krakowie	55	175	142,1	18,8	242	228
OIL w Lublinie	86	167	142,2	14,1	178	174
OIL w Łodzi	67	173	137,4	16,7	181	170
OIL w Opolu	96	176	144,7	16,0	26	25
OIL w Płocku	133	164	143,6	11,6	7	7
OIL w Rzeszowie	78	164	137,8	17,3	49	44
OIL w Szczecinie	106	174	149,6	14,0	105	103
OIL w Tarnowie	68	171	138,6	23,9	13	12
OIL w Warszawie	72	178	142,0	17,8	376	355
OIL w Zielonej Górze	116	174	142,3	16,1	13	13
Świętokrzyska IL w Kielcach	76	172	137,9	20,5	39	36
Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie	121	167	146,3	13,1	23	23
Wielkopolska IL w Poznaniu	99	177	146,8	14,9	199	195
Wojskowa Izba Lekarska	145	145	145,0		1	1
RAZEM	55	183	144,1	16,2	2405	2313



Nobla 2008 w medycynie i fizjologii otrzymali Niemiec Harald zur Hausen – za odkrycie wirusa brodawczaka i ludzkiego wirusa nabytego upośledzenia odporności. Nagroda – 10 mln koron szwedzkich (1.4 mln zł)

AIDS – w pogoni za wirusem

Waldemar Halota

Przyznanie nagrody Nobla duetowi francuskich badaczy Françoise Barre-Sinoussi oraz Lucowi Montagnier skłania do refleksji dotyczących „losów” choroby nazwanej enigmatycznie zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS).

■ Rys historyczny

Swój medialny początek choroba zawdzięcza M. Gottliebowi, lekarzowi z Los Angeles, który zwrócił uwagę na pojawiające się, niespotykane wcześniej choroby, których podłożem były niedobory odporności. Opisane przez niego przypadki grzybic występowały wśród homoseksualistów, niekiedy uzależnionych od środków narkotycznych. Artykuł zamieszczony w biuletynie epidemiologicznym (MMWR 1981) wywołał szeroki odzew. W ślad za nim ukazały się doniesienia w NEJM i Lancecie potwierdzające to spostrzeżenie. Wskazywano, że niekiedy „zjawisko” dotyczy też rzadkiego nowotworu jakim był wówczas mięsak Kaposiego.

Michael Gottlieb okazał się nie tylko spostrzegawczy, ale i najbardziej profesjonalny, gdyż nie bał się pisać o tym, czego nie znał. Po dwóch miesiącach od tej publikacji w Stanach Zjednoczonych opisano już ponad 100 przypadków takich chorych. Intrygujące, że 99% spośród nich było mężczyznami, wśród których dominowali homo – i biseksualiści. Wkrótce później dołączyli do nich narkomani przyjmujący dożylnie środki odurzające. Od tamtego czasu nie przemija stygmatyzacja tych grup w kontekście AIDS.

Prześcigano się w tworzeniu hipotez na temat etiologii tego zjawiska.

Nie można było wykluczyć, że chodzi o nieznaną dotychczas czynnik zakaźny, aczkolwiek i ten wątek zawierał elementy sensacyjne. Sugerowano, iż chodzić może o drobnoustrój, który wydostał się z któregoś z laboratoriów wojskowych, pracujących nad bronią biologiczną. Rozważano, czy nie pozostaje to w związku z intensywnym życiem seksualnym homoseksualistów, a też ze stosowanymi przez nich stymulatorami, jak azotan amylu, czy oranż metylu. Nie brakowało głosów, że obserwowane w tych przypadkach upośledzenie odporności związane jest ze znanymi wcześniej zakażeniami, jak na przykład wirusami Epsteina-Barr, cytomegalii czy adenowirusami, wśród tych chorych często spotykany.

Doszukiwanie się związków choroby z homoseksualizmem nie utrzymało się długo. Do 2H (homoseksualizm, heroina) doszły kolejne 2H, tj. hemofilicy i Haitańczycy. Zwłaszcza ta ostatnia grupa ryzyka wprowadziła sporo zamieszania. Wykryto, iż na Haiti choroba dotyczy zarówno mężczyzn, jak i kobiet oraz dzieci. Tutaj odmienności seksualne nie powinny mieć wpływu, ale miały. Okazało się bowiem, że jest to letnie centrum amerykańskich homoseksualistów i mimo, że prostytutka męska była na Haiti zajęciem bardzo wstydlivym, to ona doprowadziła do rozkwitu endemii na tej wyspie. Amerykanie zakażali Haitańczyków, oni swoje żony, a te z kolei dzieci.

Gdy odkryto, że kolebką AIDS jest centralna Afryka nie było wątpliwości, iż HIV przenosi się również drogą heteroseksualną, co więcej, że to ona przyczyniła się głównie do rozkwitu pandemii. Około 80% wszystkich zakażonych tym wirusem na świecie to heteroseksualiści. W konsekwencji promiskuityzm niezależnie od orientacji seksualnej zwiększa zagrożenie ze strony AIDS.

■ Odkrycie HIV

W pogoni za wirusem największe postępy zrobiły zespoły badaczy z Instytutu Pasteura w Paryżu i Narodowego Instytutu Badań nad Rakiem w Bethesda. Na ich czele stali doświadczeni badacze Luc Montagnier i Robert Gallo. Ten ostatni kilka lat wcześniej odkrył pierwszego ludzkiego retrowirusa. Badacze ci ściśle ze sobą współpracowali, do momentu kiedy okazało się, że Amerykanie faulują. Pierwsi wirusa HIV wyizolowali Francuzi w 1983 z limfocytów homoseksualisty z przewlekłym uogólnionym powiększeniem węzłów chłonnych, nazywając go LAV. Amerykanie zrobili to kilka miesięcy później, nazywając go HTLV-III, przy czym nie bali się wskazać wirusa jako przyczynę AIDS, co więcej szybko to opatentowali. Droga do testów diagnostycznych i leków stała otworem.

W ślad za tym poszły pieniądze, do których Francuzi, rzeczywiście autorzy tego odkrycia nie mieli dostępu. Powstał międzynarodowy skandal, w rozwiązanie którego zaangażowali się przywódcy obu krajów. Pieniędźmi się podzielono, niesmak pozostał.

W tym kontekście głosy, iż ostatnia nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny skrzywdziła Roberta Gallo są mało uprawnione.

■ Sukcesy i porażki

Odkrycie wirusa HIV-1, a wkrótce potem HIV-2 stanowiło przełom w poznaniu nowej choroby. Kolejne generacje testów diagnostycznych, a zwłaszcza zastosowanie technik PCR umożliwiły nie tylko wykrywanie przypadków zakażeń, ale też przyczyniły się istotnie do poznania historii naturalnej zakażenia i jego epidemiologii. Stworzyło to podstawy prewencji tych zakażeń, później zasad farmakoterapii. Wystarczyło przeciąć drogi zakażenia, aby zredukować dynamikę epidemii. Sukces osiągnięto w ograniczonym wymiarze.

Hemofilicy przestali być grupą wysokiego ryzyka zakażeń HIV, gdyż zmieniono technologię produkcji preparatów krwiopochodnych. Krwiodawcy przestali zagrażać, gdyż stosowane wśród nich badania przesiewowe redukują ryzyko transmisji HIV prawie do zera.

Nie ma wątpliwości, iż zahamowaniu uległa transmisja zakażeń HIV wśród narkomanów, aczkolwiek nie wynikało to tyle z działań profilaktycznych, ile ze zmiany modelu narkomanii w ostatnich latach; zmniejszyła się częstość stosowania narkotyków przyjmowanych dożylnie. Wraz z rozwojem możliwości terapii również ryzyko przeniesienia tego zakażenia z matki na dziecko uległo znacznej redukcji. Obecnie szacuje się je na około 1%, podczas gdy wcześniej było ono co najmniej 30-krotnie wyższe. Nie zapominajmy jednak w tym przypadku o podstawowym warunku, zakażenie HIV u matki musi być wcześniej rozpoznane, a właściwa chemioprophylaktyka wdrożona. Problem niełatwy w sytuacji, kiedy 2/3 zakażonych HIV z zasady nie jest diagnozowanych, nawet w krajach rozwiniętych. Od lat nie słyszy się też o ogniskach jatrogennych zakażeń HIV, a możliwość transmisji wirusa w wyniku sztucznego zapłodnienia lub zabiegów transplantacyjnych prawie nie istnieje.

Tam, gdzie wiedza o HIV przetożyła się na bezpośrednie działania zapobiegawcze, uzyskaliśmy sukces. Nie unikniemy jednak przyznania się do błędów, które doznajemy przy próbach generalnej zmiany zachowań seksualnych człowieka. Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła, iż wiedza powinna być substytutem szczepionki dla osób nie zakażonych. Tak się jednak nie stało. Abstynencja i monogamia, które stanowią najlepsze zabezpieczenie przed ryzykiem HIV, okazały się zaleceniami zbyt trudnymi dla ułomnej natury ludzkiej. Nawet

Dokończenie na str. 9

czaka ludzkiego (HPV), wywołującego raka szyjki macicy oraz Francuzi Françoise Barre-Sinoussi i Luc Montagnier – za odkrycie dolarów) – zostanie podzielona. Zur Hausen otrzyma jedną połowę kwoty, a naukowcy z Francji podzielą się między sobą drugą.

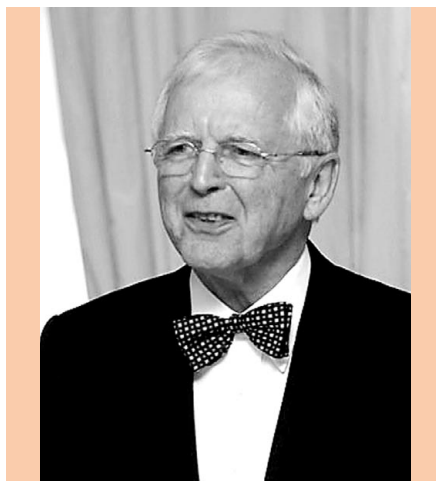
PROFESOR HARALD zur HAUSEN

„za odkrycie sprawczej roli wirusa brodawczaka ludzkiego w rozwoju raka szyjki macicy”

Marek Grabiec

Profesor Harald zur Hausen, laureat Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny w 2008 roku, urodził się w dniu 11 marca 1936 roku w Gelsenkirchen (Nadrenia Północna – Westfalia) w Niemczech. W roku 1955 ukończył Gimnazjum Antonianaum, a następnie rozpoczął studia medyczne na Uniwersytecie Fryderyka Wilhelma w Bonn. Studiował również na Uniwersytecie w Hamburgu i Uniwersytecie Heinego w Düsseldorfie, gdzie w roku 1960 otrzymał tytuł doktora medycyny. Przez kilka lat był asystentem w Instytucie Mikrobiologii w Düsseldorfie, po czym w roku 1966 wyjechał do Stanów Zjednoczonych, gdzie pracował w Laboratorium Wirusologicznym w Children's Hospital of Philadelphia oraz jako Assistant Professor na University of Pennsylvania. Po powrocie do Niemiec w 1969 roku rozpoczął pracę w Instytucie Wirusologicznym Uniwersytetu w Würzburgu, uzyskując w tym czasie habilitację. Pracował również na Uniwersytecie w Norymberdze oraz w Freiburgu.

Przez okres 20 lat (1983–2003) profesor Harald zur Hausen pełnił funkcję dyrektora naukowego i przewodniczącego Zarządu Niemieckiego Centrum Badań nad Rakiem w Heidelbergu. Przez wiele lat pełnił funkcję Redaktora Naczelnego „International Journal of Cancer”. Laureat jest członkiem licznych Towarzystw Naukowych na świecie, w tym członkiem zagranicznym Wydziału VI Nauk Medycznych



Polskiej Akademii Nauk. Profesor Harald zur Hausen jest autorem lub współautorem ponad 250 prac opublikowanych w międzynarodowym piśmiennictwie.

Głównym obszarem jego zainteresowań naukowych jest wpływ infekcji wirusowych na powstawanie i rozwój nowotworów. Już w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku profesor zur Hausen stawiał tezę, że „wirus brodawczaka ludzkiego może być przyczyną powstawania raka szyjki macicy”. Jak na owe czasy, patrząc z dzisiejszej perspektywy, pogląd ten był rewolucyjny i w związku z tym mało popularny, przyjmowany przez środowiska naukowe z niedowierzaniem.

Jednak w latach 1980–1984 zespół pod kierownictwem profesora zur Hausena dokonał kilku istotnych odkryć w dziedzinie badań nad wirusem brodawczaka ludzkiego. W latach 1980–1982 wyizolowano wirusy HPV 6 i 11, jednak, ku ogromnemu zdi-

wieniu i rozczarowaniu, nie stwierdzono ich w komórkach nowotworowych. Dopiero w latach 1983–1984 wyhodowano wirusy brodawczaka ludzkiego typu 16 i 18 oraz wykryto je w ponad 70% przypadków raka szyjki macicy. Te pionierskie prace przyczyniły się do zrozumienia związku między infekcją HPV i rakiem szyjki macicy i pozwoliły na rozpoczęcie skutecznej walki z tym szeroko rozpowszechnionym nowotworem.

Fakt ten sprawił, że dotychczasowe hipotezy zostały potwierdzone rzetelnymi badaniami naukowymi uznanymi przez całe środowisko medyczne, a Komisja Noblowska doceniła ich przełomowe znaczenie honorując profesora Harald zur Hausena Nagrodą Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny w 2008 roku.



■ Dr hab. n. med. Marek Grabiec, prof. UMK jest Kierownikiem Katedry i Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Pielęgniarstwa Ginekologicznego Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu.

W prowadzonej przez niego Klinice wiodącymi tematami badawczymi są zagadnienia związane z profilaktyką raka szyjki macicy oraz wczesnym wykrywaniem zmian przednowotworowych.

Profesor Marek Grabiec ściśle współpracuje z Zakładem Profilaktyki i Promocji Zdrowia Centrum Onkologii, pełniąc nadzór merytoryczny nad Ogólnopolskim Programem Profilaktyki Raka Szyjki Macicy w województwie kujawsko-pomorskim. Stąd też przyznanie Nagrody Nobla dla profesora Harald zur Hausena za badania nad rolą wirusa brodawczaka ludzkiego w rozwoju raka szyjki macicy przyjął z wielkim zadowoleniem.

Dokończenie ze str. 8

wzbudzające kontrowersje prezerwatywy nie stały się powszechnym instrumentem ochrony. W konsekwencji droga seksualna zakażeń HIV rzutuje na ogrom pandemii, będąc odpowiedzialna za 4/5 zakażeń. Wirusem zakażyło się dotychczas około 65 milionów ludzi, spośród których 25 milionów zmarło. Tylko w ubiegłym roku liczbę nowych zakażeń szacuje się na około 2,7 mln. I tym razem oświeceniowa wiara w ludzką racjonalność okazała się naiwnością, gdyż życie erotyczne człowieka

ciągle zbyt rzadko podporządkowane jest rozumowi. Najlepiej o tym świadczą polskie ofiary Kameruńczyka Simona Mola.

Dobrze, że przeorientowaliśmy nasz stosunek do zakażonych. Nie traktujemy tych ludzi jako „ukaranych za grzechy”, a przypadki hipokryzji i ostracyzmu, czy pruderii są coraz częściej uważane za przejaw ignorancji.

Ideąłem będzie przyswojenie takich zachowań seksualnych, które ochronią człowieka przed AIDS. W świetle dotychczasowych doświadczeń wydaje się to jednak jeszcze bardziej odległe niż opracowanie szczepionki.



■ Prof. dr hab. med. Waldemar Halota jest kierownikiem Katedry Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM UMK; przewodniczącym Polskiej Grupy Ekspertów HCV, autorem lub współautorem ponad 400 publikacji i podręczników

z zakresu chorób zakaźnych. Jest członkiem licznych polskich i europejskich zespołów doradczych, członkiem Honorowym Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego i Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS.

Inwestycja Jurasz

Lata 2007–2012 to czas intensywnych zmian dla Jurasza. W ramach „Wieloletniego Programu Rozbudowy i Modernizacji Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy” obok nowych inwestycji, planowana jest głęboka modernizacja placówki, dostosowująca ją do obowiązujących standardów. Realizacja przedsięwzięcia będzie możliwa dzięki 300 mln zł pozyskanym z budżetu państwa.

Zmiany już widać. Od stycznia 2008 przy Klinice Neurologii działa w pełni wyposażone Centrum Leczenia Udarów – jego koszt zamknął w kwocie 0,5 mln złotych. W październiku ukończono nowoczesny Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci. Powstał z 36 modułów, umieszczonych na specjalnie przygotowanej stalowej konstrukcji, na jednym ze szpitalnych skrzydeł – Jurasz urósł więc o jedno piętro. Gotowe elementy, z pełnym wyposażeniem, sprowadzono do Polski z Niemiec. „Na budynku, w którym prawie nieprzerwanie pracowały kliniki trudno było prowadzić tradycyjną budowę. Poza tym, przeprowadzone ekspertyzy wskazywały, że typowa nadbudowa nie będzie tu możliwa z powodu zbyt dużego ciężaru. Tymczasem zastosowane rozwiązanie jest o 30 proc. lżejsze od typowego. – mówi Elżbieta Krzyżanowska, dyrektor ds. administracyjno-eksploatacyjnych Szpitala – Zależało nam też na tym, by rozbudowa jak najszybciej została sfinalizowana – moduły zaczęto montować w lipcu, a już w październiku mogliśmy wejść do nowoczesnego, pięknie wyposażonego obiektu z 18-stoma stanowiskami do intensywnej terapii i salą operacyjną. To pierwsza tego typu inwestycja w Polsce. Już dzwonią do nas dyrektorzy innych szpitali pytając o jej szczegóły.”

Modułowa nadbudowa, razem z wmontowanym wyposażeniem, m.in. kolumnami anestezjologicznymi, kosztowała Szpital 17 mln zł. Konieczne wyposażenie zamknie się w kwocie 11 mln złotych.

Projekt rozbudowy i modernizacji szpitala wprowadzi rewolucję jeżeli chodzi o dotychczasowy układ szpitala. Główne wejście znajdzie się teraz od strony ulicy Jurasza, do Kliniki Medycyny Ratunkowej dostaniemy się od ulicy Curie-Skłodowskiej. Zmieni miejsce Klinika Kardiologii – przeniesie się tam, gdzie teraz funkcjonuje szpitalny blok operacyjny. Nowy front szpitala zostanie rozbudowany, a potem połączony z zespołem poradni przyklinikowych. Rejestracja pacjentów oraz punk-



ty usługowe także znajdują się przy nowym wejściu do lecznicy. Blok operacyjny na 12 sal (wyposażony m.in. w tomograf i rezonans śródoperacyjny) i centralna sterylizacja, to kolejne plany Uniwersyteckiego. Ich realizacja ma rozpocząć się już pod koniec roku, a to oznacza budowę nowego obiektu od strony ul. Curie-Skłodowskiej. Ma być połączony ze starym, na czym zyskają kliniki zabiegowe, bo będą miały bezpośrednie połączenie z salami operacyjnymi.

Prawie gotowy jest projekt 120-łóżkowego Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Psychicznego. Budowa rozpocznie się w przyszłym roku. Znajdzie się w nim m.in. oddział dziecięcy, którego do tej pory w Klinice Psychiatrii brakowało. Otwarty, nowoczesny budynek Centrum, z przestronnymi patiami, otoczony parkiem z boiskami sportowymi i fontannami powstanie na terenie ogródków działkowych położonych przy szpitalu. Niedługo rozpocznie się projektowanie budynku dla Kliniki Dermatologii – ma mieć 60 łóżek i znajdzie się na tym samym terenie co Centrum Psychiatrii. Tam też zostanie przeniesiona Klinika Medycyny Paliatywnej.

„Rządowe” 300 mln na pewno nie pokryje wszystkich naszych potrzeb, dlatego szukamy innych źródeł finansowania, min. z funduszy unijnych na budowę i wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, budowę nowego lądowiska dla helikopterów oraz doposażenie Zakładu Radiologii – mówi dyrektor Krzyżanowska – Na termomodernizację całego starego budynku szpitala z Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska pozyskaliśmy 7,5 mln zł. Obiekt został ocieplony, a wszystkie 530 okna wymienione.” Szpital zadba też o swoje akta – 4,5 km dokumentów znajdzie się w nowym pomieszczeniu. Pracownicy zyskają m.in. szatnie z węzłami sanitarnymi, skąd windą bezpośrednio wjadą na teren klinik oraz wielopoziomowe parkingi, przeznaczone także dla odwiedzających.

Agnieszka Banach

Zapraszamy



● **MEDICALIA** – Już po raz bodaj siódmy w dniu **15 listopada** CM UMK organizuje „Medicalia”. Impreza ta jest już dobrze znana wielu uczniom, nauczycielom a także tym, którzy już dawno ukończyli szkoły, a po prostu interesują się medycyną. W tym roku odbywają się tylko warsztaty, czyli zajęcia dla kilkunastu osób, powtarzane kilka razy, które umożliwią bezpośrednią dyskusję z wykładowcą, a również samodzielne wykonanie jakiegoś badania czy eksperymentu. Proponowana tematyka obejmuje większość dziedzin medycyny: od reanimacji po leczenie muzyką Bacha. W sumie można wybierać spośród trzydziestu jeden propozycji. Na pewno każdy znajdzie coś dla siebie.

Wypada zaprosić wszystkich, a jednocześnie podziękować za trud organizacji władzom Uczelni, studentom kół naukowych i wykładowcom. Na oddzielne podziękowanie zasługuje dr Beata Augustyńska, która od początku jest „spiritus movens” Medicaliów.

Impreza, wraz z Toruńskim Festiwalem Nauki, na którym jesteśmy zawsze reprezentowani oraz Medycznymi Środami na pewno promuje prawdziwą naukę i pokazuje codzienną, ciężką pracę lekarzy i naukowców. Wypada ufać, że dzisiejsi organizatorzy owych imprez znajdą godnych następców wśród uczestników. (Program „Medicalii” na stronie: www.cm.umk.pl) *Wojciech Szczęśny*

● **27 listopada 2008 o godz. 17.00** w sali sesyjnej Rady Miejskiej w Ratuszu, o „Pierwszej wyprawie w Himalaje z Bydgoszczy i Kujaw”, będzie opowiadał dr Maciej L. Rewakowicz.



Leczenie chorób zakaźnych

W dniach 18–20 września 2008 r. w Bydgoszczy odbyła się Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, zatytułowana „Leczenie chorób zakaźnych”. Była to kolejna, dziewiąta już, Konferencja organizowana przez zespół Katedry Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM UMK. Przebiegała pod honorowym patronatem Prorektora UMK ds. Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy prof. dr hab. med. Małgorzaty Tafil-Klawe.

Komitetowi Naukowemu w składzie: prof. dr hab. med. Ewa Bernatowska – Matuszkiewicz, prof. dr hab. med. Janusz Cianciara, prof. dr hab. med. Robert Flisiak, dr hab. med. Andrzej Horban, prof. dr hab. med. Jacek Juszczyk, prof. dr hab. med. Roma Modrzewska, dr hab. med. Małgorzata Pawłowska, prof. UMK, prof. dr hab. med. Danuta Prokopowicz, prof. dr hab. med. Krzysztof Simon, prof. dr hab. med. Andrzej Zieliński, przewodniczył prof. dr hab. med. Waldemar Halota.

Tematyka Konferencji oraz udział w niej wybitnych autorytetów zgromadziły na obradach ponad 300 uczestników. Program naukowy

obejmował 5 sesji plenarnych oraz dwa panele ekspertów.

W pierwszym dniu Konferencji wygłoszono dwa wykłady inauguracyjne. Pierwszy, zatytułowany „Swoistość-nieswoistość, a skuteczność-nieskuteczność obrony przed zakażeniem”, wygłosił profesor Jacek Juszczyk, przedstawiając zebrany materiał interakcji pomiędzy patogenami, a układem immunologicznym człowieka. W drugim, zatytułowanym „Rak wątrobowokomórkowy w praktyce klinicznej”, profesor Janusz Cianciara przybliżył uczestnikom problem najbardziej powszechnego nowotworu wątroby.

Kolejny dzień Konferencji rozpoczęto sesją „Zakażenia meningokokowe”, przedstawiając aktualną sytuację epidemiologiczną zakażeń meningokokowych w Polsce, ich leczenie oraz profilaktykę. Dyskutowano czy słusznie obawiamy się „sepsy”? Następną sesję poświęcono zakażeniom cytomegalowirusowym. Wykładowcy przedstawili zagadnienia cytomegalii wrodzonej, zakażenia CMV w hematologii i onkologii oraz ich znaczenie u pacjentów poddawanych przeszczepianiu wątroby. Podsumowaniem sesji był wykład omawiający profilaktykę zakażeń w stanach zaburzonej

odporności. Kolejne, odrębne sesje, poświęcono zakażeniom układu pokarmowego oraz zakażeniom HIV/AIDS. W ostatniej sesji plenarnej przedstawiono kilka nowych leków, zwrócono uwagę na badania populacyjne, a także na rolę współpracy klinicysty i mikrobiologa.

W ostatnim dniu Konferencji odbyły się dwa panele ekspertów poświęcone leczeniu zakażeń HBV i HCV. Moderatorem pierwszego panelu był profesor J. Juszczyk, drugiego – profesor W. Halota. Podczas dyskusji przedstawiono nowoczesną terapię tych zakażeń z uwzględnieniem strategii terapeutycznych nowych leków, czynników korzystnej prognozy, optymalizacji leczenia oraz przeglądu aktualnych badań klinicznych. Podczas Konferencji odbyła się również sesja plakatowa, w której zaprezentowano 20 doniesień z całego kraju. Materiały z Konferencji zostaną wydrukowane na łamach Przeglądu Epidemiologicznego.

Spotkanie w Bydgoszczy potwierdziło aktualność zagadnień dotyczących zakażeń i chorób zakaźnych w wielu specjalnościach teoretycznych i klinicznych.

Dr hab. med. Małgorzata Pawłowska, prof. UMK, przewod. Komitetu Organizacyjnego

Ogólnopolska konferencja bibliotek medycznych



W dniach 15–17 września 2008 roku Biblioteka Medyczna Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu po raz pierwszy w czasie swego istnienia zorganizowała ogólnopolską problemową konferencję bibliotek medycznych. Była to 26. edycja corocznej konferencji bibliotek medycznych przeprowadzona pod hasłem: „Naukowa informacja medyczna w Polsce. Biblioteki medyczne wobec potrzeb środowisk medycznych oraz perspektywy ich rozwoju w realiach Unii Europejskiej”. Na miejsce konferencji wybrano zabytkowe wnętrza hotelu „Pod Orłem” w Bydgoszczy, gdzie odbyły się zarówno obrady, jak i nocowała spora część konferencyjnych gości.

Pierwszy dzień konferencji, 15 września 2008 r. był dniem integracyjnym, przeznaczonym dla uczestników z dalszych stron, którzy chcieli przyjechać nieco wcześniej. Mimo chłodu goście zwiedzili z przewodnikiem Bydgoszcz, by zakończyć wieczór w restauracji „Weranda”.

Sama Konferencja rozpoczęła się 16 września 2008 roku, powitaniem uczestników przez zastępcę dyrektora ds. Biblioteki Medycznej Biblioteki Uniwersyteckiej UMK, dr. Krzysztofa Nierzwickiego, następnie kilka słów na powitanie wygłoszili prorektor ds. Collegium Medicum, prof. dr hab. Małgorzata Tafil-Klawe oraz dyrektor Biblioteki Uniwersyteckiej, dr Mirosław Supruniuk. Wykład inauguracyjny poprowadziła zaproszona z Instytutu Informacji Naukowej i Bibliologii UMK, dr hab. Ewa Głowacka, prof. UMK.

Pierwszą sesję poświęcono bibliotekom cyfrowym i repozytorium typu open access. Zabrała w niej głos m.in. Bożena Michalska z Biblioteki Uniwersyteckiej UMK, jedna z koordynatorów Kujawsko-Pomorskiej Biblioteki Cyfrowej. W przerwie uczestnicy wymieniali się poglądami i licznie odwiedzali usytuowane półkołem w pobliżu sali obrad stoiska sponsorów: A.B.E. Marketing, Akme Archive, EBSCO, Elsevier, IPS, Wolters Kluwer/Ovid, ProQuest, Splendor i Suweco.

Na sesji drugiej poruszano zagadnienia związane z serwisami i narzędziami wyszukiwającymi. Jeden z ciekawszych referatów o internecie społecznym i technologii Wiki poruszyła dr Barbara Niedźwiedzka z Zakładu Informacji Naukowej Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ. Kolejna, nieco nietypowa, sesja dotyczyła relacji bibliotekarzy medycznych ze środowiskiem medycznym. Nie zdarzyło się do tej pory, by na konferencji bibliotek medycznych wystąpili przedstawiciele środowiska medycznego, prezentując własne poglądy i akcentując potrzeby użytkownika, tym bardziej sesja okazała się ciekawą. Jako pierwsza zajęła głos prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej, Radosława Staszak-Kowalska, pokrótce przedstawiając historię i strukturę Izby oraz jej powiązania z Biblioteką Medyczną Collegium Medicum UMK. Temat współpracy lekarza z bibliotekarzem medycznym, opracowany z subiektywnego punktu widzenia, a dzięki temu barwniejszy i wysoce interesujący rozwinął dr hab. Jan Styczyński, prof. UMK z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum UMK.

W środę 17 września kontynuowano konferencję, rozpoczynając od sesji dedykowanej wykorzystaniu serwisów i narzędzi wyszukiwawczych w działalności bibliotek medycznych. Znalazły się w niej zarówno wystąpienia dotyczące zachowań informacyjnych i potrzeb użytkowników, jak i np. analiz bibliometrycznych publikacji pracowników uczelni. Obrady zamykała sesja poświęcona projektowi Unii Europejskiej, zarówno tym już wdrożonym, jak i planowanym. Wzięli w niej udział m.in. Michał Korolko, dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Teresa Szymorowska, dyrektor Książnicy Kopernikańskiej, jak i Antoni Zwiefka z Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.

Poziom merytoryczny konferencji oceniono jako wysoki, doceniając zwłaszcza inicjatywę przedstawienia, obok wypowiedzi bibliotekarzy, poglądów lekarzy i farmaceutów (sesja poświęcona relacjom bibliotekarzy ze środowiskiem medycznym) oraz szerszej perspektywy pozyskiwania środków unijnych we współpracy z Urzędami Marszałkowskimi (sesja dotycząca projektów Unii Europejskiej). Jako że była to pierwsza ogólnopolska konferencja organizowana przez Bibliotekę Medyczną Collegium Medicum UMK, zapewne nie obyło się bez drobnych niedociągnięć, lecz generalnie można uznać 26. Konferencję Problemową Bibliotek Medycznych w Bydgoszczy za udany debiut organizatorów.

*Monika Kubiak
Komitet Organizacyjny Konferencji
Biblioteka Medyczna Collegium Medicum UMK*

Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Sekcji Otologii i Neurootologii Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów



Dnia 20 września 2008 roku w Bydgoszczy odbyła się Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Sekcji Otologii i Neurootologii Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi.

Klinika Otolaryngologii w Bydgoszczy, zbliżająca się do 50-lecia swego istnienia, od zarania specjalizowała się w problemach otologicznych. Począwszy od prof. Jana Małeckiego, doc. Zygmunta Uklei i prof. Janusza Kubiczek – otologia, otoneurologia, neurotraumatologia kości skroniowej i podstawy czaszki były zagadnieniami wiodącymi, inspirującymi postęp w tych dziedzinach w Polsce i aż do dzisiaj cytowanymi w literaturze światowej.

Powstała w 2006 r. Sekcja Otologii i Neurootologii była ukoronowaniem kilkunastoletnich zabiegów prof. Henryka Kaźmierczaka – kontynuatora zainteresowań bydgoskich prekursorów. Sekcja stanowić ma odpowiedź na rosnącą potrzebę interpersonalnych kontaktów osób zajmujących się chorobami uszu. Ośrodek bydgoski w czasie prawie dwuletniego istnienia Sekcji zorganizował pod jej auspicjami VI Międzynarodową Konferencję Otoneurologiczną w 2007 r. (poprzednie pięć konferencji odbyło się również w Bydgoszczy), a obecne spotkanie było kontynuacją idei międzynarodowej wymiany poglądów, ukierunkowanej do polskich otologów.

Na wrześniową konferencję w Bydgoszczy zaproszono 4 gości z zagranicy: prof. prof.: G. Austa z Niemiec, E. Nagy i G. Bencze z Węgier oraz S. Stangerupa z Danii; prof. Aust przedstawił zagadnienia diagnostyki zawrotów głowy u dzieci; prof. Nagy i prof. Bencze – specjaliści od badań zmysłu równowagi w warunkach mikrogravitacji i lotów kosmicznych – w czasie tegorocznego spotkania zaprezentowali badania układu równowagi u osób narażonych na ekspansję przemysłową – zatrucie metalami ciężkimi i ponadnormatywny hałas.

Najbardziej gorącym tematem współczesnej otoneurologii jest wybór metod leczenia schorzeń otoneurologicznych. Istnieje grupa naukowców uznająca wyższość metod chirurgicznych nad postępowaniem zachowawczym. Należy do niej prof. Stangerup. Zaskakująca zatem była prezentacja Profesora, dotycząca nadspodziewanie pomyślnych wyników postawy wyczekująco-obszaryjnej w przypadku nerwiaków nerwu VIII. Częsta (co pół roku) kontrola radiologiczna (MRI) i wolno-



Prof. Sven-Eric Stangerup z Kliniki Otolaryngologii Gentofte Hospital z Kopenhagi operuje wspólnie z lekarzami z bydgoskiej Kliniki Otolaryngologii

rosnący charakter tych guzów skłaniają do ostrożnej kwalifikacji do zabiegu operacyjnego, tym bardziej, że niedosłuch rzadko doprowadza do niewydolności socjalnej słuchu.

Kontynuując tematykę otocirurgii – prof. K. Niemczyk z Warszawy przekonywał o słuszności przecięcia nerwu przedsionkowego w chorobie Meniere'a. Choć z doświadczeń własnych nietatwo wybrać przypadki nie poddające się leczeniu farmakologicznemu, to jednak musi budzić szacunek ufność dobrego operatora w nieinwazyjność i łatwość neurotomii z dostępu czaszkowego.

Po operacjach otologiczno-neurochirurgicznych pacjent wymaga rehabilitacji zmysłu równowagi. Zajmująca się tą problematyką – dr M. Kubiczek-Jagielska z Warszawy przybliżyła audytorium zastosowanie posturografii dynamicznej po usunięciu guza kąta mostowo-móźdżkowego.

W sferze zainteresowania otoneurologii znajdują się również szumy uszne i niedosłuch, jako symptomy choroby. Ośrodek łódzki, pod kierunkiem prof. J. Olszewskiego, zaprezentował metodę leczenia szumów stymulacją elektryczną. Jej zastosowanie jako składowej skojarzonej lub sekwencyjnej terapii wydaje się jak najbardziej użyteczne.

Prof. W. Narożny z Gdańska uwypuklił konieczność dążenia do ustalenia etiologii zaburzeń audiologicznych. Temu celowi służyć mają badania immunologiczne. Choć ich specyficzność jest wciąż mała, to jednak przyszłość terapeutyczna rysuje się obiecująco, jeśli potwierdzi się szczególna podatność ucha wewnętrznego na czynniki autoagresywne.

Diagnostyka otoneurologiczna, opierająca się obecnie na, co najmniej, kilkunastu testach aparaturowych i wymagająca współpracy wielu specjalistów, nie może być zaniechana w warunkach ambulatoryjnych. Inicjator, przewodniczący i moderator Bydgoskiego Spotkania – prof. H. Kaźmierczak przedstawił test Halmagyi – Curthoysa (H-C), popularny wśród neurootologów francuskich, a obecnie zmodyfikowany dzięki istnieniu oprzyrządowania do badania ilościowego zaburzeń przedsionkowych. Test ten, prosty w wykonaniu, pomaga znaleźć odpowiedź na zasadnicze pytanie o lokalizację uszkodzenia zmysłu równowagi – błędnikową lub ośrodkową.

Autorka niniejszego tekstu dokonała próby podsumowania wiedzy na temat tzw. zawrotu szyjnego, budzącego wciąż kontrowersje, co do swej natury (mięśniowej, więzadłowej, kostnej, naczyniowej czy odruchowej – nerwowej). Poparcia szyjnej przyczyny zawrotów dokonali na obecnej konferencji neurochirurdzy, którzy wykazali istnienie zawrotów u 65% chorych leczonych z powodu schorzeń kręgośłupa szyjnego.

Część naukowa spotkania zakończona została lunchem. Goście zagraniczni udali się po nim na zwiedzanie Kliniki Otolaryngologii Szpitala Uniwersyteckiego, a przed uroczystą kolacją – na spacer po mieście. Prof. Stangerup pozostał w Bydgoszczy jeszcze 2 dni, aby dokonać 2 zabiegów operacyjnych u pacjentów z przewlekłym zapaleniem ucha środkowego.

Zainteresowanie problemami neurootologii rośnie. Świadczy o tym uczestnictwo kolegów z bliższej i dalszej Polski. Nie zabrakło gości z odległego Lublina, Wrocławia, Białegostoku. Wszystkie ośrodki krajowe zajmujące się szczególnie wnikliwie problemami otoneurologicznymi prezentowały swe dokonania. Cieszy nas, że Klinika Otolaryngologii w Bydgoszczy niezmiennie od lat sześćdziesiątych zeszłego stulecia skupia wokół siebie specjalistów chorób uszu, będąc postrzegana jako przyjazne miejsce konferencji i prężny ośrodek badawczy.

dr hab. med. Katarzyna Pawlak-Osińska

Strzał w dziesiątkę...

27 i 28 września 2008 roku Bydgoszcz stała się gościnnym domem dla wielu znomości ze świata polskiej nefrologii, uczestniczących w konferencji zorganizowanej przez Katedrę i Klinikę Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych CM UMK w Toruniu oraz Gdańsko-Pomorski Oddział Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego.

Termin konferencji nie został wybrany przypadkowo – we wrześniu 2008 roku minęło bowiem 10 lat od momentu, kiedy Klinika Nefrologii ze Stacją Dializ rozpoczęła samodzielne życie naukowe i kliniczne. Dziesięć lat to mała chwila w historii, niemniej jednak chwila ważna dla bydgoskich nefrologów. We wrześniu 1998 roku z Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych ze Stacją Dializ powstała nowa klinika Akademii Medycznej w Bydgoszczy – Klinika Nefrologii ze Stacją Dializ. Jej kierownikiem został prof. Jacek Manitius.

Bydgoska nefrologia wraz z upływem lat systematycznie poszerzała zakres swojej działalności leczniczej, naukowej i dydaktycznej. Na dzisiejszy wizerunek Katedry i Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych – w ogromnym skrócie – składa się nie tylko bieżąca praca w ramach 8 ostrych dyżurów internistycznych, leczenie ponad 120 chorych przewlekle hemodializowanych oraz 38 pacjentów dializowanych metodą CADO/ADO, leczenie pacjentów z ostrą niewydolnością nerek z regionu kujawsko-pomorskiego, diagnostyka i terapia pierwotnych nefropatii (w tym kliniczno-patomorfologiczne spotkania po biopsjach nerek), diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, jak również publikowanie licznych prac naukowych i rozdziałów w podręcznikach z zakresu nefrologii i hipertensjologii, kształcenie studentów kilku wydziałów CM UMK, wreszcie... nauka własna.

Z takim oto bagażem doświadczeń oraz pracy naukowej i klinicznej Katedra i Klinika Nefrologii zorganizowała obecną konferencję z udziałem prawie 200 uczestników z całej Polski.

Honorowym gościem konferencji był prof. Edmund Nartowicz.

Wśród zaproszonych gości znaleźli się m.in. dr Zbigniew Pawłowicz, senator RP i dyrektor CO w Bydgoszczy, przewodnicząca Rady Miasta – Dorota Jakuta, zastępca Prezydenta Bydgoszczy Bolesław Grygorewicz, władze Collegium Medicum UMK: prof. Małgorzata Tafil-Klawe, prof. Henryk Kaźmierczak, prof. Dariusz Soszyński i prof. Jan Styczyński, a także dr Andrzej Purzycki, zastępca dyrektora Kujawsko-Pomorskiego NFZ, władze Szpitala Uniwersyteckiego



1. Od lewej: prof. Maria Waniec-Kossowska, prof. Barbara Wojciechowska-Krupa, prof. Jolanta Małyszko
2. Prof. Stefan Angielski
3. Prof. Edmund Nartowicz i prof. Jacek Manitius
4. Prof. Jacek Manitius z synem Jankiem

w Bydgoszczy (zastępcy dyrektora: Elżbieta Krzyżanowska, dr Stanisław Prywiński, naczelna pielęgniarka Maria Szymoniuk), Jarosław Kozera – prezes Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej oraz prezes Centrum Konsultingowego UMK.

Konferencję uświetniły osobistości ze świata polskiej interny, nefrologii i hipertensjologii: prof. Barbara Krupa-Wojciechowska, prof. Franciszek Kokot, prof. Stefan Angielski, prof. Bolesław Rutkowski, prof. Andrzej Książek i wiele innych naukowych znomości, wykładowców i prowadzących sesje.

Otwierając konferencję prof. Jacek Manitius opowiedział osobistą historię nefrologii i hipertensjologii, poczynając od korzeni i inspiracji rodzinnych, poprzez mistrzów gdańskiej

Alma Mater, wreszcie przyjaciół naukowych w Polsce i na świecie, kończąc na wspólnej pracy z zespołem pracowników Kliniki Nefrologii oraz przyjaźni z nauką i artystyczną bohemą Bydgoszczy.

Po wystąpieniach kilkunastu osób, które przekazały wyrazy uznania oraz gratulacje dla prof. Jacka Manitiusa i prowadzonej przez niego kliniki, profesor uhonorował kwiatami prof. Edmunda Nartowicza. Część oficjalną Konferencji zakończyło wręczenie prof. Jackowi Manitiusowi obrazu pędzla Jerzego Puciaty.

Naukową część konferencji rozpoczęła sesja poświęcona nefrologii XXI wieku.

W kilku wystąpieniach zawarte zostały podsumowania przyczyn progresji chorób nerek. Przedstawiono nowe możliwości, jakie kryje w sobie nanonefrologia w nefrologii. Uczestnicy wysłuchali nie tylko o nieuchronnym wzroście częstości chorób nerek wraz ze starzeniem się społeczeństw, wysunięciu się cukrzycy na czołowe miejsce wśród przyczyn schyłkowej niewydolności nerek, ale zostali podbudowani możliwościami, jakie kryje w sobie nanonefrologia, choćby marzeniem o stworzeniu sztucznej „nerki przyszłości”... Jednakże pomimo wielu obiecujących możliwości, jakie niesie terapia genowa, bądź wielu prób leczenia ostrej niewydolności nerek „naprawą nerek in situ” z użyciem komórek macierzystych – nadal znajdujemy się daleko od skutecznych i w pełni bezpiecznych rozwiązań.

W ramach II sesji, poświęconej jatrogennym chorobom nerek, uczestnicy konferencji przekonani zostali o tym, jak skutecznie unikać ostrych i przewlekłych polekowych nefropatii, w szczególności ostrej polekowej niewydolności nerek (począwszy od biomarkerów wykrywających nefrotoksyczność związków i leków, skończywszy na edukacji chorych i unikaniu związków o znanym lub potencjalnie nefrotoksycznym działaniu).

W sesji III wiele uwagi poświęcono tematyce etiologii nadciśnienia tętniczego i zagadnieniu, czy nadciśnienie wtórne nie będzie w przyszłości stanowić 50 lub więcej procent wszystkich postaci nadciśnienia tętniczego, a nie, jak się obecnie uważa, 5 procent ?

Konferencję zakończyła uroczysta kolacja przy muzyce zespołu Eljazz i w atmosferze miłych wspomnień. Bydgoscy nefrolodzy czekają na kolejną okazję, aby zaprosić do miasta nad piękny Kanał Bydgoski, a przede wszystkim na dyskusję o nowoczesnej nefrologii.

*Grażyna Zarzycka – Lindner
Katedra i Klinika Nefrologii,
Nadciśnienia Tętniczego
i Chorób Wewnętrznych CM UMK*



**Jan
Styczyński**



**Karolina
Dulęba**

Na świecie obserwuje się systematyczny wzrost zainteresowania metodami terapii alternatywnej i uzupełniającej (CAM, complementary and alternative medicine). Szacuje się, że około 42–84% dzieci z chorobą nowotworową stosowało przynajmniej jedną z metod CAM. Społeczny lęk wynikający z rosnącej liczby zachorowań na nowotwory złośliwe, brak możliwości skutecznego leczenia części pacjentów, inwazyjność stosowanej terapii przeciwnowotworowej oraz objawy uboczne związane z leczeniem onkologicznym to główne przyczyny rosnącej popularności medycyny niekonwencjonalnej wśród pacjentów onkologicznych i ich rodzin. Większość pacjentów nie informuje lekarza o stosowaniu CAM, pomimo ryzyka interakcji pomiędzy lekami stosowanymi w leczeniu onkologicznym a preparatami CAM, co może zmniejszać skuteczność leczenia onkologicznego lub nasilać jego toksyczność. Stosowanie CAM bywa powodem opóźnień i rezygnacji z leczenia przeciwnowotworowego na rzecz metod o nieznanym ryzyku i wątpliwej skuteczności, mogących dawać liczne objawy niepożądane, co od dawna budzi niepokój środowisk medycznych.

Ze względu na brak danych na temat roli CAM w polskiej populacji dzieci i młodzieży z chorobą nowotworową, a także opinii i postaw lekarzy wobec CAM, w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum podjęto takie badania w celu oceny rzeczywistej skali problemu. Przeprowadzono badania ankietowe w populacji

Alternatywne poglądy w onkologii: lekarze i pacjenci

dzieci leczonych z powodu choroby nowotworowej oraz wśród lekarzy leczących pacjentów onkologicznych. Badaniami ankietowymi objęto rodziców dzieci do 16 r.ż. oraz młodzież >16 roku życia, leczonych w Klinice oraz pacjentów po leczeniu przeciwnowotworowym, będących pod opieką Przyklinicznej Poradni Hematologiczno-Onkologicznej. Rozdano 200 ankiet, z czego zwrotnie otrzymano 109 ankiet. Ankieta miała charakter poufny i była wypełniana dobrowolnie, co poprzedzone było rozmową z rodzicami i/lub pacjentem, dotyczącą celu prowadzonych badań.

Badania ankietowe lekarzy przeprowadzono wśród 52 onkologów i lekarzy leczących pacjentów onkologicznych z bydgoskich i toruńskich ośrodków medycznych, w tym 28 kobiet i 24 mężczyzn. Ankieta kierowana do lekarzy była anonimowa.

Stwierdzono, że 43% badanych dzieci stosowało przynajmniej jedną z metod CAM. Najczęściej stosowano spirytualizm, ziołolecznictwo, bioenergoterapię i leczenie dietetyczne (odpowiednio 46,5%, 42%, 37% i 28% stosujących CAM). Rodzice posiadający wcześniejsze własne doświadczenia z medycyną alternatywną, stosowali CAM u swoich dzieci znacznie częściej niż pozostali. Nie znaleźliśmy czynników wpływających na zastosowanie CAM: stosowanie metod CAM nie było zależne od miejsca zamieszkania, statusem materialnym rodziny, wielkością rodziny, ani wykształceniem rodziców. Częściej stosowano CAM w bezpośrednim okresie po rozpoznaniu choroby nowotworowej oraz w przypadku jej wznowy.

Pozostaje otwartą kwestią dlaczego 45% ankietowanych rodzin nie oddało ankiety. Można domniemywać, że duża część z nich nie chciała przyznać się do stosowanych praktyk.

Wśród lekarzy stwierdzono wysoką znajomość terminologii i problematyki terapii alternatywnej i uzupełniającej, gdyż 92% ankietowanych znało pojęcie CAM, a 75% lekarzy rozumiało istotę i cel stosowania poszczególnych metod CAM. Wiedza i częstota stosowania określonych form leczenia alternatywnego były jednak ze sobą silnie powiązane. Aż 42,3% stosowało przynajmniej jedną z metod CAM u swoich pacjentów, przy czym najczęściej stosowano ziołolecznictwo, preparaty medycyny alternatywnej, akupunkturę i homeopatię (odpowiednio 59%, 36,4% i 18,2% i 13,6% stosujących CAM). Wręcz z długością stażu pracy, wzrastał odsetek lekarzy stosujących me-

tody CAM u swoich pacjentów: połowa lekarzy z ponad 20-letnim stażem pracy, zajmujących się pacjentami nowotworowymi stosuje metody CAM! Jednocześnie prawie wszyscy ankietowani lekarze twierdzą, że metody CAM nie pomagają w terapii chorób nowotworowych.

Podsumowując, badania te potwierdzają, że zainteresowanie terapią alternatywną i uzupełniającą jest duże, zarówno wśród dzieci z chorobą nowotworową, ich rodziców, jak i lekarzy leczących pacjentów onkologicznych. Niepokojąca jest duża popularność ziół i preparatów roślinnych, gdyż w świetle uzyskanych wyników badań cytotoksyczności, mogą one stanowić poważne zagrożenie dla pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej. Dowodzi to konieczności prowadzenia edukacji pacjentów i lekarzy w zakresie CAM oraz kontynuacji badań naukowych dotyczących bezpieczeństwa stosowanych metod.

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

■ **Lek. med. Karolina Dulęba** – autorka rozprawy doktorskiej „Terapia alternatywna i uzupełniająca u dzieci z chorobą nowotworową”.

DORADCA PODATKOWY

*mgr inż. Sławomir
Jacek Rogalski*

(nr wpisu – 05537)

• **prowadzenie rozliczeń podatkowych kontraktów lekarskich – stała umowa**

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

BIURA

Fordon, ul. E. Kwiatkowskiego 2
tel. (052) 344 36 34

Błonie, ul. Szubińska 15
tel. (052) 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

Inwazyjne zakażenia grzybicze (IZG) są jednym z najpoważniejszych powikłań infekcyjnych u pacjentów hematologicznych. Szczególnie zagrożeni są ci, dla których metodą leczenia jest przeszczep komórek układu krwiotwórczego. Co niepokojące, ostatnie 30 lat pokazuje, że liczba grzybic narządowych u chorych z nowotworami krwi rośnie. „Winę” za taki stan rzeczy ponosi ... postęp w hematologii. By zmniejszyć ryzyko IZG u pacjentów z obniżoną odpornością Zespół Ekspertów powołany przez Fundację Urszuli Jaworskiej opracował polskie, wzorowane na międzynarodowych, standardy postępowania w chorobie.

Coraz więcej chorych poddawanych jest intensywnej chemioterapii, wzrasta liczba osób dla których przeszczepienie szpiku od dawcy niespokrewnionego jest jedyną skuteczną metodą leczenia, powszechnie stosuje się antybiotykoterapię i sterydoterapię o szerokim spektrum. Taki stan rzeczy z jednej strony sprawia, że coraz więcej chorych ma szansę na powrót do zdrowia, z drugiej – tak intensywne leczenie naraża pacjenta na dodatkowe niebezpieczeństwa. „Obecnie

By zmniejszyć ryzyko IZG

możemy wyleczyć każdy typ nowotworu, ale też coraz bardziej skuteczne leczenie obniża odporność chorego. Może się zdarzyć, że nowotwór pokonamy, a chory leczenia nie przeżyje. – mówi prof. Aleksander B. Skotnicki, kierownik Kliniki Hematologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, członek Zespołu Ekspertów – Musimy pamiętać, że nie leczymy tylko samego nowotworu – leczymy człowieka.” Poważnym zagrożeniem dla takich chorych jest właśnie IZG. Jak groźny jest dla osłabionego systemu immunologicznego pokazują statystyki: śmiertelność z powodu zakażenia grzybami np. z rodzaju *Aspergillus* sięga nawet 95 proc.! Ekspertki przekonują, że te dane mogą ulec zmianie. Takiej ilości chorych można zapobiec m.in. „eliminując czynniki ryzyka: zbyt duże zagęszczenie chorych, złe systemy wentylacyjne oraz stosując optymalną farmakoterapię” – podkreśla prof. Wiesław Jędrzejczak, członek Zespołu, konsultant krajowy z dziedziny hematologii. Dlatego właśnie powstały standardy. Dokument zawiera m.in. identyfikację czynników ryzyka IZG, wytyczne dotyczące

diagnostyki mikrobiologicznej i klinicznej, zasady higieny oraz zalecenia odnośnie profilaktyki i leczenia grzybic układowych. Teraz opracowane wytyczne mają trafić do polskich klinik. Czy będą stosowane zależy między innymi od płatnika, czyli NFZ. Na spotkaniu zorganizowanym przez Fundację Urszuli Jaworskiej, na którym autorzy dokumentu przekonywali o konieczności wprowadzenia „Standardów profilaktyki i leczenia inwazyjnych zakażeń grzybiczych” do praktyki lekarskiej, żaden z przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia niestety się nie pojawił...

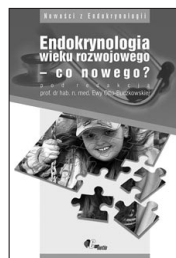
Agnieszka Banach

Od red.: Nad „Standardami profilaktyki i leczenia inwazyjnych zakażeń grzybiczych” pracował Zespół Ekspertów: prof. Danuta Dzierżanowska – Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej, Instytut Pomnik – Centrum Zdrowia dziecka w Warszawie; prof. Jerzy Hołowicki – Klinika Hematologii i Transplantacji Szpiku Kostnego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach prof. Wiesław Jędrzejczak – Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. Aleksander Skotnicki – Klinika Hematologii CM UJ.

Zapowiedzi Wydawnictwa



Cornetis Sp. z o.o.
51-162 Wrocław, ul. Długosza 2-6
tel. 071 325 28 03; 325 28 08
faks: 071 325 28 03
sekretariat@cornetis.com.pl
www.cornetis.com.pl



Endokrynologia wieku rozwojowego – co nowego?
pod redakcją prof. dr hab. Ewy Otto-Buczkowskiej
format B5, stron 308
termin ukazania się: III kwartał 2008
cena: 64 zł

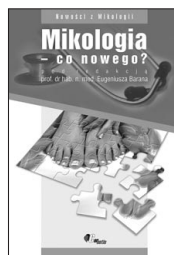
„Prezentowana „Endokrynologia wieku rozwojowego – co nowego?” pomyślana jest jako uzupełnienie znajdujących się na rynku wydawniczym podręczników endokrynologii. Bardzo szybki rozwój nauk, w tym nauk medycznych sprawia, że zachodzi nieustająca potrzeba uzupełniania naszej wiedzy.

Przygotowanie podręcznika obejmującego całość wiedzy w danej dziedzinie zajmuje wiele czasu, dlatego nie zawsze może on spełniać

formułę „co nowego?”. Racjonalne wydaje się więc okresowe wydawanie pozycji uzupełniających te podstawowe.

Niektóre fragmenty w niniejszym opracowaniu mogą budzić pewien niedosyt, a wiele zagadnień zostało jedynie zasygnalizowanych. Niektóre poruszone problemy są jeszcze przedmiotem dyskusji, nie zawsze więc można było podać ostateczne wnioski. Dotyczy to między innymi witaminy D, której zastosowanie – jako leku modulującego procesy autoimmunizacji i być może korzystnego np. w prewencji cukrzycy typu 1 – musi uwzględniać to, że jej metabolity są bardzo aktywne biologicznie i ich nadmiar, zwłaszcza u osób z nadwrażliwością na ich działanie, może powodować wiele niekorzystnych efektów. To wszystko wymaga dalszych badań i wyciągnięcie ostatecznych wniosków możliwe będzie dopiero za pewien czas.

Mamy nadzieję, że prezentowane przez nas opracowanie będzie przydatnym uzupełnieniem podręczników już znajdujących się na rynku.”



Mikologia – co nowego?
pod redakcją prof. dr hab. Eugeniusza Barana
format B5, stron 264
termin ukazania się: III kwartał 2008
cena: 75 zł

„W ostatnich latach nastąpił wyraźny postęp w mikologii lekarskiej. Poznano nowe metody identyfikacji patogennych grzybów oraz

mechanizmy odpowiedzialne za ich chorobotwórczość. Udało się również wprowadzić do leczenia nowe leki. Stymulacją do nowych badań była wzrastająca liczba zachorowań na grzybicę skórne i narządowe, które często doprowadzają do śmierci.

Mikologia lekarska jest dziedziną obejmującą wszystkie specjalności medycyny ludzkiej oraz weterynaryjnej. W Polsce aktywnych jest obecnie wiele ośrodków naukowych, dotyczy to zarówno Wydziałów Lekarskich, jak i Weterynaryjnych. Zacieśnia się też współpraca między nimi.

Do rozwoju tej specjalności medycznej w dużym stopniu przyczyniają się też czasopisma naukowe publikujące wyniki najnowszych badań z dziedziny mikologii lekarskiej oraz liczne, polskie i zagraniczne, konferencje naukowe.

Prezentowana książka zawiera doniesienia z ostatnich lat przygotowane przez najlepszych polskich specjalistów. Czytelnika może zastanowić, na pozór dość przypadkowy, układ rozdziałów tej publikacji. Logiczne byłoby jej rozpoczęcie od rozdziału IX zatytułowanego „Współczesne poglądy na taksonomię, pochodzenie i naturę grzybów”. Celem przyjętej kolejności zebranego przez autorów materiału było jednak potraktowanie całości nie tylko jako podręcznika akademickiego, ale zestawienia wyników najnowszych obserwacji klinicznych i laboratoryjnych z zakresu mikologii. Układ nie świadczy też o wadze przedstawionych osiągnięć. Ma on zachęcić do studiowania publikacji od dowolnego miejsca i powracania do rozdziałów jeszcze niepoznanych.

„Mikologię – co nowego?” można traktować jako kontynuację podręcznika „Zarys mikologii lekarskiej” wydanego przez Volumed przed 10 laty”.

Co środę o medycynie

Pierwszego października rozpoczęła się czwarta seria wykładów popularnonaukowych pt. „Medyczna środa”. Zawsze w środę o 18. 00 w Auli Collegium Medicum na Rondzie Jagiellonów gromadzi się około 200 słuchaczy. Dominuje młodzież i to cieszy najbardziej. Lecz sporą i – jak zauważyłem – stałą grupę stanowią emeryci: studenci Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Po 45 minutach wykładu zaczyna się dyskusja, gdzie wyjaśnia się wątpliwości i uzupełnia to, co niezrozumiałe.

Sam pomysł takich wykładów zrodził się dość dawno. Otóż w latach 70-tych uczęszczałem na wykłady prof. Juliusza Narębskiego w Toruniu na UMK. Nikomu nie śniło się wówczas o Power Point, czy przeźroczach w ogóle. Profesor po prostu opowiadał nam o najnowszych osiągnięciach biologii, fizjologii i medycyny. Robił to z taką pasją i w tak wspaniały sposób, że mimo upływu 30 lat wciąż to pamiętam. Kiedy już sam zacząłem nauczać innych, pomyślałem czy nie moż-

UNIWERSYTET MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU
COLLEGIUM MEDICUM
im. Ludwika Rydygier w Bydgoszczy

ZAPRASZAMY
cykl wykładów popularnonaukowych z dziedziny medycyny pt.

medyczna środa

PROGRAM WYKŁADÓW

01.10.08. „Ostry dyżur chirurgiczny – nie całkiem jak w serialu telewizyjnym”
08.10.08. „Bomba Nikiowa”
15.10.08. „Jak umierają komórki?”
21.10.08. „Zajrzę przez dziurkę od klucza - metody badania dna oka”
28.10.08. „Badania ultrastrukturalne - koniec czy początek możliwości?”
05.11.08. „Medyczne aspekty śmierci krzyżowej Jezusa - spojrzenie kardiologa”
12.11.08. „Genetyczne podstawy zaburzeń psychicznych”
19.11.08. „Aktywność ruchowa a sprawność fizyczna i zdrowie człowieka”
26.11.08. „Czy nos dla tabakierki? krótko o fizjologii nosa”
03.12.08. „Palenie tytoniu”
10.12.08. „Radiologia jutra” - nowe techniki obrazowania”
17.12.08. „Między ciszą a chaosem znajdziesz muzykoterapię”
07.01.09. „BLS, AED – co to takiego ?”
14.01.09. „Zespół metaboliczny – czy jesteśmy ofiarą ewolucji?”
21.01.09. „Rak płuca - współczesne zagrożenia i możliwości leczenia”
28.01.09. „Przepracowanie - od Hipokratesa do statek czyli historia i dzień dzisiejszy hemiologii”
04.02.09. „Etnogeneza Słowian w świetle wyników badań genetycznych”
11.02.09. „Ile kosztuje ludzkie życie ?”

W każdą środę o godz. 18:00
w Auli Collegium Medicum
przy ul. Jagiellońskiej 13

Kontakt: 52 585 38 13
e-mail: promocja@cm.umk.pl

www.cm.umk.pl

na by było stworzyć czegoś podobnego tu w Bydgoszczy. Dyskutowaliśmy o tym też na Radzie Programowej Primum. Przecież doskonałych wykładowców nie brakuje, a i mamy się czym po-

chwalić. Nasza Uczelnia miała już dobre doświadczenia z „Medicaliami”. Zasięgnąłem więc opinii dr Beaty Augustyńskiej, która zajmowała się promocją nauki już wcześniej. Po wizycie u Pani Rektor wiedziałem, że pomysł trafił na właściwy grunt. Kierownicy Klinik odpowiedzieli bardzo szybko i już mieliśmy kilkanaście tematów. Panie z Działu Promocji zajęły się drukiem plakatów i ulotek i można było zaczynać. Frekwencja przekroczyła chyba najśmielsze oczekiwania. Wtedy w Toruniu na sali siedziało kilku-kilkunastu pasjonatów, tu ponad 200 osób. I tak co środę, z przerwą na wakacje. Wypada jedynie cieszyć się, że prawdziwa nauka, podawana przez tych, którzy ją tworzą w naszej Uczelni trafia w ten sposób do mieszkańców naszego miasta. Pozostaje zaprosić wszystkich, którzy chcą słuchać tych wspaniałych wykładów, a może – i z tego ucieszymy się najbardziej – opowiedzieć o czymś na następnych spotkaniach.

Wojciech Szczęsny

PROGRAM WYKŁADÓW

- **12.11.08. „Genetyczne podstawy zaburzeń psychicznych”,** prof. dr hab. n. med. Alina Borkowska z Zakładu Neuropsychologii Klinicznej
- **19.11.08. „Aktywność ruchowa a sprawność fizyczna i zdrowie człowieka”,** dr Andrzej Lewandowski z Katedry i Zakładu Podstaw Kultury Fizycznej
- **26.11.08. „Czy nos dla tabakierki? – krótko o fizjologii nosa”,** prof. dr hab. Stanisław Betlejewski z Katedry Zdrowia Publicznego
- **03.12.08. „Palenie tytoniu – czy warto zaczynać, jak rzucić”,** lek. Jerzy Brazowski z Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii
- **10.12.08. „Radiologia jutra” – nowe techniki obrazowania”,** lek. Fabian Przygoński z Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
- **17.12.08. „Między ciszą a chaosem znajdziesz muzykoterapię”,** dr hab. Wojciech Pospiech, prof. UMK z Katedry i Zakładu Muzykoterapii
- **07.01.09. „BLS, AED – co to takiego ?”,** dr n. med. Przemysław Paciorek z Katedry Medycyny Ratunkowej i Katastrof
- **14.01.09. „Zespół metaboliczny – czy jesteśmy ofiarą ewolucji”,** dr Rafał Bednarski z Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętnowego i Chorób Wewnętrznych
- **21.01.09. „Rak płuca – współczesne zagrożenia i możliwości leczenia”,** dr hab. n. med. Janusz Kowalewski, prof. UMK z Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów
- **28.01.09. „Ostry dyżur chirurgiczny – nie całkiem jak w serialu telewizyjnym”,** lek. med. Jacek Szopiński z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej
- **04.02.09. „Etnogeneza Słowian w świetle wyników badań genetycznych”,** dr hab. n. med. Tomasz Grzybowski z Zakładu Genetyki Molekularnej i Sądowej
- **11.02.09. „Ile kosztuje ludzkie życie ?”,** dr n. ekon. Anna Hnatyszyn-Dzikowska, mgr Błażej Łyszczarz z Zakładu Ekonomiki Zdrowia

Informacje można uzyskać pod adresem strony internetowej www.cm.umk.pl bądź w Samodzielnej Sekcji Promocji i Informacji UMK pod numerem telefonu (052) 585 38 13.

„One dream, one team, one love” czyli General Assembly Jamaica

Egzotyczny kraj, studenci medycyny z ponad 90 krajów Świata zgromadzeni w jednym miejscu, dwa tygodnie pracy i zabawy oraz dziesiątki nowych znajomości. To może oznaczać jedynie kolejne Zgromadzenie Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA. Dla mnie dopiero drugie, dla IFMSA już 57. Tym razem, August Meeting miało miejsce w Ocho Rios na Jamajce, gdzie miałam szczęście znaleźć się, wraz z 3 innymi studentami bydgoskiego Collegium Medicum, 13 studentami z innych uczelni w Polsce oraz ponad 700 studentami z całego Świata. Tematem przewodnim tegorocznego, sierpniego zjazdu było: „Nutrition and Health”.

Wraz z Zuzanną Pawlikowską, Piotrem Księźniakiewiczem i Bartoszem Kozłowskim z Bydgoszczy, rozpoczęliśmy naszą podróż 1 sierpnia na warszawskim Okęciu. Następnego dnia, po blisko 20 godzinach lotu i licznych przygodach, szczęśliwie znaleźliśmy się w Kingston, stolicy Jamajki. Upał, który nas powitał na płycie lotniska, przekonał nawet największych spośród nas niedowiarków, że naprawdę znaleźliśmy się na Karaibach. Dwa dni później, miały rozpocząć się warsztaty Pre-GA...

Podczas Pre-GA można było wziąć udział w szeregu warsztatów, z zakresu rozmaitej tematyki. Ja zakwalifikowałam się na warsztaty „Think Global: Health and Poverty workshop”, traktujące o problemach globalnego zdrowia. Wraz ze mną znalazło się na nich ponad 20 osób z różnych krajów mówiących różnymi językami, ale jednakowo zainteresowanych problemami ludzi w najuboższych częściach Globu. Ludzi, których dostęp tak do jedzenia, jak i do służby zdrowia, jest ograniczony. Większość naszych spotkań prowadził Mike Rowson, starszy wykładowca UCL – London’s Global University w Wielkiej Brytanii, specjalizujący się w zagadnieniach Global Health. Mówiliśmy, między innymi, o ekonomii krajów najuboższych, dostępie do służby zdrowia i jej poziomie, emigracjach oraz postępach, jakie dokonują się w państwach rozwijających się. Jak zwykle, ze względu na wiedzę prowadzących, zróżnicowane spojrzenie uczestników warsztatów i rozmaite ich doświadczenia, pochodzące z różnych stron Ziemi, spotkania te były niezwykle pouczające, dające obraz cierpienia ludzi, ale też nadzieję na lepsze jutro.

Ale warsztaty Pre-GA, jak sama nazwa wskazuje, były tylko wstępem do pracy, która miała rozpocząć się 7 i trwać do 13 sierpnia.

Wszystko, tradycyjnie rozpoczęło się uroczystą ceremonią otwarcia, w której brał

udział, między innymi, premier Jamajki Bruce Golding. Przemowom nie było końca, aż wreszcie ogłoszono oficjalne otwarcie i General Assembly, August Meeting 2008, Ocho Rios, Jamaica, na dobre rozpoczęło się, wśród oklasków przedstawicieli blisko 100 krajów ze wszystkich kontynentów.

Agenda, zbliżona do tej marcowej, rozpoczęła się od godziny 7.00, żeby teoretycznie wyznaczyć kres naszym zajęciom na godzinę około 23.00. Rzeczywistość jednak była inna i sesje plenarne mogły kończyć się nawet po północy. Dla mnie, jako asystenta Narodowego Koordynatora ds. Praktyk Wakacyjnych, najbardziej istotną różnicą w stosunku do programu March Meeting, było znalezienie się w nim Contract Fair, podczas którego Narodowi Koordynatorzy podpisują kontrakty na praktyki. IFMSA-Poland podpisało, podobnie jak w roku ubiegłym, blisko 350 kontraktów, co oznacza, że w przyszłym roku akademickim w polskich szpitalach, na praktykach studenckich, zagości ponad 300 obcokrajowców, i mniej więcej tyle samo polskich studentów spędzi miesiąc poza granicami Polski, pracując w placówkach służby zdrowia w najodleglejszych nawet zakątkach Ziemi.

Spotkania Programów Stałych, warsztaty, treningi, prezentacje, spotkania regionalne, sesje plenarne, wydarzenia związane z tegorocznym tematem GA, to wszystko, co wypełniało nasze dni przez tydzień naszej obecności w Ocho Rios. Wieczorami ci, którym jeszcze starczało sił, brali udział w programie socjalnym przygotowanym przez organizatorów. Wydarzeniem, jak zwykle gromadzącym największą liczbę uczestników GA, było National Food and Drinking Party. Podobnie jak podczas Contract Fair, wszystkie kraje w trakcie tej imprezy, chcą pokazać się z jak najlepszej strony.

13 sierpnia rano przyszło nam się pożegnać ze wszystkimi nowo poznanymi przy-

szłymi kolegami po fachu. Za nami był tydzień ciężkiej pracy, tydzień podejmowania ważnych dla stowarzyszenia decyzji, tydzień szkoleń, tydzień warsztatów, tydzień wypracowywania nowych zasad i tydzień wymyślania nowych kierunków działania na przyszłość. Czy przez ten czas udało nam się dokonać czegoś wiekopomnego? Nie sądzę. Ale na pewno przyłożyliśmy trochę ręki do tego, że w przyszłości IFMSA będzie działała jeszcze prężniej, że będzie zrzeszało jeszcze większe ilości wartościowych ludzi i że będzie robiło jeszcze więcej dobrego dla Świata i ludzi naszej pomocy potrzebujących.

Nie udałooby nam się dotrzeć na Jamajkę, bez ogromnego wsparcia ze strony Collegium Medicum w Bydgoszczy, a zwłaszcza Pani Rektor prof. dr hab. Małgorzaty Tafil-Klawe i Pana Dziekana prof. dr hab. Henryka Kaźmierczaka. Zwracam się zatem z wyrazami ogromnej wdzięczności w imieniu bydgoskiego oddziału IFMSA – Poland, a zwłaszcza czterech jego działaczy i członków delegacji na August Meeting 2008. Dziękujemy.

*Marta Spychalska
Asystent Narodowego Koordynatora
ds. Praktyk Wakacyjnych IFMSA – Poland
Lokalny Koordynator ds. Praktyk
Wakacyjnych Oddział Bydgoszcz*

W listopadzie 2008 roku przyjemność organizowania Zgromadzenia Delegatów (Odpowiednik General Assembly na arenie krajowej) przypadła bydgoskiemu oddziałowi IFMSA. Przybywają na nie przedstawiciele wszystkich polskich oddziałów IFMSA działających przy uczelniach medycznych. W czasie jesiennego zjazdu, oprócz tradycyjnego uczestniczenia w warsztatach i szkoleniach, wybieramy Zarząd Główny, czyli osoby które w nadchodzącym roku będą zarządzać IFMSA. Sprawozdanie ze zgromadzenia członków IFMSA – Poland w jednym z kolejnych numerów Primum.



Bezcenny lek

Krew – ten życiodajny płyn, ten najcenniejszy lek! Uczyliśmy się o nim na studiach, ale tak wiele już zapomnieliśmy i o tak wielu nowych osiągnięciach w tej dziedzinie nie zawsze słyszeliśmy. I właśnie te zagadnienia przybliżyła nam na naszym seniorowym spotkaniu w dniu 3 września 2008 (odbyło się w hotelu Maraton, ze względu na wciąż trwający remont pomieszczeń Izby) w swojej pięknej, wspartej slajdami, słuchanej z wielkim zainteresowaniem uczestników, prelekcji dr Danuta Boguszyńska, zastępca dyrektora Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

Na wstępie dr Boguszyńska zaprezentowała nam krótki rys historyczny krwiolecznictwa, głównie począwszy od lat 60. ubiegłego stulecia, kiedy to dawcy dzielili się na „honorowych” oraz płatnych. W obu tych grupach oddawanie krwi było wsparte posiłkiem regeneracyjnym oraz różnego rodzaju drobnymi przywilejami. Bezpieczeństwo biorców było ograniczone, głównie ze względu na stosowanie sprzętu wielorazowego użytku, jak i ograniczony wachlarz wymaganych wstępnych badań dawców. Jednak od tego czasu zaznaczył się olbrzymi postęp, tak w dziedzinie bezpieczeństwa stosowanej krwi, jak i organizacji jej dystrybucji.

Obecnie całością procesu zajmują się regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w oparciu o zarządzenie opracowane przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, zgodnie z dyrektywami Parlamentu Europejskiego z 2002 r. oraz Rady Unii Europejskiej z 2003 r.

Krwiodawstwo polskie w chwili obecnej opiera się wyłącznie na dawcach honorowych, oddających krew bezpłatnie.

Wprawdzie istnieje niewielka grupa dawców płatnych, tzw. „krwinkowców”, którzy posiadają na swoich krwinkach rzadki zestaw antygenów, ale krew ich nie jest wykorzystywana w lecznictwie i służy jedynie do badań serologicznych. Krew stosowana obecnie jest całkowicie bezpieczna, tak ze względu na posługiwanie się sprzętem jednorazowego użytku, jak i obowiązujące badania każdej jednostki krwi w kierunku obecności groźnych wirusów żółtaczk, HIV oraz kiły. Wprawdzie istnieje pewien margines tego bezpieczeństwa, zależny od zakażenia dawcy między pobraniem krwi a otrzymaniem jej wyników laboratoryjnych (tzw. „okienko serologiczne”), ale są to bardzo rzadkie przypadki.

Pobrana krew jest konserwowana i zdana do użytku przez 42 dni. Nie stosuje się obecnie krwi pełnej, tylko – zależnie od potrzeb, jej poszczególne, wydzielone składniki. Wiek dawców to 18–65 lat, waga ciała powyżej 50 kg, ilość oddanej jednorazowo krwi to 450 ml ± 10 proc., przy czym rocznie kobiety mogą oddawać krew cztero-, a mężczyźni sześciokrotnie, z przerwą między pobraniami nie mniejszą niż 8 tygodni. Dawcy w tym dniu przysługują posiłek regeneracyjny w wys. 4 tys. kcal (8 czekolad, wafelek, sok) oraz wpis do legitymacji Honorowego Dawcy.

Prelekcja uświadomiła nam – nie zawsze przez nas doceniani – ogrom pracy i wielką odpowiedzialność zespołu ludzi, zajmujących się tą dziedziną lecznictwa. Schylamy z wdzięcznością przed nimi głowy, a pani doktor Danucie Boguszyńskiej składamy serdeczne podziękowania za przybliżenie tych zagadnień.

*Halina Grzybowska-Rogulska
Klub Lekarza Seniora*



Zaproszenia dla Czytelników do Teatru!

- 23.11 – Krasieński. **Nie-Boska komedia**, Instalacja Teatralna, godzina 19.00 – 2x2;
- 25.11 – **Sprawa Dantona**, godzina 19.00 – 2x2;
- 30.11 – **We are the Champions**. Piosenki sportowe, godzina 19.00 – 2x2;

Czekamy na telefony 20 listopada od godziny 9 do 11
– Ewa Langner 052 346 00 84.

Repertuar listopad 2008



● 16 Stanisława Przybyszewska, Paweł Łysak, Łukasz Chotkowski **Sprawa Dantona** Duża Scena TPB, 17.00, 20.30

● 18, 19, 20 Stanisława Przybyszewska, Paweł Łysak, Łukasz Chotkowski **Sprawa Dantona** Duża Scena TPB, 19.00

● 21 Krasieński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna Mała Scena TPB, 17.00

Stanisława Przybyszewska, Paweł Łysak, Łukasz Chotkowski **Sprawa Dantona** Duża Scena TPB, 20.00

● 22 Krasieński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna Mała Scena TPB, 17.00, 20.00

● 23 Krasieński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna Mała Scena TPB, 19.00

● 25 Stanisława Przybyszewska, Paweł Łysak, Łukasz Chotkowski **Sprawa Dantona** Duża Scena TPB, 19.00

Krasieński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna Mała Scena TPB, 19.00

● 26 Stanisława Przybyszewska, Paweł Łysak, Łukasz Chotkowski **Sprawa Dantona** Duża Scena TPB, 17.00

Krasieński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna Mała Scena TPB, 20.00

● 29 **WE ARE THE CHAMPIONS** – piosenki sportowe Duża Scena TPB, 19.00

● 30 **WE ARE THE CHAMPIONS** – piosenki sportowe Duża Scena TPB, 19.00

Repertuar może ulec zmianie

BIBLIOTEKA FUNDACJI HOSPICYJNEJ

Fundacja Hospicyjna,
ul. Chodowieckiego 10, 80-208 Gdańsk
www.htz.pl • e-mail: sklep@hospicja.pl
tel. (58) 340 61 15

Strata, osierocenie, żałoba. Poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie

Ks. dr Piotr Krakowiak SAC
Format: 16,5 x 23,8 cm
wydanie II
232 strony
oprawa miękka
ISBN 978-83-7555-037-5
Cena katalogowa: 29 zł



Książka omawia w nowy, systematyczny a jednocześnie przystępny sposób zagadnienia straty, osierocenia i żałoby. Pełni funkcję podręcznika dla wszystkich grup zawodowych mających do czynienia ze śmiercią (służba zdrowia, policja, straż, urzędnicy, psychologzy). Jest także doskonałym przewodnikiem dla każdego, kto chce pomóc osobom w żałobie.

Poradnik szczegółowo opisuje wszystkie etapy procesu przeżywania żałoby oraz określa w nim zadania dla żałobnika oraz jego otoczenia. Przybliża metody niesienia pomocy w tym trudnym okresie oraz uczy sztuki komunikacji, m.in. przekazywania informacji o śmierci.

Zdążyć z prawdą.

O sztuce komunikacji w hospicjum

Ks. dr Piotr Krakowiak SAC
Format: 16,5 x 23,8 cm
wydanie I
128 stron
oprawa miękka
ISBN 83-922170-1-2
Cena katalogowa: 15 zł



Książka mówi o sztuce komunikacji w hospicjum. Poprzez autentyczne historie ludzi (pacjentów, wolontariuszy, pielęgniarek, lekarzy) uczy, jak rozmawiać z chorymi u kresu ich życia. Jest to szczególnie podręcznik napisany dla osób zajmujących się ciężko i nieuleczalnie chorymi.

To fachowe studium wiedzy na temat komunikacji w obliczu nieuchronnej śmierci, poparte przykładami z życia i wiedzą teoretyczną. Opisuje codzienność hospicyjnej posługi, etapy choroby terminalnej i metody radzenia sobie z nią.

Książek Eugeniusz Dutkiewicz SAC.

Ojciec ruchu hospicyjnego w Polsce

Ks. dr Piotr Krakowiak SAC, Alicja Stolarczyk (red.)
Format: 16,5 x 23,8 cm
wydanie I, 164 strony
oprawa miękka
ISBN 83-922170-2-0
Cena katalogowa: 25 zł



Opowieść o kapłanie, który, sam głęboko przejęty ludzkim cierpieniem i samotnością w obliczu śmierci, obdarzony niezwykłym darem towarzyszenia chorym i umierającym, przekazywał innym dobrą nowinę o miłości i miłosierdziu Boga.

W osobie ks. Eugeniusza Dutkiewicza SAC znajdują inspirację do działania wszyscy pomagający w hospicjach, ośrodkach medycyny paliatywnej, szpitalach i we wszystkich innych miejscach spotkania z ludźmi cierpiącymi. Historia ta pomaga także przygotować się kandydatom do wolontariatu, studentom medycyny, pielęgniarstwa, psychologii, teologii, pedagogiki i innych zawodów zorientowanych na pomoc drugiemu człowiekowi.

Mój jest ten kawałek podłogi!...



„Więcej czego, ach, czego,
ach czegoż mu brak”

Jeremi Przybora

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Jesień to nie tylko czerwone i złote liście. To nie tylko babie lato i mgły snujące się o poranku na wilgotnych ławkach. To także czas na refleksje i zastanowienie się nad tym, cośmy przeżyli i co jeszcze przed nami.

Czegoż, a czego to nam jeszcze brak?

Na przykład brak nam dobrego nastroju, bo to i dnia ubywa w sposób zauważalny i chłodek bijący z otwartych okien zniechęca nas do wyściubiania nosa z domu!

Brak nam ptaków śpiewających za oknem. Bo te, które przylatują, to w swoim przylocie mają cel bardzo przyziemny – po prostu najeść się w wystawionym karmniku!

Brak nam kwiatów zachwycających swoimi kolorami i kształtami, a nawet przewidywalny brak mroźnego ry-sunku kwiatów na szybach!

Brak roju motyli spijających nektary z wymienionych kwiatów!

Wniosek! Brak nam wiosny, brak nam lata! Tak niedawno były, tak nas cieszyły, a tu już należy o nich zapomnieć i mieć nadzieję, że niezadługo wrócą!

Bo nie ważne, aby mieć to, co kreśli słowami poeta:

*„Miał willę z ogródkiem
Miał garaż, i auto,
Że każdy, co nie miał,
Zaraz by mieć chciał to.”*

Ważnym jest to, aby w pogoni za codziennym materialnym życiem nie zapominać o świecie, który nas otacza i który powinien nas cieszyć swoim pięknem.

Znowu się rozmarzyłem no, ale jak tu nie marzyć, kiedy piszę ten list a z radia płyną słowa piosenki „Jesienna dziewczyna” w wykonaniu Kaliny Jędrusik i Jeremiego Przybory.

Więc może ta „Pani Jesień” nie jest taka zła, skoro można przy niej pomarzyć?

A. Martynowski



Zapraszamy
na Konferencję Naukowo-Szkoleniową

Nadciśnienie tętnicze a udar mózgu

Odbędzie się **21 listopada 2008 r. o godzinie 11.00** w sali konferencyjnej Szpitala Uniwersyteckiego im dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy. Wykład wygłosi prof. dr hab. n. med. Anna Członkowska, kierownik II Kliniki Neurologii Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Ponadto zostaną przedstawione przypadki własne pacjentów leczonych trombolitycznie w Oddziale Neurologii i Leczenia Padaczki z Pododdziałem Udarowym. Zapraszamy neurologów oraz wszystkich zainteresowanych ww. tematem.

PRACA

Firma medyczna zatrudni do pracy w POZ na terenie Nakła (najchętniej w pełnym wymiarze czasu pracy) **lekarza pediatrę oraz lekarza rodzinnego** (ewentualnie internistę lub ogólnego).

Możliwość dodatkowej pracy (dyżury nocnej opieki medycznej, praca w zespole Hospicjum Domowego). Podejmiemy współpracę z kardiologiem. Kontakt 0607 292 747.

NZOZ w Bydgoszczy nawiąże współpracę z **lekarzem specjalistą – okulistą**. Kontakt telefoniczny: 500 075 602.

Hospicjum im. ks. J. Popiełuszki, ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz zatrudni **lekarza** (w pełnym wymiarze czasu pracy) **do pracy głównie w opiece domowej**. Preferowane osoby posiadające tytuł specjalisty w dowolnej dziedzinie medycyny klinicznej i mogące podjąć specjalizację z medycyny paliatywnej. Podanie i CV kierować do Zarządu Hospicjum. Dodatkowe informacje: tel. (052) 361 48 54 (14.00–16.00) lub hospicjum@bydgg.pl

Specjalistyczny Szpital św. Jana w Starogardzie Gdańskim zatrudni **lekarzy do pracy w oddziałach: otolaryngologicznym i ginekologiczno-położniczym**.

Kontakt: kadry@szpital.pestar.com.pl, tel. (058) 562 92 00, 563 38 54, 562 30 31 w. 1104; e-mail: kadry@szpital.pestar.com.pl

Ambitna lekarz **stomatolog** (LDEP IX 2008 r.) poszukuje pracy od 15 stycznia 2009 r. (tylko poważne oferty na umowę o pracę, miejscowości nadmorskie). E-mail: livia224@wp.pl, telefon: +48 793792855.

Szpital Powiatowy w Chetmży zatrudni: **specjalistę pediatrii na stanowisko ordynatora oddziału oraz lekarzy specjalistów lub chcących się specjalizować w dziedzinie ginekologii i położnictwa, chirurgii, chorób wewnętrznych** – na stanowisko asystentów. Tel. (056) 675 38 05.

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

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Bydgoszczy, ul. Karłowicza 26 zatrudni od zaraz **lekarza neurologa**. Tel. (052) 341 94 55, 341 94 77.

Pałuckie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. NZOZ w Żninie zatrudni **lekarza ginekologa** do pracy w oddziale. Forma zatrudnienia dowolna. Zapytania i oferty prosimy kierować na: dr.med.wieslaw.ilnicki@neostrada.pl lub kontakt telefoniczny 668 109 104.

WYNAJMĘ

Gabinety lekarskie – Centrum – do wynajęcia: 692 160 776.

Gabinety lekarskie do wynajęcia w Bydgoszczy, ul. Moczyńskiego 3. Tel. 694 134 853.

SPRZEDAM

Wyposażenie gabinetu stomatologicznego tania sprzedam. Tel. 509 162 504.

Mikołajki dla dzieci lekarskich



W niedzielę – 7 grudnia 2008 roku w Pałacu Młodzieży w Bydgoszczy odbędą się spotkania mikołajkowe dla dzieci lekarskich (wiek od 3 do 10 lat). Przewidziane są 2 tury spotkań, o godzinie 11 i 13.30.

Zapisy do 27 listopada w Izbie Lekarskiej u Ewy Langner, tel. 346 00 84.

(Paczki do odbioru tylko w czasie spotkania)

Zapraszamy na spotkanie noworoczne lekarzy seniorów



10 stycznia 2009 roku o godz. 11.00 w stołówce Akademii Medycznej w Bydgoszczy, ul. Jagiellońska 13.

Z górskich wędrowek

30 września w kawiarni artystycznej „Węgliszek” w Bydgoszczy mieliśmy okazję uczestniczyć w spotkaniu z doktorem Maciejem Rewakowiczem pt. „Przestrzeń i czas w górach”, połączonym z wystawą wykonanych przez niego fotografii polskich Tatr.

Tatry – to umiłowanie doktora Rewakowicza, które pozwala mu odkrywać ich piękno i utrwalać je (jakże profesjonalnie) na przepięknych fotografiach, co pozwala mu w samotnych górskich wędrowkach odnajdywać samego siebie, odrzucając „gombrowiczowskie gęby”, które stale przybieramy na nizinach.

Jakaż to tajemnicza moc sprawia, że ta „górska epidemia” obejmuje coraz liczniejszych (ostatnio dołączył do niej także dr hab. n. med. Jan Styczyński i to wraz z synem) członków naszej lekarskiej społeczności?

„Węgliszkowe” spotkanie zgromadziło liczną grupę rozdyktowanych słuchaczy, którzy za tą reportersko-fotograficzną wędrowkę, serdecznie p. Doktorowi dziękują.

Halina Grzybowska-Rogulska