

## W N U M E R Z E

<b>INFORMUJEMY I PROSIMY</b> .....	2
<b>NIE ZGADZAMY SIĘ</b> Kontrakty na przyszły rok zagrożone .....	3
<b>ŚLADAMI NOBLA 2008</b> <b>W MEDYCYNIE</b> .....	4
<b>WYDARZENIA</b> Symposium, OIT i nowe technologie .....	6
<b>BYĆ LEKARZEM</b> Pierwsze 13 miesięcy z życia młodego lekarza .....	8
<b>DIPLOMA HONORIFICUM</b> dla dr. n. med. Stefana Sadkiewicza .....	10
<b>RONIĆ PO LUDZKU</b> .....	11
<b>O NAJNOWSZYCH OSIĄGNIĘCIACH</b> .....	12
<b>NIE TRZEBA CZEKAĆ</b> Małe dziecko, duży problem! .....	13
<b>NASI PACJENCI</b> .....	14
<b>PROSIMY O WYPEŁNIENIE</b> Granica jawności rejestru praktyk lekarskich .....	15
<b>O ROLI MEDIÓW</b> .....	17
<b>PASJE</b> Moja przygoda z farbą i pędzlem .....	18
<b>FELIETON I KSIĄŻKI</b> .....	19
<b>W PIGUŁCE</b> .....	20

Zdjęcie na okładce:  
Krajobraz zimowy,  
fot. Tadeusz Widerkiewicz

## Szanowne Koleżanki i Koledzy



*W bieżącym numerze kilka bardzo ważnych spraw. Pierwsza – to gratulacje dla naszych młodych kolegów, którzy w tym roku bardzo dobrze zdali LEP. Wielu stażystów zdało egzamin z wynikiem dobrym, a 13 przekroczyło granicę 160 punktów i im – zgodnie z uchwałą ORL BIL – oprócz gratulacji, przekazujemy nagrody pieniężne.*

*20 listopada br. organizowaliśmy spotkanie dyrektorów szpitali województwa kujawsko-pomorskiego, dotyczące kontraktowania szpitalnictwa na rok 2009 z Wojewodą, Marszałkiem i dyrektorami NFZ. Spotkanie bardzo burzliwe i – mam nadzieję – niosące za sobą pozytywne rozwiązania. (Stanowisko ze spotkania – na str. 3 PNN)*

*BIL podjęła decyzję o zaprzestaniu prezentowania w dotychczasowej formie informacji dotyczących praktyk lekarskich i dentystycznych na naszej stronie internetowej. Prosimy o wypełnienie i przekazanie do Biura Izby oświadczenia w tej sprawie (szczegółowa informacja i oświadczenie na str. 15–16).*

*I jeszcze raz o punktach edukacyjnych... Wielu z naszych kolegów dostarczyło już dokumenty niezbędne do uzyskania potwierdzenia doskonalenia zawodowego w pierwszym okresie rozliczeniowym. Komisja Kształcenia przy naszej Izbie musi dokonać weryfikacji wielu certyfikatów i może się to przeciągnąć w czasie, prosimy więc o wyrozumiałość. Z dostarczaniem indeksów do Izby nie ma co zbyt zwlekać, bo czas zacząć zbierać nowe punkty, ale – według opinii prawników – dopiero koniec kolejnego okresu edukacyjnego stanowi ostateczny czas do rozliczenia poprzedniego.*

*Z okazji nadchodzących Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku przyjmijcie, proszę, życzenia spokojnych, zdrowych, cudownie bajkowych Świąt, a w Nowym Roku powodzenia oraz samych słonecznych i radosnych dni.*

Radostawa Staszak-Kowalska  
Przewodnicząca BIL

## BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

**RADA PROGRAMOWA:** Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczęsny; wiceprzewodniczący: dr n. med. Witold Hrynciewicz; 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@hipokrates.org](mailto:agnieszka.banach@hipokrates.org)

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

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

## Nagrody za LEP

Okręgowa Rada Lekarska Bydgoskiej Izby Lekarskiej 30 października 2008 r. przyznała – zgodnie z Uchwałą z 8 maja 2008 (drukujemy poniżej) – nagrody za najlepiej zdany Lekarski Egzamin Państwowy w sesji jesiennej 2008. Nagrody otrzymują: Piotr Bernard, Agata Fraszek, Agnieszka Graczykowska, Magdalena Grochowska, Anna Kardymowicz, Karol Klódkowski, Justyna Rzepińska, Łukasz Rzepiński, Alicja Urbanowicz, Adam Wiśniewski, Małgorzata Walczewska, Agata Walukiewicz, Marcin Walukiewicz. Gratulujemy!

### Uchwała nr 416/V/08 Okręgowej Rady Lekarskiej BIL z dnia 8.05.2008 r.

w sprawie ustanowienia dyplomu i nagrody za najlepszy wynik LEP/LDEP

Na podstawie art. 25 pkt I b w związku z art. 4 ust. I pkt. 4 i 8 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158 z późn. zm.) Okręgowa Rada Lekarska Bydgoskiej Izby Lekarskiej uchwala, co następuje:

#### §1

Ustanawia się dyplom oraz nagrodę pieniężną w wysokości 1500 zł słownie (tyśiąc pięćset) za najlepszy w sesji wiosennej oraz najlepszy w sesji jesiennej wynik Lekarskiego Egzaminu Państwowego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego.

#### §2

Ustala się następujące warunki przyznawania dyplomu oraz nagrody pieniężnej:

1. Wyróżnienie przyznawane jest dla lekarza lub lekarza dentystry po stażu podyplomowym, który w danej sesji wiosennej lub jesiennej, uzyskał najlepszy wynik Lekarskiego Egzaminu Państwowego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu – Państwowego.

2. Warunkiem przyznania nagrody jest uzyskanie wyniku egzaminu powyżej 160 punktów.

3. W przypadku uzyskania takiej samej liczby punktów przez dwie lub więcej osób nagroda przysługuje każdej z nich w pełnej wysokości.

4. Dyplom oraz nagroda przysługuje lekarzowi lub lekarzowi dentyście, który w momencie zdawania Lekarskiego Egzaminu Państwowego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego jest członkiem Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

#### §3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz ORL BIL      Przewodnicząca ORL BIL  
dr med. Iwona              dr med. Radosława  
Sadowska-Krawczyńska      Staszak-Kowalska

*Na ręce dr n. med. Radosławy Staszak-Kowalskiej – przewodniczącej Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej MZ nadeszło odpowiedź (przytaczamy ją poniżej), dotycząca interpretacji, budzącego wątpliwości sformułowania odnośnie rozliczania punktów edukacyjnych za udział w kongresach, zjazdach, konferencjach itp.*

## Punkty edukacyjne za udział w konferencjach

Szanowna Pani Przewodnicząca,

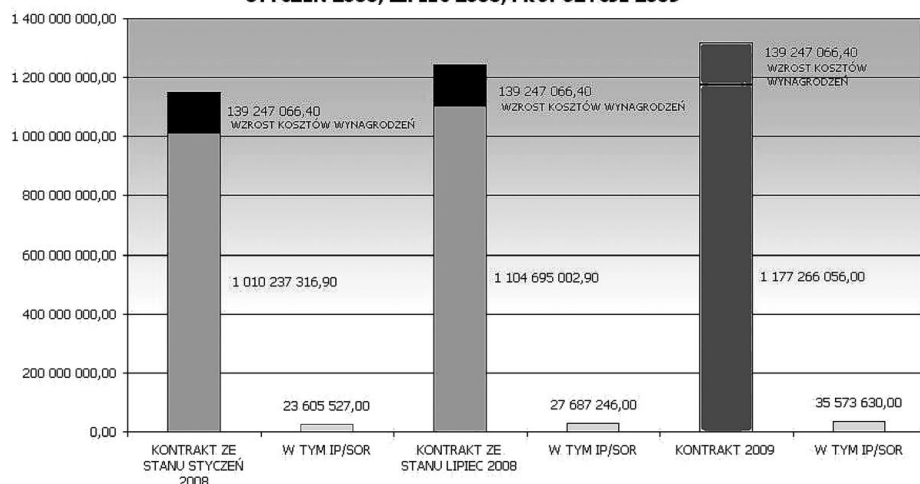
W odpowiedzi na wystąpienie (pismo znak: BIL/678/08), dotyczące interpretacji przepisu punktu 4 załącznika nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. Nr 231, poz. 2326, z późn. zm.) Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego uprzejmie informuje, że maksymalna liczba punktów edukacyjnych wymieniona w trzeciej kolumnie tego załącznika odnosi się do całego okresu rozliczeniowego.

Zgodnie z wyżej przytoczonym przepisem lekarz może uzyskać łącznie nie więcej niż 40 punktów edukacyjnych za udział we wszystkich odbytych w danym okresie rozliczeniowym kongresach, zjazdach, konferencjach lub sympozjach naukowych.

Roman Danielewicz  
Direktor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego

### Z Narodowego Funduszu Zdrowia

**PORÓWNANIE KONTRAKTÓW - WARTOŚCI:  
STYCZEŃ 2008, LIPIEC 2008, PROPOZYCJE 2009**



## Dzieci czekają na świąteczne paczki

Już wkrótce święta, czas obdarowywania bliższych prezentami. Nie dla wszystkich jednak Mikołaj przyniesie upragnione podarunki. Na oddziałach bydgoskich szpitali jest wiele dzieci, których rodziców nie będzie stać na zakup zabawek, słodyczy. Rodziny dzieci przewlekle chorych często ponoszą dodatkowy ciężar – ubóstwa, samotności w zmaganiach z chorobą i jej skutkami. Wielu rodziców nie może pracować lub tylko w ograniczonym czasie, jeśli chcą wpiierać dziecko swoją obecnością w chorobę.

Na oddziałach szpitali bydgoskich funkcjonuje szkoła szpitalna. Wychowawcy z Zespołu Szkół nr 33 pracujący na oddziałach dziecięcych przygotowują co roku paczki dla dzieci chorych, przebywających w okresie przedświątecznym w szpitalach. Może robiąc zakupy świąteczne mogłoby Państwo przeznaczyć chociaż małą kwotę na zakup słodyczy, zabawek, dla małych pacjentów? Dzięki Wam na buziach dzieci obdarowanych przez Mikołaja w szpitalu pojawi się najpiękniejszy uśmiech.

A może chcielibyście Państwo zrobić paczkę świąteczną dla rodzin dzieci przewlekle chorych znajdujących się w najtrudniejszym położeniu? Podpowiemy Państwu w jakim wieku w takiej rodzinie są dzieci (zabawki, ubrania), a każdej z tych rodzin przydadzą się konserwy, cukier, mąka, słodycze, bakalie, nutella i inne smakołyki, które chcieliby mieć na stołach. Niektórym z rodzin naszych podopiecznych potrzebna jest np. pralka, lodówka, czasem meble dla dzieci – jeśli są u Was zbędne sprzęty, może moglibyście je przekazać rodzinom (w takim przypadku prosilibyśmy też o pomoc w transporcie większych gabarytowo sprzętów).

Jeżeli po przeczytaniu tego apelu zechcą Państwo pomóc w zorganizowaniu świątecznych paczek dla dzieci przewlekle chorych z bydgoskich szpitali, prosimy o przekazywanie upominków wychowawcom oddziałów lub o kontakt z pedagogiem Zespołu Szkół nr 33 dla Dzieci i Młodzieży Przewlekle Chorej, tel. 052-3452817 lub 603498963.

# Kontrakty na przyszły rok zagrożone?!



**Dyrektorzy kujawsko-pomorskich szpitali grożą, że nie podpiszą umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Powodem jest wycena przez płatnika punktu rozliczeniowego na poziomie 51 zł. „To zbyt niska stawka – twierdzą – Minimalna wartość punktu nie powinna być niższa niż 54 zł, by lecznice mogły funkcjonować na tym samym poziomie jak do tej pory. Tym bardziej, że tak jest w innych regionach kraju.” Na spotkaniu zorganizowanym 20 listopada przez Bydgoską Izbę Lekarską przyjęli wspólne stanowisko w tej sprawie.**

Od przyszłego roku, środki finansowe przeznaczone na wzrost wynagrodzeń pracowników zakładów opieki zdrowotnej, będą przekazywane świadczeniodawcom przez NFZ łącznie z kwotą pokrywającą koszty procedur medycznych – co nakazuje ustawa z 22 lipca 2006 r. (przez niektórych nazywana „wedłowska”). Dotychczas, czyli przez ostatnie dwa lata, zgodnie z przywołanym aktem prawnym, pieniądze na podwyżki „szły” z Funduszu oddzielnym strumieniem. Teraz, środki na leczenie i wynagrodzenia trafią do jednego worka pt. kontrakt. Rekompensując zmianę płatnik wprowadził podniósł cenę punktu o 3 zł: z 48 do 51 zł, ale – jak twierdzą szefowie placówek medycznych – to za mało, by starczyło i na leczenie i na podwyżki. Szacują, że dla lecznic oznacza to co najmniej kilkunastoprocentowe straty. Szefowie placówek żądają od 54 do 68 zł za pkt. „Stawka 51 zł za pkt zadłuży szpitale i w żaden sposób nie zgadza się z dotych-

czasowym budżetem, wpływającym do tej pory dwoma strumieniami. – mówią, rachując, że powinna wynosić minimum 54 zł – Jeżeli Fundusz jej nie podniesie, mamy w perspektywie: spadek wynagrodzeń, zwolnienia pracowników i ograniczenia przyjęć pacjentów.” „W naszym przypadku oferta Funduszu będzie skutkowałą obniżeniem płac lekarzom i pielęgniarkom o ok. 13 procent. – szacuje Krzysztof Motyl, z-ca dyrektora ds. medycznych bydgoskiego Szpitala Miejskiego – Nie mamy innego sposobu na obniżenie kosztów.” „Grożą nam protesty pracowników w styczniu i zamykanie szpitalnych oddziałów, bo nie będzie nas stać na podwyżki. Jest Pan na to przygotowany?” – ostrzegął Rafała Bruskiego, wojewodę Kujawsko-Pomorskiego Marek Nowak, dyrektor Szpitala w Grudziądzu.

„NFZ uważa, że zrekomensujemy sobie deficyt przyjmując większą ilość pacjentów, ale to nie takie proste. Musielibyśmy np. zatrudnić więcej lekarzy, a to oznacza znowu większe koszty.” – uważają dyrektorzy, nazywając ustawę kolejnym 203. Inny problem ma Wojewódzki Szpital Zakaźny z Bydgoszczy: „Rozliczając się w JGP, przy wykonywaniu tej samej ilości procedur, nie jesteśmy w stanie nawet zrealizować kontraktu, a Fundusz proponuje nam jeszcze jego zwiększenie.” – mówiła Małgorzata Pawłowska, zastępca dyrektora Szpitala ds. medycznych.

Fundusz uważa, że dyrektorzy racji nie mają, bo środki przeznaczone na kontrakty 2009 nie będą niższe, niż wartości ich kontraktów na dzień 1 stycznia 2008 z dodatkowymi środkami finansowymi, przekazywanymi na wzrost wynagrodzeń. „Wielkość środków finansowych przeznaczona na le-

czenie szpitalne w 2009 roku jest wyższa w stosunku do planu na 1 stycznia 2008 o ponad 28 % (1 mld 324 mln zł), natomiast w stosunku do bieżącego budżetu o prawie 4%. (tabela str. 2 – dane NFZ) – informuje Barbara Nawrocka, rzeczniczka Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ i dodaje – Kwota, jaką szpitale mają otrzymać w roku przyszłym stanowi prawie 48% pieniędzy (ponad 2 mld 764 mln zł) planowanych na zabezpieczenie wszystkich rodzajów świadczeń.”

NFZ nie zamierza płacić szpitalom więcej niż 51 zł za pkt: „Uważamy, że ta kwota jest wystarczająca. Rozliczenie procedur w JGP spowodowało, że za tą samą procedurę, hospitalizację płacimy znacznie więcej niż wcześniej. Dyrektorzy muszą więc dokładnie zapoznać się z naszą ofertą, przeanalizować wysokość całego budżetu szpitala na przyszły rok. Proste porównanie wartości punktowych jest w tym przypadku nieobiektywne.” – mówi Wiesław Kiełbański, dyrektor OW NFZ i uspokaja, że szpitale w 2009 roku nie stracą, a dyrektorzy nie będą wcale musieli obniżyć wynagrodzeń pracownikom. I jeszcze jeden powód dla którego NFZ nie chce dyrektorom zapłacić więcej za punkt rozliczeniowy: „Aby zabezpieczyć leczenie pacjentów, w liczbie nie mniejszej niż w roku bieżącym, cena punktu rozliczeniowego w JGP nie może być wyższa niż 51 zł. – informuje Barbara Nawrocka – Zwiększenie jej tylko o 1 zł spowoduje, że szpitale będą mogły przyjąć 8000 mniej pacjentów niż w roku 2008.”

NFZ musi podpisać kontrakty ze szpitalami w regionie do końca grudnia 2008. Wszystkie wskazuje więc na to, że czeka nas gorąca końcówka roku.

*Agnieszka Banach*

## Stanowisko dyrektorów szpitali

**Stanowisko podjęte na spotkaniu Dyrektorów Województwa Kujawsko-Pomorskiego w dniu 20.11.2008 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów na okres od 1.01.2009 r. do 31.12.2011 r. w rodzaju: leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna.**

1. Rzeczpospolita Polska jest jedna, dlatego niedopuszczalną sytuacją, jest aby różnicować wartość punktu (cenę) tych samych świadczeń zdrowotnych w różnych regionach kraju. Mieszkaniec każdej części Polski zasługuje na taką samą jakość świadczenia. Obecny podział środków finansowych dla oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia (algorytm) jest podziałem politycznym

i dyskryminującym. W różnych regionach wartość za punkt wynosi od 51–54 złotych. Nie zgadzamy się z alokacją środków finansowych proponowanych przez centralę Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Oczekujemy zabezpieczenia środków finansowych zapewniających przynajmniej utrzymanie obecnego poziomu wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia.

3. Stwierdzamy, iż istnieje realne zagrożenie nie zakontraktowania świadczeń na okres 3 lat z jednostkami, które nie są w stanie sprostać wymaganiom określonym przez NFZ, co w konsekwencji może spowodować ich upadłość finansową i tym samym uniemożliwić dalsze udzielanie świadczeń ubezpieczonym.

4. Uważamy, że nie może dojść do zmniejszenia dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych.

W spotkaniu brali udział dyrektorzy szpitali oraz: Wojewoda Kujawsko-Pomorski Rafał Bruski, Wicemarszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego Edward Hartwich, dyrektor i z-ca dyrektora Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia: Wiesław Kiełbański i Andrzej Purzycki, przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej w Toruniu dr Maciej Czerwiński, przewodnicząca Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej dr n. med. Radosława Staszak-Kowalska.

*W imieniu Dyrektorów Szpitali  
Przewodnicząca ORL BIL  
dr n. med. Radosława Staszak-Kowalska*

# Znaczenie wirusa brodawczaka ludzkiego (human papillomavirus) w rozwoju stanów przedrakowych i raka szyjki macicy

**Marek Grabiec**

Rak szyjki macicy jest drugim co do częstości występowania nowotworem u kobiet na świecie. Według ostatnich danych stwierdza się około 500.000 nowych zachorowań rocznie, a ponad 250.000 kobiet umiera z powodu tego nowotworu. Najwyższe zachorowalności na raka szyjki obserwuje się w krajach trzeciego świata np. Haiti 87,3/100.000 kobiet, Kolumbia 36,4/100.000, Indie 30,7/100.000. W Polsce zachorowalność wynosi ok. 18,0/100.000 kobiet a umieralność – 7,1/100.000 i jest najwyższa w Europie.

Z uwagi na wagę tego problemu odkrycie wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) i określenie ich wpływu na rozwój raka szyjki macicy przez Harolda zur Hansena uznano za wydarzenie epokowe przynajmniej mu Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny w 2008 roku.

Wirusy brodawczaka ludzkiego (Human Papillomavirus) należą do rodziny Papoviridae i są małymi wirusami, zawierającymi dwuniciowy DNA wewnątrz kapsydu, posiadającymi właściwości onkogenne. Kapsyd wirusa ma kształt dwudziestościanu foremego utworzonego z dwóch białek strukturalnych L1 i L2. Na dzień dzisiejszy zidentyfikowano ponad 100 genotypów wirusa, z czego kilkadziesiąt zidentyfikowanych molekularnie typów HPV ma związek z zakażeniami narządów płciowych. Dotyczy to głównie szyjki macicy, pochwy, sromu, prącia i okolic odbytu. Wyszczególniono tutaj grupę wirusów „wysokiego ryzyka”, tzw. onkogennych, których obecność wiąże się z rozwojem raka szyjki macicy (np. HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52) oraz grupę „niskiego ryzyka” związaną z rozwojem brodawek płciowych i kłykcin (np. HPV 6, 11, 42, 43, 44).

Najpowszedniejszymi typami onkogennymi wirusa są typy 16 i 18, ponieważ odpowiadają za ponad 70% zachorowań na raka szyjki macicy na całym świecie. W pozostałych przypadkach w komórkach raka stwierdza się DNA pochodzące od innych typów wirusów z grupy wysokiego ryzyka np. HPV 45, 31, 33, 52.

Zakażenie wirusami HPV 6 i 11 jest odpowiedzialne za 90% brodawczaków narządów płciowych, jamy ustnej, oczu i krtani.

Infekcje wirusami HPV są najczęstszymi zakażeniami przenoszonymi drogą płciową, przy czym najwyższe ryzyko zakażenia istnieje w grupie wiekowej 15–25 lat. Badania populacyjne wskazują, że ponad 50% aktyw-

nych seksualnie kobiet jest przynajmniej raz w ciągu zainfekowana życia. Należy podkreślić, że infekcje u kobiet starszych mają większą tendencję do przejścia w formę przetrwałą, warunkującą powstanie raka szyjki. Szacuje się, że na całym świecie infekcja HPV bez zauważalnych zmian dotyczy około 300.000.000 osób. Do zakażenia wirusem HPV dochodzi na drodze kontaktów seksualnych, przy czym należy podkreślić, że używanie prezerwatyw nie daje pełnej ochrony przed infekcją. Czynniki determinujące zakażenia są: młody wiek, zwiększona liczba partnerów seksualnych, pierwsze stosunki w młodym wieku, homoseksualizm, palenie papierosów oraz stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych.

Większość infekcji ma charakter przemijający, około 80–90% ulega samoistnej regresji w ciągu 18–24 miesięcy. U części kobiet infekcja przechodzi w formę przetrwałą i to ta grupa jest narażona na rozwój śród nabłonkowych neoplazji i raka.

Przeciętnie przyjmuje się, że czas potrzebny do rozwoju zmian nowotworowych kobiet zakażonych HPV wynosi około 15–20 lat, zdarza się jednak, że proces nowotworowy rozwija się w ciągu 2–3 lat. Jednak z reguły przetrwałe zakażenie onkogennymi typami wirusa HPV w ciągu 2–3 lat prowadzi do rozwoju dysplazji czyli stanu przedrakowego szyjki macicy. Synonimem dysplazji jest wewnątrz nabłonkowa neoplazja szyjki macicy – CIN. Wyróżnia się 3 stopnie dysplazji: mały, średni i duży (CIN-1, CIN-2, CIN-3). CIN 3 określane jest również rakiem przedinwazyjnym szyjki macicy (carcinoma in situ). Dysplazja szyjki macicy może trwać od kilku do kilkunastu lat zanim na jej podłożu rozwinię się rak szyjki macicy o charakterze inwazyjnym.

**Stąd też tak ważne są populacyjne badania przesiewowe w celu wczesnego wykrywania stanów przedrakowych oraz zmniejszenia zachorowalności i umieralności z powodu raka szyjki macicy. W niektórych krajach po wprowadzeniu programów badań przesiewowych stwierdzono ponad 80% redukcję zachorowań na ten nowotwór.**

Większość rekomendacji podaje, że profilaktyczne badania cytologiczne powinno się rozpocząć w ciągu 3 lat od rozpoczęcia współżycia, jednak nie później niż w 21 roku życia.

Uważa się, że przy prawidłowych wynikach cytologicznych badania powinno się przepro-

wadzać co 3 lata do 65 roku życia. W piśmiennictwie brak jest bezpośrednich danych świadczących, że przeprowadzanie corocznych badań przesiewowych wiąże się z lepszymi wynikami, niż wykonywanie ich co 3 lata. Niezwykle wykazano, że rak szyjki macicy rozwija się najczęściej u kobiet, u których badań cytologicznych nie wykonywano przynajmniej przez 5 lat lub wcale. Istnieje jednak grupa kobiet szczególnie narażonych na rozwój raka szyjki macicy, u których badania cytologiczne należy wykonywać przynajmniej raz w roku. Zaliczamy tutaj pacjentki z przebytą śród nabłonkową neoplazją, z przetrwałym zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego, zakażone wirusem HIV czy też kobiety z obniżoną odpornością stosujące leki immunosupresyjne (po przeszczepach lub w trakcie dializ).

Te pacjentki powinny mieć wykonywane badania cytologiczne do końca życia, natomiast w grupie kobiet z 3 kolejnymi prawidłowymi wynikami cytologicznymi zakończenie skryningu ustalono na 65 rok życia. Jeszcze raz pragnę podkreślić, że rak szyjki macicy rzadko występuje u kobiet po 50 r.ż., które regularnie poddawano badaniom cytologicznym. Większość przypadków raka szyjki w wieku starszym dotyczy kobiet, u których nigdy nie wykonywano rozmazu cytologicznego.

Po wykazaniu przyczynowej roli wirusów HPV w rozwoju raka szyjki macicy rozpoczęto prace nad profilaktyczną szczepionką przeciw HPV, zwłaszcza przeciw 2 najczęstszym onkogennym typom wirusa: HPV 16 i HPV 18.

Dane epidemiologiczne wskazują, że prewencja pierwotna raka szyjki macicy poprzez uodparnianie za pomocą profilaktycznej szczepionki chroni przed zakażeniem wirusem HPV, może doprowadzić do zmniejszenia liczby zachorowań na ten nowotwór. Celem szczepień (czyli pierwotnej profilaktyki) jest zmniejszenie częstości chorób zależnych od infekcji wirusem brodawczaka ludzkiego, zmniejszanie liczby śród nabłonkowych neoplazji (CIN 1-CIN 3) o 25–50% w ciągu 3–5 lat oraz zmniejszenie liczby raków szyjki o 70–80% w ciągu 15–20 lat, co w konsekwencji powinno doprowadzić za 15–20 lat do redukcji umieralności na raka szyjki macicy o około 70%.

Szczepionki wprowadzone na rynek rekomendowane są głównie, na podstawie danych epidemiologicznych, dla dziewcząt przed rozpoczęciem życia płciowego.

Udowodniono skuteczność również u osób starszych, aktywnych seksualnie.

Przełom w pracach nad przygotowaniem profilaktycznej szczepionki przeciw HPV nastąpił w momencie gdy wykryto zastosowanie technologii cząstek wirusopodobnych (virus like particle – VLP). Wykazano, że ekspresja jedynie białka L1 kapsydu wystarczy do samoorganizacji cząstek wirusopodobnych. VLP uzyskane z białka L1 są, zarówno morfologicznie jak i antygenowo, podobne do rzeczywistych wirusów brodawczaka.

Cząstki wirusopodobne są swoiste dla typu wirusa i mają taką samą budowę jak natywne wiriony HPV, ale są pozbawione rdzenia zawierającego jego onkogenne DNA.

Aktualnie w Polsce dostępne są dwa rodzaje szczepionek: Silgard (firmy MSD) jest szczepionką czterowalentną (HPV 6, 11, 16, 18) zarejestrowaną dla dziewcząt od 9 do 26 lat oraz chłopców między 9–15 r.ż. Cervarix (firmy Glaxo) jest szczepionką dwuwalentną zawierającą cząstki wirusopodobne typów 16 i 18. Zastosowano w niej nowej generacji adiuwant ASO4, który pozwala utrzymywać wysoki poziom przeciwciał. Rekomendowany dla dziewcząt między 10–25 r.ż. Szczepienie kobiet między 15 a 25 rokiem życia powoduje powstanie przeciwciał o stężeniu kilkakrotnie przewyższającym stężenie przeciwciał nabywanych w wyniku naturalnego zakażenia. Również u szczepionych kobiet w wieku 26–45 lat i 46–55 lat pojawiają się istotnie wyższe poziomy przeciwciał w porównaniu z wartościami uzyskanymi w wyniku naturalnego zakażenia.

Niezwykle ważną informacją jest fakt, że niezależnie od faktu zaszczepienia kobiet, muszą one nadal wykonywać regularnie badania cytologiczne, bowiem szczepionka nie chroni przed wszystkimi onkogennymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego.

Z dotychczasowych obserwacji wynika, że poziom wiedzy na temat HPV i jego związku z rakiem szyjki jest niewielki, zarówno w populacji ogólnej, jak i wśród pacjentek przychodni ginekologicznych. Dlatego też przed wprowadzeniem programu szczepień konieczna jest intensywna edukacja społeczeństwa.

Bardzo istotną rolę mają tu do spełnienia pracownicy ochrony zdrowia. Zarówno lekarze, pielęgniarki, jak i pacjentki muszą zrozumieć, że połączenie szczepień z regularną kontrolą cytologiczną jest obecnie najlepszym postępowaniem zapobiegającym rozwojowi raka szyjki macicy.



■ Dr hab. n. med. Marek Grabiec, prof UMK Kierownik Katedry i Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Pielęgniarstwa Ginekologicznego CM UMK

W 25 lat po odkryciu HIV

## Współczesne oblicze choroby

Anita Olczak

Wyizolowanie wirusa HIV, czynnika etiologicznego AIDS jest jednym z najważniejszych osiągnięć współczesnej medycyny. Ustalono nie tylko przyczynę choroby, opracowano czułe testy diagnostyczne, poznano budowę drobnoustroju, ale również opracowano metody leczenia, które umożliwiają milionom ludzi normalne życie. Obecnie zakażenie HIV jest jedną z wielu chorób przewlekłych poddających się kontroli farmakologicznej.

Badania kliniczne nad pierwszym lekiem antyretrowirusowym rozpoczęto już w 1986 roku. Oceniano skuteczność zydodymidyny w porównaniu z placebo u pacjentów z AIDS. Po sześciu miesiącach w grupie kontrolnej zmarło 19 pacjentów, podczas gdy wśród chorych leczonych AZT – jeden. Badanie przerwano przed planowanym terminem, uznając za nieetyczne stosowanie placebo, a wszystkim uczestniczącym w tym projekcie pacjentom zaoferowano AZT w dawce 1500 mg na dobę. Tak wysoka dawka leku była przyczyną licznych działań niepożądanych, w tym również ciężkich powikłań hematologicznych. W marcu 1987 lek został zarejestrowany przez FDA pod nazwą Retrovir i nadal jest stosowany w połączeniu z innymi lekami hamującym replikację wirusa. Monoterapia nie spełniła jednak oczekiwań, a opublikowane w 1993 roku wyniki 3 letnich badań europejskich CONCORDE nie potwierdziły hipotezy, że AZT opóźnia wystąpienie AIDS. Do tego czasu zarejestrowano dwa kolejne leki o podobnym mechanizmie działania, a naukowcy z firmy Merc w grudniu 1998 roku otrzymali trójwymiarowy obraz struktury proteazy HIV.

Brak skutecznych leków hamujących replikację wirusa zmuszał świat medyczny do szukania innych metod zmniejszenia śmiertelności z powodu AIDS. Jedną z nich było zastosowanie chemioproteazy zakażeń oportunistycznych, a zwłaszcza pneumocystozowego zapalenia płuc i zakażeń prątkiem niegruźliczym. Metody te są nadal stosowane, zwłaszcza u pacjentów u których zakażenie HIV rozpoznaje się w okresie AIDS.

Prawdziwy przełom nastąpił w połowie lat dziewięćdziesiątych. W 1996 roku, podczas konferencji CROI w Waszyngtonie oraz podczas Światowej Konferencji AIDS w Vancouver, przedstawiono pierwsze doniesienia o zaskakującej skuteczności przeciwwirusowej inhibitorów proteazy HIV, stosowanych w połączeniu z inhibitorami odwrotnej transkryptazy. Wydarzenia te były początkiem nowej ery, a metodę leczenia nazwano HAART („highly active antiretroviral therapy”). Powstała koncepcja, w myśl której wczesne rozpoczęcie terapii może doprowadzić do eradykacji zakażenia HIV w ciągu 3 lat. Twórcą tej teorii, dr David Ho został uznany przez magazyn Time człowiekiem roku 1996. Teoria dr Ho nie potwierdziła się, a przerwanie terapii prowadziło w krótkim czasie do wzrostu stę-

żenia HIV RNA i progresji choroby. Obserwacje te ujawniły dynamiczny charakter zakażenia, a teoria o fazie zakażenia latentnego stała się nieaktualna. Jednocześnie obserwowany u pacjentów leczonych HAART wzrost liczby limfocytów T CD4+ ujawnił duży potencjał regeneracyjny układu immunologicznego.

W 25 lat po odkryciu HIV możliwości leczenia tej choroby są imponujące. Zarejestrowano ponad 20 leków antyretrowirusowych, których umiejętne stosowanie pozwala na zablokowanie wszystkich enzymów replikacyjnych wirusa. Dostępne są również leki, które blokują wnikanie wirusa do wnętrza komórki. Niektóre leki antyretrowirusowe okazały się również skuteczne w leczeniu zakażenia HBV. Pomimo tak ogromnego postępu nadal nie wydaje się, aby stosowana obecnie terapia mogła spowodować eradykację HIV. Leczenie antyretrowirusowe musi być stosowane do końca życia chorego, a próby zastosowania strukturalnej terapii przerywanej nie przyniosły spodziewanych efektów. W krajach, w których pacjenci mają dostęp do leków antyretrowirusowych odnotowano gwałtowny spadek zachorowań na AIDS oraz śmiertelności z powodu tej choroby. Dotyczy to również Polski. Koszty leczenia są wysokie, ale korzyści są wymierne.

Skuteczne leczenie zmniejsza zakaźność – co jest istotne z punktu widzenia epidemiologicznego – oraz daje realną możliwość zbliżenia długości życia pacjenta zakażonego HIV do długości życia populacji. Problemem są działania niepożądane terapii. Najpoważniejsze spośród nich są wynikiem uszkodzenia mitochondriów oraz wpływem leków na przemiany metaboliczne ustroju, w tym rozwój hiperlipidemii, cukrzycy, przedwczesnej miażdżycy czy też osteoporozy. Doniesienia ostatnich lat informują o wroście zapadalności na nowotwory złośliwe.

Niezależnie od postępu, jaki dokonał się w minionym okresie, pandemia HIV ma charakter dynamiczny. Liczba zakażonych wirusem przekroczyła 40 milionów, i chociaż większość to mieszkańcy Afryki, to również w krajach rozwiniętych każdego dnia rozpoznaje się nowe zakażenia.

W codziennej praktyce lekarskiej miałam przyjemność być świadkiem przemian, które wiązały się z postępowaniem nauki w dziedzinie leczenia zakażenia. Wielu pacjentom terapia nie tylko ocaliła życie, ale co istotniejsze umożliwiła powrót do aktywności zawodowej i sportowej.



■ Dr n. med. Anita Olczak, specjalista chorób wewnętrznych (I st.) i zakaźnych (II st.), pracuje w Katedrze i Klinice Chorób Zakaźnych od 1992 roku. Jest absolwentką (z 1984 roku AM w Gdańsku). Pacjentami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS zajmuje się od 1992.

# Symposium, OIT i nowe technologie

**Andrzej I. Prokurat**

Czekaliśmy na to cztery lata i naprawdę nie było łatwo. Wszystko zaczęło się, kiedy uczelnia postanowiła reaktywować Klinikę Chirurgii Dziecięcej w Szpitalu Uniwersyteckim im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Najpierw była szalona praca u podstaw, żeby zaadoptować tzw. „teren”. Zmienić trzeba było bardzo dużo, bo oddział pierwotnie nie był przeznaczony dla dzieci. Najtrudniej było nam przystosować tę część, w której miał powstać obszar intensywnego nadzoru dla noworodków i dzieci po operacjach. Dzięki przychylności Władz Uczelni i Dyrekcji Szpitala udało się wszystko. W przeddzień oficjalnego otwarcia Kliniki Chirurgii Dziecięcej w 2004 roku usłyszeliśmy od konsultanta krajowego, że wybudowaliśmy muzeum. Jego zdaniem miało nie być tylu pacjentów do intensywnego nadzoru. A potem była szalona praca i „muzeum” zaczęło pękać w szwach. Zaczęliśmy mieć problem, bo brakowało miejsc intensywnego nadzoru dla nowoprzyjętych pacjentów. Okazało się, że Bydgoszcz bardzo potrzebuje prawdziwego oddziału intensywnej terapii dla dzieci. Wiele klinik zdążyło bowiem docenić fachowość tworzącej się grupy anestezjologów dziecięcych.

W 2005 roku Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych zaproponował by XXXIV Symposium PTChD odbyło się w 2008 roku po raz pierwszy w Bydgoszczy. Tematem miały być postępy w chirurgii endokrynologicznej u dzieci. Propozycję przyjęliśmy. Już wtedy było jasne, że nie tylko Klinika Chirurgii Dziecięcej, ale i inne kliniki w Szpitalu Uniwersyteckim nie poradzą sobie bez sprawnego zaplecza intensywnej terapii dziecięcej. Batalia zaczęła się na dwóch frontach. Jednym było przekonanie władz, że inwestycja jest naprawdę potrzebna. Drugim był front budowlano-technologiczny: jak dobudować coś na piątym piętrze istniejącego budynku, kiedy wszystkie ekspertyzy budowlane mówią, że tego zrobić się nie da. I wtedy czysty przypadek sprawił, że dowiedzieliśmy się o technologii modułowej. Podeszliśmy do problemu z dużą dozą sceptycyzmu, bo nie wiedzieliśmy jak ona wygląda. Firma Cadolto Polska – przedstawiciel specjalistycznej niemieckiej firmy, od kilkudziesięciu lat specjalizującej się w modułowym budownictwie medycznym była w trakcie pierwszego swojego dużego projektu w Polsce. W tej technologii powstawało właśnie Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu.

Spotkanie z przedstawicielami firmy Cadolto było zwykłe, przyjacielskie, ale obie strony szybko zrozumiały, że stoją przed ogromną szansą. My, że jesteśmy w stanie osiągnąć, to co w tradycyjnym systemie budownictwa było niemożliwe. Oni, że mają szansę pokazać na czym polegają nowoczesne technologie w budownictwie medycznym. Razem zrozumieliśmy też, że możemy stworzyć w Bydgoszczy coś, co naprawdę będzie na miarę Unii Europejskiej.

A potem były dziesiątki spotkań roboczych nad planami, omijanie kominów na dachu, wysiłki, by wykorzystać każdy metr kwadratowy powierzchni. Technologia modułowa daje

nieprawdopodobne możliwości. Jest przy tym szybka, czysta i elegancka. I na dodatek – jak się niebawem okazało – wcale nie jest droższa od technologii tradycyjnej. Moduły produkowane są w Niemczech w Cadolzburgu, a potem transportowane na ogromnych naczepach samochodowych na plac budowy. Są gotowymi elementami, uzbrojonymi w media medyczne i elementy wyposażenia: instalacja elektryczna, klimatyzacyjna, dla gazów medycznych. Łazienki są w pełni wykończone i wyposażone. Jazda autostradami w Niemczech nie sprawia kłopotów dla transportu takich modułów. A w Polsce?

W 2008 roku, po czterech latach ogromnych logistycznych zmaganiach, umowa z Cadolto Polska została podpisana. Wielka w tym zasługa Władz Collegium Medicum i UMK, które bardzo zaangażowały się w projekt. W maju, w czasie kiedy firma Cadolto Polska wchodziła na plac budowy, my z mozołem przygotowaliśmy organizację XXXIV Symposium PTChD. Wtedy powstał pomysł, by – z racji zbiegania się terminów organizowanego jesienią symposium i oddania przez firmę Cadolto Polska wykończonego obiektu – oba te przedsięwzięcia połączyć w jedną całość.

Ponad 30 modułów dających razem ponad 1200 m<sup>2</sup> powierzchni, stawiane przez 500 tonowy dźwig znalazło się na dachu istniejącego budynku Szpitala Uniwersyteckiego. Cała operacja trwała tylko trzy dni. Imponujące. Po trzech miesiącach faza budowlana została zakończona i zaczęła się faza wyposażania końcowego w sprzęt i aparaturę medyczną. W ramach obiektu zaprojektowano 15 stanowisk intensywnej terapii dla noworodków i dzieci, bardzo nowoczesną salę operacyjną i 3 stanowiska pooperacyjne. Wszystko to razem spięte super nowoczesnym systemem informatycznym i wyposażone w bardzo nowoczesny sprzęt medyczny. Szpital Uniwersytecki w Bydgoszczy zyskał jeden z bardziej nowoczesnych obiektów tego typu w Europie. Jego zadaniem

będzie zabezpieczenie całego regionu w miejscu dla intensywnej terapii dziecięcej – noworodków i wcześniaków, dzieci z urazami wielonarządowymi, pacjentów po zabiegach operacyjnych wymagających wspólnego prowadzenia przez wielodyscyplinarne zespoły medyczne. Zrealizowanie tego projektu nie było łatwe, ale wszyscy wierzymy, że najbliższy czas pokaże jak bardzo był on potrzebny.

XXXIV Symposium PTChD odbywało się 16–18 października i poświęcone było – po raz pierwszy – postępom w zakresie chirurgii endokrynologicznej u dzieci oraz wdrożeniom nowoczesnych technologii w medycynie. Organizatorem Symposium była Katedra i Klinika Chirurgii Dziecięcej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Współorganizowała Symposium Sekcja Chirurgii Onkologicznej Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych oraz Stowarzyszenie Polska Akcja Onkologii Dziecięcej. Program Symposium obejmował nieporuszaną dotąd, trudną tematykę schorzeń gruczołów wydzielania wewnętrznego (trzustka, tarczyca, nadnercza), wymagających leczenia operacyjnego u pacjentów w wieku rozwojowym. Celem konferencji było pokazanie w jaki sposób postęp biologii molekularnej, patomorfologii oraz chirurgii może przyczynić się do poprawy wyników leczenia tych chorób. Organizatorzy, zdając sobie sprawę z istotnej dla tych schorzeń roli intensywnego nadzoru okołoperacyjnego, włączyli do Symposium sesję satelitarną, dotyczącą postępów w anesteziologii dziecięcej i rozwoju nowoczesnych technologii medycznych w zakresie systemów konstrukcji, wyposażenia i organizacji Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci. W sesji tej przedstawiono między innymi różne koncepcje budowy obiektów medycznych (dr B. Werner; Cadolzburg, Niemcy) oraz historię budowy obiektu w Bydgoszczy (mgr F. Aptazy; Cadolto, Polska).



W ramach sesji chirurgicznych poświęconych poszczególnym gruczolom wydziału wewnętrznego zaproszeni krajowi i zagraniczni wykładowcy (prof. A.Zimmermann, Szwajcaria; prof. W.Barthlen, Niemcy; prof. H.Dralle, Niemcy; prof. H.Neumann, Niemcy) przedstawili referaty wprowadzające do trudnych zagadnień chirurgii endokrynologicznej u dzieci. Uczestnicy sympozjum przedstawili aktualne doniesienia naukowe na temat doświadczeń poszczególnych ośrodków polskich w tym zakresie. Gościliśmy liczne grono uczestników, przedstawicieli różnych dyscyplin medycznych. Chcieliśmy, aby nasze Sympozjum było także okazją do pogłębienia wzajemnej współpracy zarówno w dziedzinie badań naukowych, jak i praktyki klinicznej.

W ramach konferencji, 18 października odbyła się, z udziałem Władz UMK, Collegium Me-

dicum i regionu, uroczysta prezentacja Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy. Zainteresowanie było duże. Obiekt naprawdę robi wrażenie. W grudniu zakończy się etap wyposażania w aparaturę medyczną. Od czasu rozpoczęcia prac budowlanych minie 6 miesięcy. Aż się wierzyć nie chce.

Kończąc, pragniemy podziękować wszystkim, którzy włożyli ogrom pracy w opisane dzieła.



■ Autor jest kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Dziecięcej CM UMK od 2003 roku oraz konsultantem wojewódzkim ds. chirurgii dziecięcej na region kujawsko-pomorski. Od 10 lat jest pre-

zesem Stowarzyszenia Polska Akcja Onkologii Dziecięcej, a od 6 lat przewodniczącym Sekcji Chirurgii Onkologicznej Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych. W obszarze zainteresowania autora od wielu lat znajdują się – oprócz problemów chirurgii onkologicznej u dzieci – także zagadnienia związane z leczeniem chirurgicznym schorzeń gruczolów endokrynnych u dzieci. W ramach Polskiej Pediatrycznej Grupy ds. Leczenia Guzów Litych u dzieci w Klinice prowadzony jest Ogólnopolski Rejestr Nowotworów Złośliwych Tarczycy u dzieci, a autor jest członkiem Zarządu Głównego Polskiej Grupy Nowotworów Endokrynnych. W zakresie szczególnego zainteresowania Kliniki znajdują się też problemy chirurgii noworodka. Klinika aktywnie współpracuje z Ogólnopolskim Rejestrem Chirurgii Noworodka

## Modułowy oddział

**Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci w Szpitalu Uniwersyteckim im. Jurasza jest pierwszym w Polsce klinicznym obiektem zbudowanym w technologii modułowej, także pierwszym o takim stopniu skomplikowania technicznego. Wcześniej w tej technologii oddano już w naszym kraju Centrum Diagnostyczne w Olsztynie, Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa we Wrocławiu, Zakład Medycyny Nuklearnej w Opolu oraz budynek diagnostyki obrazowej w Aninie. W Rosji tą techniką budowanych jest obecnie kilkanaście szpitali.**

Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dzieci powstał w niecałe 3 miesiące. Błyskawiczne tempo realizacji przedsięwzięcia było możliwe dzięki zastosowaniu nowoczesnej technologii. Obiekt powstał bowiem z 36 przywiezionych z Niemiec, i tam wyprodukowanych, modułów. Gotowe elementy z zamontowanym na trwałe wyposażeniem – m.in. kolumnami anestezjologicznymi, lampami operacyjnymi, węzłami sanitarnymi umocowano na dachu jednego ze skrzydeł Jurasza. Szpital „urósł” więc o jedno piętro, jednocześnie zyskując nowoczesny oddział intensywnej terapii dzieci oraz zintegrowany blok operacyjny. Bydgoska konstrukcja kosztowała 17 mln zł, konieczne dodatkowe wyposażenie pochłonęło ok. 11 mln zł.

Pod opieką oddziału znajdują się chorzy od okresu noworodkowego do 18 roku życia, głównie pacjenci szpitalnych klinik. Oddział zajmie się też, nie wykonywanym dotychczas na terenie miasta, leczeniem nerkozastępczym dzieci będących w stanie zagrożenia życia.”

„Nowy oddział dysponuje dwoma salami chorych z 12 intensywnymi stanowiskami, trzema izolatkami dla pacjentów wymagających szczególnych warunków oraz trzema stanowiskami pooperacyjnymi. – mówi doktor Roman Kaźmirczuk, ordynator nowej, wchodzącej w skład Katedry CM UMK, jed-

nostki i dodaje – By uruchomić wszystkie stanowiska musimy zatrudnić 60 pielęgniarek i 12 lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Na razie mamy połowę zespołu.”

W nowym obiekcie, dla potrzeb pacjentów szpitalnej Kliniki Chirurgii Dziecięcej powstała nowoczesna sala operacyjna. Działła tu nowej generacji system torów wizyjnych, specjalny tryb klimatyzacji, chirurdzy dysponują narzędziami dostosowanymi do potrzeb dzieci oraz dobrym sprzętem np. aparaturą do wideochirurgii wartą ok. 600 tys. złotych. „Tu nie będzie prostych operacji. Zyskamy możliwość przeprowadzenia zabiegów w trybie laparoskopii, torakoskopii, neuroendoskopii. Dotychczas skomplikowane zabiegi-takie jak np. wrodzone zarsnięcie przetyku u 2 kg dziecka, operowane w trybie torakoskopii, bez otwierania klatki piersiowej-przeprowadzaliśmy na pożyczonym sprzęcie. – mówi prof. Andrzej Prokurat, kierownik Kliniki i dodaje – Dzięki dodatkowej Sali zwiększymy ilość operacji o 500 rocznie.”

Klinika Chirurgii Dziecięcej każdego roku przeprowadza ok. 1200 zabiegów. „To nie jest więcej niż w innych szpitalach, ale zabiegi są zupełnie inne. – mówi profesor Prokurat – Operacji wyrostka robaczkowego nie mamy więcej niż kilka w miesiącu, tak samo zabiegów przepuklin. Resztę stanowią



operacje z innego zakresu. Naszymi pacjentami są chorzy z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii oraz Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, a także pacjenci wymagający zabiegów z zakresu chirurgii endokrynologicznej, chorzy z urazami wielonarządowymi.”

Nowy oddział będzie nie tylko doskonale wyposażony, ale też w nowoczesny sposób zorganizowany i z informatyzowany: „urządzenia anestezjologiczne będą spięte w system informatyczny, co umożliwi rejestrację wszystkich danych, m.in. z respiratorów, inkubatorów, pomp infuzyjnych. Będzie można odtworzyć ostatnie 72 godziny ich pracy, a wybrane dane archiwizować. Systemy archiwizacji będą mogły współpracować z bazami radiologicznymi i informatycznymi szpitala” – wylicza prof. Prokurat.

*Agnieszka Banach*

# Pierwsze 13 miesięcy z życia młodego lekarza

**Adam Wiśniewski**

**„Gaudeamus igitur, iuvenes dum sumus...” – te słowa znanej akademickiej pieśni hymnicznej na zawsze pozostaną w pamięci absolwentom studiów wyższych.**

W szczególności absolwentom kierunku lekarskiego, którzy aż przez 6 lat swojego życia ciężko i wytrwale, z wieloma wyrzeczeniami, pracowali, by uzyskać tytuł lekarza... No właśnie. Być lekarzem. Młodym lekarzem, na początku swojej drogi zawodowej. Każdy z nas, absolwentów medycyny, zastanawiał się, jakie będą te pierwsze dni, pierwsze miesiące pracy jako medycy. Jak będzie wyglądała konfrontacja naszych nadziei i obaw z rzeczywistością? Czy wiedza zdobyta w czasie studiów wystarczy do właściwego wykonywania obowiązków lekarza? Jak potraktują nas starsi koledzy po fachu? Czy spełnią się nasze wyobrażenia o pracy lekarza? Czy sprawdzimy się w tym zawodzie? Na wiele z tych pytań odpowiedzi przyjdą dopiero z czasem, choć każdemu z nas, młodych lekarzy, po tych pierwszych 13 miesiącach nasunęło się pewnie kilka refleksji, którymi warto się podzielić. Być może część z nich stanie się cenną wskazówką dla nowych stażystów, którzy co roku dzielą nasz los.

## Ograniczone prawo wykonywania zawodu

Dokument niezbędny do realizacji stażu podyplomowego. Cała procedura przyznania nie jest skomplikowana, wszystkie informacje o potrzebnych dokumentach można znaleźć na stronie internetowej Izby Lekarskiej. Samo wręczenie ograniczonego prawa wykonywania zawodu to bardzo miła uroczystość na terenie Izby – z gratulacjami, miłymi słowami, kwiatkami i drobnym poczęstunkiem. Właśnie. Odnośnie stosunku Izby Lekarskiej do młodych lekarzy mogę wypowiedzieć się tylko i wyłącznie w samych superlatywach. Kiedykolwiek się tam pojawię, zawsze jestem traktowany bardzo dobrze, wszyscy są uprzejmi, udzielają wyczerpujących odpowiedzi i co najważniejsze – robią to z uśmiechem na twarzy, co sprawia, że człowiek czuje się w Izbie jak w domu.

## Staż podyplomowy

Pierwszy etap pracy każdego lekarza. Zdecydowana większość, jeśli nie wszyscy absolwenci kierunku lekarskiego, zostali przydzieleni do szpitala, który sobie wcześniej wybrali, na miejsce odbywania stażu. To duża zaleta, odbywać staż tam gdzie chcesz, a nie tam, gdzie ktoś narzuci. Motywy wyboru

poszczególnych szpitali były tak różnorodne, że trudno by je opisać. Osobiście wybrałem Szpital Uniwersytecki im. Jurasza, ze względu na największe szanse na rozwój zawodowy, a także w celu poznania przyszłych kolegów „po fachu”.

## Pierwszy dzień

Sprawy organizacyjne. Spotkanie z koordynatorami i opiekunami stażu. Często również podpisanie umowy o pracę i umowy... z Funduszem Emerytalnym. Bardzo miłe spotkanie, dużo ciepłych słów – uważam, że bardzo potrzebne, pozytywnie nastawiające i mobilizujące do dalszej pracy. Warto jednak kilka dni wcześniej zatatwić tzw. obiegiwkę, ponieważ polska biurokracja nie pozwoli nowym pracownikom zatatwić tych wszystkich pieczętek w jeden dzień.

## Następne dni...

Staż generalnie jest potrzebny. Z wielu powodów. Człowiek przechodzi przez poszczególne kliniki, zajmuje się pod okiem opiekuna pacjentami, uczy się wypełniać dokumentację medyczną i obserwuje, podpatruje starszych kolegów... ich zachowanie w stosunku do pacjentów, gesty, mimikę, słowa, które wypowiadają w kontaktach z chorymi... Przedstawienie raportu z dyżuru, omówienie poszczególnych pacjentów podczas obchodu lekarskiego, wspólne zastanawianie się nad dalszą diagnostyką i leczeniem chorych... To elementy, z którymi będziemy spotykać się w przyszłej pracy na co dzień, a staż podyplomowy jest doskonałym miejscem by te najlepsze wzorce, które przypadły nam do gustu przyswoić, zapamiętać i w końcu realizować w swojej pracy. Jestem zdania, że jeśli ktoś czegoś naprawdę chce, to może wszystko... Na stażu też. To tylko kwestia nas samych. Ze swojego doświadczenia na stażu wiem jedno – praktycznie mogłem uczestniczyć w każdej procedurze medycznej, w jakiej chciałem, oczywiście pod nadzorem i za zgodą opiekuna.

Nigdy nie słyszałem sprzeciwu ze strony lekarza, że np. nie mogę wziąć udziału w zabiegu. Jeśli marzyłaby mi się np. neurochirurgia, to mógłbym spędzić na sali operacyjnej praktycznie cały dzień i naprawdę się wiele nauczyć. Taką jest prawda. Jeśli tylko chcemy... Ale pamiętajmy, że to my musimy wyjść z taką inicjatywą! Nie oczekujemy, że lekarze będą nas prowadzić za rękę po oddziale, czy też będą zapraszać do udziału w każdej procedurze... Z drugiej strony, jeśli coś nas specjalnie nie interesuje, nie musimy brać w tym udziału. Z reguły opiekunowie byli bardzo elastyczni. W sytuacji, gdy na sąsiednim oddziale

działo się coś, co nas bardziej interesowało, pozwalali nam w tym uczestniczyć. Staż jest jedynym okresem, gdzie nie musisz trzymać się swoich codziennych, sztywnych obowiązków na jednym oddziale i to jest jego wielka zaleta.

Nie jest zatem do końca obiektywny artykuł z dnia 02.10.2008 r. w „Dzienniku” o stażystce parzącym herbatę... No chyba, że dał się sprowadzić do takiej zaszczytnej roli i mu ona odpowiadała... Powtarzam, jeżeli tylko chcemy, możemy się wiele nauczyć, jeśli nie, możemy siedzieć w pokoju lekarskim i parzyć przystawioną herbatę... Zależy to tylko od nas samych.

Szpital to nie tylko procedury medyczne. To przede wszystkim pracujący w nim ludzie. I to nie tylko lekarze, ale też pielęgniarki, ratownicy medyczni, technicy, laboranci i wielu innych. Naprawdę warto wejść z nimi w jak najlepsze układy, bo można się od nich wiele praktycznych i ciekawych rzeczy dowiedzieć oraz nauczyć! Podczas tych 13 miesięcy przekonałem się, że wykonują również bardzo ciężką pracę, czasem niedocenianą, a są przy tym uprzejmi i bardzo uczynni. I my odwdzięczmy im się tym samym, tym bardziej że na to zasługują.

## Zmiany prawne

Mój rocznik doświadczył na własnej skórze zmian prawnych, jakie dokonują się w sprawach młodych lekarzy. W tym roku, pierwszy raz od 5 lat, stażystci dostali podwyżkę płacy zasadniczej oraz istotny wzrost wynagrodzeń za dyżury. Obawiam się, a nie chcę być złym prorokiem, że na następne zmiany w wynagrodzeniach stażystów będziemy znów musieli długo czekać... Od tego też roku nie będzie już 6. miesięcznego okresu przymusowego bezrobocia między zakończeniem stażu, a początkiem specjalizacji, co było dawno wyczekiwane przez środowisko młodych lekarzy. Zwiększyła się też liczba miejsc specjalizacyjnych, chociaż w niektórych dziedzinach dalej trudno o rozpoczęcie specjalizacji. Zrezygnowano z rozmowy kwalifikacyjnej na specjalizację, co wielu stażystów przyjęło z ulgą. Są to pozytywne zmiany i cieszę się, że dokonują się na naszych oczach. Oczywiście nie wszystko jest tak różowe. Pozostaje kwestia niskiego wynagrodzenia lekarzy specjalizujących się, porównując je chociaż do zarobków osób o podobnych kwalifikacjach (np. młodzi sędziowie), kwestia dużych wydatków związanych z kształceniem się i wiele innych. Są też akcenty pocieszające. W tym roku, po raz pierwszy od wielu lat, udało się, z pomocą Izby Lekarskiej, za-





kończyć proceder transportu pacjentów ze Szpitala Wojskowego do odległych miejsc w kraju w obecności tylko lekarza stażysty w karetce.

### Negatywne emocje

Wiele stresu, również stażystom, przysporzyła nowelizacja ustawy o ZOZ, szczególnie w kwestii dyżurowania. Od stycznia 2008 r. każdy szpital przedstawiał nam własną interpretację zapisów tej ustawy, co wiązało się z różną liczbą godzin dyżurów oraz istotnie różnymi wynagrodzeniami stażystów w poszczególnych placówkach (różnice sięgały nawet 300 zł miesięcznie). Dochodziło do tak wielkiego bałaganu, że w jednym szpitalu stażysta dyżurował 16 godzin raz w tygodniu, a w innym 2 razy w tygodniu po 5 godzin, po czym jedni stażyści dostawali dzień wolnego po dyżurze, a inni nie. Ten harmider prawno-organizacyjny kosztował nas wiele nerwów i niepotrzebnych negatywnych relacji między stażystami poszczególnych szpitali. Dopiero majowa nowelizacja rozporządzenia o stażu przywróciła porządek, aczkolwiek niedosyt pozostał... Szkoda, że w tak gorącym okresie zapomniano o nas, pozostawiono samym sobie, nie wypracowano kompromisu przynajmniej na poziomie województwa.

### LEP

Skrót od Lekarskiego Egzaminu Państwowego. Wymysł ministerialny, który ocenia, czy 6-letni wysiłek na studiach i rok stażu nie poszły na marne i czy jesteś już gotowy do podjęcia samodzielnej pracy, czytaj – zasługujesz na pełne prawo wykonywania zawodu. Ponadto przyczyna wielu nieprzespanych nocy, a u niektórych wrzodów stresowych, także punkt końcowy naszego stażu oraz przepustka do dalszej kariery zawodowej. Jakkolwiek dyskusja w tym miejscu nad celowością istnienia tego egzaminu sensu stricto przekracza ramy tego tekstu, to osobiście uważam, że LEP z całym swoim bagażem zalet i wad jest sprawiedliwym elementem, decydującym o zakwalifikowaniu się lekarza na specjalizację. Osobną kwestią są nasze indywidualne predyspozycje do danej dziedziny, ale to już każdy powinien wiedzieć najlepiej sam.

Odnosnie samego LEP-u. Jest najczęstszym słowem przewijającym się w rozmowach między stażystami, szczególnie, gdy zbliża się jego termin. Przygotowanie się do niego jest sprawą indywidualną, znam takich, co uczyli się pół roku i takich, którym wystarczyło kilka tygodni. Sam LEP urasta czasem do rangi najważniejszego wydarzenia w życiu, a prawda jest taka, że to kolejny etap naszej edukacji lekarskiej, trwającej całe życie. Egzamin jak każdy inny, ani łatwiejszy, ani specjalnie trudniejszy. Stresu jest

dużo, ale na którym egzaminie na studiach nie było... Jego pozycja wynika tylko i wyłącznie z faktu, że jego dobre zdanie umożliwia dostanie się na wymarzoną specjalizację. Osoba dobrze przygotowana powinna przebrnąć przez niego bez problemu. Atmosfera podczas egzaminu była wyjątkowo dobra. Wszyscy – panie, które pilnowały oraz Komisja Egzaminacyjna, swoją życzliwością, miłym słowem oraz uśmiechami na twarzy – pomogli nam rozładować to ogromne napięcie i dodawali otuchy. I chwala im za to!

Pod względem merytorycznym szereg pytań na pewno nas nie zaskoczył, większość zagadnień przejawiała się już w poprzednich edycjach. Niestety, pojawiły się również kwestie zupełnie nieistotne dla lekarza, jak choćby pytanie o pierwszą ustawę o zdrowiu publicznym, które nic nie wnosi, pytania niejednoznaczne, których odpowiedź zależała od toku myślenia autora pytania, a także takie, które mają różne odpowiedzi w zależności od źródła, z którego byśmy czerpali informacje (chociażby najczęstsza przyczyna ostrego zapalenia trzustki, czy też miejsce drenażu płynu z jamy opłucnej).

Te wątpliwości i zastrzeżenia, które zgłaszały lekarze stażyści (a wielu z nas wносиło uwagi co do treści pytań), a także fakt, że corocznie anulowanych jest kilka pytań, niestety nie wystawia autorom LEP-u najlepszej opinii. Być może tegoroczny LEP nie odbił się tak szerokim echem jak choćby afera z Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym z chorób wewnętrznych, ale to wszystko potwierdza tylko, że system sprawdzania wiedzy młodych lekarzy na dotychczasowych zasadach jest, najłagodniej mówiąc, nie pozbawiony wad i że najwyższy czas na radykalne zmiany! No cóż, chyba jednak najważniejsze, że mamy to już za sobą i możemy podejmować nowe wyzwania.

### Miejsca specjalizacyjne

Ostatnim etapem w życiu lekarza stażysty jest oczekiwanie na listę wolnych miejsc specjalizacyjnych w danym województwie, którą publikuje Ministerstwo Zdrowia 21 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego (dodam, że nagminnie łamię ten przepis i ogłasza listę później).

Analizując liczbę miejsc specjalizacyjnych w tej sesji, należy stwierdzić, że jest lepiej niż w ostatnich latach. Wolnych miejsc specjalizacyjnych jest więcej niż liczba stażystów, aczkolwiek nie można powiedzieć, że każdy będzie miał szansę otworzyć specjalizację, jaką by chciał, bo w wielu dziedzinach ciągle widnieje w okienku z liczbą miejsc magiczna cyfra zero... Jednakże z każdym rokiem widoczna jest poprawa w dostępności do specjalizacji i pozostaje tylko mieć nadzieję, że trend wzrostowy utrzyma się i w następnych rozdaniach.

### Nie ma jak na stażu...

Czas stażu nie jest czasem straconym, każdy znajdzie w nim coś dla siebie. Każdy z nas miał lepsze i gorsze momenty. Czasem nawet zabawne... Do końca życia utkwi mi w pamięci zdarzenie pewnego pięknego dnia, kiedy z samego rana podeszła do mnie Pani Oddziałowa i poprosiła bym...poprowadził obchód. To prawda. Tego wymagała aktualna sytuacja personalna na oddziale tego dnia. I trzeba było przyjąć wyzwanie i stawić mu czoła. Lekarz stażysta prowadzący obchód, to na pewno bezprecedensowe wydarzenie w moim życiu. Poszło mi nawet nieźle, a zdobyte doświadczenie być może będzie procentować za kilkadziesiąt lat, kiedy jako starszy i doświadczony klinicysta dostąpię ponownie zaszczytu prowadzenia obchodu...

Na koniec pragnę pogratulować wszystkim moim koleżankom i kolegom stażystom i każdemu z osobna, zdania LEP-u i życzyć zakwalifikowania się na wymarzoną specjalizację. Cieszę się, że potrafilimy przeciwstawić się wielu problemom, jakie nas spotkały w trakcie trwania stażu i razem działać w wielu sprawach, gdyż tylko wspólna inicjatywa ma szansę przynieść korzyści i pozwala osiągać zakładane cele. Obyśmy również w trakcie specjalizacji, niezależnie od jej trybu, dalej się wzajemnie wspierali w działaniach dla dobra środowiska młodych lekarzy. I nie zapominajmy, by medycyna nie przysłoniła nam całego życia, bo najważniejsza jest miłość! Kto nie kocha innych, nigdy nie będzie dobrym lekarzem i nie będzie nigdy do końca dumny z zawodu, jaki sobie wybrał. I odwrotnie, miłość drugiego człowieka dodaje sił, odwagi i energii, by móc nieść pomoc innym i trwać przy swoich ideałach. Z tego też miejsca pragnę podziękować Mojej Dziewczynie Agnieszce Sadowskiej: za wyrozumiałość, cierpliwość i trwanie przy mnie podczas wielu trudnych chwil na studiach i stażu, szczególnie podczas przygotowywania się do LEP-u. Wiem, że bardzo trudno dzielić życie z lekarzem, ale Twoja miłość pokazała, że bycie razem ma głęboki sens, a tylko udane połączenie życia prywatnego i zawodowego daje człowiekowi pełnię szczęścia! I tego Wam wszystkim i sobie, życzę!



■ Adam Wiśniewski – autor jest absolwentem kierunku lekarskiego Collegium Medicum im. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, rocznik 2007. Od 1 października 2007 do końca października 2008 r. realizował lekarski staż podyplomowy w Szpitalu Uniwersyteckim im. Jurasza w Bydgoszczy; w ostatniej, jesienniej edycji Lekarskiego Egzaminu Państwowego uzyskał najlepszy w 5-letniej historii tego egzaminu wynik (175 pkt.), na terenie Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Aktualnie w trakcie specjalizacji z neurologii na stanowisku młodszego asystenta w Klinice Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego im. A. Jurasza w Bydgoszczy.

# Za szczególne zasługi dla rozwoju reumatologii

1 października 2008, na jubileuszowym, Ogólnopolskim XX Zjeździe Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, w obecności około 4000 uczestników z kraju i zagranicy – Zarząd Główny Towarzystwa nadał dr. n. med. Stefanowi Sadkiewiczowi honorowe członkostwo Zarządu Głównego PTR za „Szczególne zasługi dla rozwoju reumatologii w kraju i województwie kujawsko-pomorskim”.



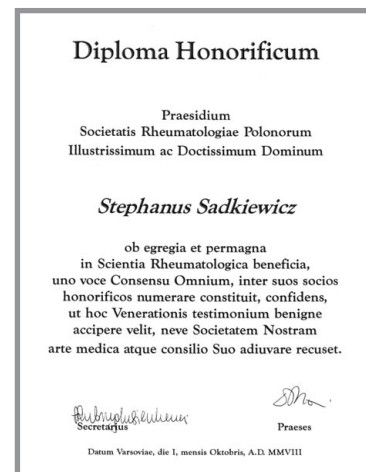
Dr n. med. Stefan Sadkiewicz – przepracował 51 lat jako specjalista – reumatolog, przez ponad 35 lat (od 1968 do 2004 r.) pełnił funkcję ordynatora oddziału reumatologicznego – początkowo w szpitalu Jurasza, następnie przeniesionego do Bizuela. Dr Stefan Sadkiewicz opublikował ok. 30 prac naukowych, był konsultantem woj. w dziedzinie reumatologii oraz przez 25 lat członkiem Zarządu Głównego PT Reumatologicznego; wielokrotnie wyróżniany przez ZG za pracę naukową i pracę na rzecz reumatologii, a w regionie przez Wojewodę i Dyrekcję Szpitali – za twórczy wkład w jej rozwój.

*Mogę powiedzieć – mówi dr Sadkiewicz – że miałem szczęście – przy wielkiej pomocy i zrozumieniu takiej potrzeby przez ówczesną dyrekcję – stworzyć i prowadzić piękny, 50 łóżkowy oddział reumatologiczny, z pełnymi możliwościami kompleksowego leczenia, posiadający dla swoich potrzeb gabinety fizykoterapii, rehabilitacji, salę gimnastyczną, zatrudniający nawet reumoorpedę; tutaj też jako pierwsi w województwie wprowadzaliśmy nowe metody leczenia m. innymi krioterapię. Co jest moją szczególną radością: na bazie tego oddziału wykształciłem 75 reumatologów, dziś prawie wszystkie kluczowe stanowiska w naszym województwie pełnią moi wychowankowie. Na*

*tym oddziale 4 lekarzy zapracowało na doktorat: w 1971 – obroniłem doktorat w Instytucie Reumatologii w Warszawie, następnie – dr Halina Reszkowska, dr Danuta Grodzka i dr Anna Nalazek (fizjoterapeuta i rehabilitant). Ja zaś poczytuję sobie za zaszczyt, że jestem uczniem znanego i cenionego bydgoskiego reumatologa – dr. n. med. Witolda Dudzińskiego, który stworzył oddział w szpitalu Jurasza.*

Dodajmy, że dwaj bracia doktora Stefana Sadkiewicza też zostali lekarzami: dr n. med. Adam Sadkiewicz – internista, był ordynatorem oddziału wewnętrznego Szpitala Marynarki Wojennej w Oliwie, dr n. med. Józef Sadkiewicz – ginekolog, był zastępcą ordynatora w Klinice Ginekologii prof. Szymańskiego, zaś trzeci brat – prof. Kazimierz Sadkiewicz – jest chemikiem, specjalistą chemii spożywczej na ATR w Bydgoszczy, prowadzi też Instytut Przemysłu Zbożowego. Dzieci doktora Stefana Sadkiewicza też są lekarzami: córka Ewa – jest stomatologiem, chirurgiem szczękowym w Bydgoszczy; syn Adam – ginekologiem w Niemczech.

I tutaj śmiało można powiedzieć, że „niedaleko pada jabłko od jabłoni”, ponieważ to ojciec czwórki braci Sadkiewiczów, absolwent trzech kierunków na UJ w Krakowie (filologii starożytnej, historii starożytnej i prawa), góral ze Szczyzycy, pierwszy w rodzinie zdawał i zdał na medycynę. A że – przez patomorfologię – zmienił kierunek, to już zupełnie inna historia. Ale i tak „wirus” medycyny został przekazany rodzinie... (tb)



## Lepiej nie pal...

O Przewlekłej Obturacyjnej Chorobie Płuc mówi się w Polsce coraz więcej. Zresztą, jak tu nie mówić o chorobie, która dotyczy 600 mln ludzi na świecie, z powodu której rocznie umiera aż 3 mln chorych! Szacuje się, że w naszym kraju chorych może być nawet 2 mln osób, z czego 60 proc o chorobie nawet nie wie, a 15 tys. rocznie na POChP umiera!

Jest lepiej niż jeszcze kilka lat temu, bo świadomość społeczna na temat choroby znacznie wzrosła. Coraz więcej osób wie, co to jest spirometria i takiemu badaniu się poddaje, a coraz więcej lekarzy, pielęgniarek i techników uczy się, jak prawidłowo badanie wykonywać. Hasło POChP dla wielu osób też nie jest już zagadką: „W 2004

*Palisz, masz więcej niż 40 lat, rano odkrztuszasz wydzielinę, trudno ci wejść na schody, czy podbiec do autobusu, to może być początek Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc.* – ostrzega prof. Dorota Górecka z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, gość bydgoskich obchodów Światowego Dnia POChP.

roku, co oznacza skrót, wiedzieli tylko 6 proc. osób, teraz już 23 proc. pytanym.” – mówi Małgorzata Czajkowska-Malinowska, ordynator Oddziału Chorób Płuc i Niewydolności Oddychania z Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmunologii, która 10 lat temu, rozpoczynała pierwsze w Polsce pilotażowe badania wczesnego wykrywania POChP.

Niepokoje jednak fakt, że nadal większość osób nie widzi w paleniu tytoniu głównej przyczyny choroby, a już chorzy, nie zawsze rozstają się z nałogiem – chociaż zaprzestanie palenia tytoniu jest jedyną metodą zahamowania jej postępu, zwłaszcza na początku. „Mało osób wie także, że PO-

ChP jest nie tylko chorobą płuc, ale całego ustroju. – mówi profesor Górecka – Wiąże się z chorobami układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca, osteoporozą, depresją, wyniszczeniem, osłabieniem siły mięśni.” (a.b.)

Z okazji Światowego Dnia POChP (19 listopada) oraz Międzynarodowego Dnia Rzucania Palenia (20 listopada) Fundacja „Odech Nadziei” dla cierpiących na schorzenia płuc i oskrzeli, Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmunologii oraz Oddział Bydgoski Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, zorganizowały konferencję pod hasłem „Bez tchu, ale z nadzieją”.



# Dobre praktyki w sytuacji przegranych narodzin



**Agnieszka Banach**

Koszmar poronienia dotyka 40 tysięcy Polek rocznie. Najczęściej przechodzą przez tę tragedię same, w nieprzyjaznych szpitalach, bez wsparcia personelu medycznego, czy psychologa. Nierzadko traktowane instrumentalnie kobiety nawet nie przypuszczają, że mają prawo do rejestracji dziecka, pochówku, urlopu macierzyńskiego, więc respektowania swoich praw nie żądają. Przeżywają swoje cierpienie same – słysząc, że właściwe tym, co im się przydarzyło nie powinny się tak przejmować, bo „jak można płakać po stracie czegoś takiego”, „te tkanki trzeba wyskrobać” lub „tego pani nikt nie pochowa”.

Po to, by „kobiety mogły ronić po ludzku” – zapobiec wyżej wymienionym sytuacjom, zmienić stereotypy dotyczące postrzegania problemu poronienia oraz wpłynąć na „stworzenie pozytywnych wzorców zachowań personelu medycznego w szpitalach” – powstało „Stowarzyszenie rodziców po poronieniu”. Stworzyły je kobiety, które same przeszły przez tragedię straty dziecka.

„W moim szpitalu nie powiedziano mi, że mogę pochować dziecko. Spalono je ze śmieciami. Mam starsze dzieci, czasem my-

ślę, co ze mnie za matka, że pozwoliłam tak potraktować swoje dziecko – dzieliła się swoimi przeżyciami Arleta Pastewska ze Stowarzyszenia, podczas szkolenia: „Dobre praktyki w sytuacji przegranych narodzin”, zorganizowanego dla personelu medycznego, w październiku w Bydgoszczy.

Spotkanie było częścią projektu – „Ronić po ludzku” – realizowanego ze środków Urzędu Marszałkowskiego województwa kujawsko-pomorskiego. Jego koordynatorką jest Małgorzata Bronka, która sama straciła dwójkę dzieci. Jednego z synów rodziła martwego w 21 tygodniu, na sali z 6. innymi, ciężarnymi pacjentkami, odwiedzanymi przez rodziny. „Staramy się mówić, jakbyśmy my, matki, chciały być traktowane. – mówiła – Podstawową zasadą jest okazywanie szacunku zarówno matce, jak i dziecku, wykonywanie badań w przyjaznej atmosferze, patrzeć na sytuację z punktu widzenia matki tracącej dziecko, a nie tylko, jak na przypadek obumarcia płodu. Podkreślamy jak ważne jest umożliwienie pożegnania z dzieckiem, zrobienie zdjęcia, danie rodzicom czasu, by mogli z nim побыć, bo to będą przecież ich jedyne chwile z dzieckiem.”

Podczas konferencji lekarze i położne mogli m. in. usłyszeć, jaka jest sytuacja psychologiczna, społeczna i prawna kobiet doświadczających poronienia, martwych narodzin lub śmierci dziecka po urodzeniu oraz jak udzielić takiej osobie wsparcia. O poronieniu, od medycznej strony, mówił doktor Maciej Socha z Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa ze Szpitala Uniwersyteckiego im. Bizuela, który w swojej praktyce nie raz z taką sytuacją miał do czynienia. Przyznawał, że czasami rzeczywiście lekarze zapominają, że embrión, zarodek, płód – dla nich, dla matki, jest najwyczejniej w świecie dzieckiem, z którym jest już związana, któremu już przygotowała miejsce w swoim życiu. „Nieważne na którym etapie ciąży kobieta straci dziecko, zawsze może to burzliwie przeżywać, a my nie mamy prawa oceniać, wartościować, dyskutować z jej uczuciami. Reagując w zły sposób przyczyniamy się do ogromnej traumy u pacjentki, do wadliwego przeżywania przez nią żałoby, co utrudnia jej powrót do normalnego życia – podkreślał – Pamiętam kobietę, u której dwa tygodnie przed porodem zdiagnozowałem

*Dokończenie na str. 12*

## Prawa rodziców

### ● Prawo do informacji

Pacjentka ma prawo do informacji o prawach pacjenta. (Dz. U. nr 78, poz. 483)

### ● Prawo do pogrzebu dziecka

Za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo narodzonych, bez względu na czas trwania ciąży. (Dz. U. 07.1.10)

### ● Prawo do otrzymania karty zgodnu

Karta zgonu jest wypełniana m.in. dla dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży, na wniosek osób uprawnionych do pochowania. (Dz. U. 07.1.9)

### ● Prawo do pisemnego zgłoszenia dziecka

Prawo o aktach stanu cywilnego (art. 38. ust. 2 ustawy z dn. 29.09.1986) nie uzależnia przekazania pisemnego zgłoszenia dziecka od długości trwania ciąży. Dokument ten nie należy bowiem do dokumentacji medycznej. Szpital ma 3 dni na przekazanie do USC informacji o martwych narodzinach (medycznie może dot. poronienia lub przedwczesnego porodu). Rodzice dostają wtedy akt urodzenia z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe.

W karcie zgonu – potrzebnej do pochówku – wymagana jest adnotacja USC o zarejestrowaniu zgonu. (art. 11. ust. 6 ustawy z dn. 31.01.1959 r.)

Ustawa z 1986 roku, która uzależniała pisemne zgłoszenie dziecka od jego wagi, długości oraz wieku, nie obowiązuje od 1998 roku.

### ● Prawo do zasiłku pogrzebowego

Część kosztów pogrzebu pomaga pokryć ZUS. W tym celu należy przedstawić akt zgonu oraz dokumentację dotyczącą wydatków związanych z pogrzebem.

### ● Prawo do urlopu macierzyńskiego

art. 180 par. 1 Kodeksu pracy reguluje zasady udzielania urlopu macierzyńskiego i nie uzależnia jego otrzymania od długości trwania ciąży.

## Warunki ronienia z godnością

1. Okaż szacunek mamie i zmarłemu dziecku.
2. Konieczne badania przeprowadź w intymnej atmosferze.
3. Pozwól asystować mężowi przy badaniu ginekologicznym, przy badaniu USG, przy zabiegu łyżeczkowania do momentu zaślnięcia pacjentki.

4. Ogranicz sprawy biurowe do niezbędnego minimum, dane można uzupełnić później lub można poprosić o to męża pacjentki.
5. Zabieg łyżeczkowania (jeżeli jest konieczny) wykonuj zawsze w znieczuleniu ogólnym.
6. Stwórz matce możliwość skorzystania z pomocy psychologa.
7. Ułatwaj dostęp do pełnej informacji medycznej.
8. Informuj pacjentkę o wszystkich czynnościach, które będą podejmowane.
9. Umieść osieroconą matkę na sali bez pacjentek w ciąży, niech nie słysza bicia serc innych dzieci w czasie badania KTG i opowieści o rodosnym oczekiwaniu.
10. Pozwól rodzicom pożegnać się z dzieckiem zgodnie z ich sumieniem. Poinformuj o prawie do pochówku, o tym, co się stanie z ciałkiem dziecka. Pomóż zgromadzić pamiątki po dziecku (zdjęcie USG, zapis tętna dziecka, odcisk stópki, zdjęcie dziecka).

Kontakt ze Stowarzyszeniem:  
poczta@poronienia.pl  
lub telefonicznie:  
Bydgoszcz 0601296428.

Dokończenie ze str. 11

wewnątrzmaciczne obumarcie płodu. Za-proponowałem jej, by spojrziała na ekran moni-tora USG, na niebijące serce jej dziecka. Zapytałem, czy chce zdjęcie jego twa-rzyczki z profilu. Położne nie były zado-wolone z tego, co robię. Jak pan mógł – mówiły potem zażenowane. Pacjentka po dwóch tygodniach, po pogrzebie dziecka, wróciła do mnie i podziękowała. Dla mnie, dla lekarza, to zdarzenia miało ogromne zna-czenie i uświadomiło mi, że tak trzeba po-stępować, by pacjentka mogła prawidłowo przeżyć, a potem zakończyć żałobę. Lepiej powiedzieć: pani dzieciątko nie żyje, umar-ło, niż – ta ciąży się nie rozwija, czego może nie zrozumieć. Zostać z nią po przekazaniu smutnej wiadomości, niż – „kulturalnie” zo-stawić ją samą w gabinecie.”

Na koniec konferencji medycy mogli wziąć udział w warsztatach – „Anioł przy moim łóżku”. Położna i psycholog radzili jak pomóc pacjentce bezpiecznie poczuć się w szpitalu, jak przygotować ją do pożegnania z dzieckiem, zgromadzić pamiątki po nim.

„Ronić po ludzku”, to kolejna – po „Ro-dzić po ludzku” – akcja, która zmienia po-łożników – stwierdził prof. Wiesław Szy-mański, konsultant wojewódzki ds. gine-kologii i położnictwa, kierownik bydgo-skiej Kliniki Ginekologii i Położnictwa – Wie-rzę, że zmieni podejście personelu me-dycznego do kobiet po stracie dziecka.”

*Gdy urodziłam Adasia w 22 tygodniu ciąż-y, znieczulono mnie i obudziłam się po nar-kozie, gdy już go nie było. Nikt z lekarzy nie spytał mnie, czy chcę go zobaczyć, nikt mnie nie spytał, jakim imieniem chciałam go ochrzcić. Zrobił to za nas, rodziców, szpitalny personel. Przekleństwo imienia nie nadanego przez rodziców prześladować mnie będzie przez całe życie. Rok później, gdy dotarło do mnie, że moja kolejna ciąża zakończy się przedwczesnym poronieniem, krzyczałam, że proszę, żeby po urodzeniu córeczkę ochrzczono imieniem Zosia. Zrobiono to, my-szę, na moją prośbę. Znieczulenie i znów nie zobaczyłam mojego dziecka. Ale wiedziałam, że muszę ją pożegnać. Następnego dnia po porodzie poszłam i poprosiłam pielęgniarkę, że chcę pożegnać moje dziecko. Do dziś widzę zdziwienie w ich oczach i pytanie, czy jestem przygotowana na widok 750-gramo-wego dziecka. Pokazali mi ją. Powiedziałam, że chcę mieć jej zdjęcie, bo zapomnę jej twarz, rączki, nóżki. Nie zgodziły się i po-wiedziały, że mają kontrolę Sanepidu. Do-piero interwencja lekarki zadziałała. Zdjęcie naszej córeczki ubranej w biały kaftanik to najpiękniejsza pamiątka, jaką mamy po niej. Beata (wypowiedź z forum interneto-wego [www.poronienie.pl](http://www.poronienie.pl))*

# Medicalia 2008

**Na 31 warsztatów poświęconych nauce i medycynie zaprosiło mieszkańców re-gionu Collegium Medicum UMK podczas tegorocznych Medicalii. Można było np. sprawdzić, „czy coś nas zadziwi w „znaleziskach” w czasie endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego u dzieci i młodzieży?”.**

„Najczęściej w przewodzie pokarmo-wym u dzieci można znaleźć pierścionki, spinki do włosów, kolczyki, plastikowe czę-ści zabawek, a 60 proc. połkniętych ciał ob-cych to baterie – mówiły prowadzące warsz-taty: dr n. med. Grażyna Mierzwa i dr n. med. Anna Szaflarska-Popławska z Kliniki Pedia-trii, Alergologii i Gastroenterologii – Mieliśmy też 14-miesięcznego chłopca z zardzewia-łym gwoździem w jelicie oraz pierwszego „eu-ropacjenta”, 5-cio letniego chłopca, u którego znaleźliśmy dwie sklejone monety po 2 i 5 euro centów.” O „Tajemnicach i rytuałach sali operacyjnej” – o tym jak chirurg i instru-mentariuszka przygotowują się do zabiegu, jak wyglądają narzędzia chirurgiczne (moż-na było wszystkiego dotknąć!), o historii chi-rurgii i septyki (kto by pomyślał, że jeszcze 150 lat temu o zakażeniach szpitalnych nie wiedziano dużo, lekceważąc nawet mycie rąk), o klasycznych i laparoskopowych ope-

racjach – opowiadał dr n. med. Wojciech Szczęsny z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endo-krynologicznej, a jego wykładowi z uwagą przysłuchiwał się m. in., chyba najmłodszy uczestnik medycznych warsztatów, 5-letni Przemek.

To tylko dwa z 31 warsztatów medycznych. Na innych można było m. in. zobaczyć jak pły-nie krew, lepiej „poznać” gronkowca złoci-stego, dowiedzieć się jak właściwie stosować antybiotyki, jak zastąpić chore nerki i ... jak zmniejszyć zmarszczki stosując automasaż.

Dzień Nauki „Medicalia 2008” zorganizo-wano w ramach listopadowego Święta Col-legium Medicum – właśnie w tym miesiącu w 1881 r., patron Uczelni – doktor Ludwik Ry-dygiel, wykonał pionierską operację resekcji żołądka.

(a.b.)

(zdjęcia na str. 2 okładki)

Poznań 13–15 marca 2009 r.

## III Kongres TOP MEDICAL TRENDS

Najnowsze osiągnięcia medycyny oma-wiane na krajowych i światowych kongresach już po raz trzeci zostaną podsumowane podczas **III Kongresu Top Medical Trends**, który odbędzie się **13–15 marca 2009 r.** w Poznaniu na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich.

Kongres TMT to nowatorskie przedsię-wzięcie na polskim rynku. Lekarze różnych specjalności podczas trwającego zaledwie 3 dni zjazdu mają możliwość zapoznania się z nowościami z kilkunastu dziedzin medycyny. Celem tego wydarzenia jest zapoznanie le-karzy, przede wszystkim pierwszego kontaktu, z najnowszymi trendami w medycynie i wpro-wadzenia tych zdobyczy nauki do codzien-nej praktyki lekarskiej.

Dotychczasowe kongresy cieszyły się ol-brzymim zainteresowaniem, zgromadziły łącznie ponad 5 tys. uczestników, którzy pod-czas 50 sesji tematycznych wysłuchali 100 wykładowców – wybitnych przedstawicieli pol-skiej medycyny.

**III Kongres Top Medical Trends** – tak jak poprzednie – umożliwi zapoznanie się w zwęższej formie i krótkim czasie z najnow-

szymi osiągnięciami medycyny, przedsta-wionymi w formie autorskiego wyboru przez najlepszych, najciekawiej prezentujących te-maty naukowców-praktyków. Po każdej ses-ji, w osobnych salach, odbywać się będzie nieograniczona czasowo dyskusja wykła-dowców z uczestnikami.

Organizatorami wydarzenia są Polskie To-warzystwo Medycyny Rodzinnej, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz wydawnictwo *Termedia*, wydawca 24 czasopism me-dycznych.

Podobnie jak wcześniejsze edycje, III Kon-gres *Top Medical Trends* 2009 odbędzie się w Centrum Kongresowym Międzynarodowych Targów Poznańskich.

Więcej informacji o kongresie na stronie: [www.topmedicaltrends.pl](http://www.topmedicaltrends.pl)

### Biuro organizacyjne:

Termedia sp. z o.o.  
ul. Wenedów 9/1, 61–614 Poznań  
tel./faks +48616562200  
[szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl)  
[www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

# Małe dziecko, duży problem!

**Kacper ma 7 lat, młodzieniec podobny do Davida Beckhama liczy 12 wiosen, a Sandra jest 11 letnią wesołą dziewczynką – na pozór zwyczajne, zdrowe dzieci. Na pozór, bo gdyby porównać je z rówieśnikami okazałoby się, że są od swoich kolegów o około 30 cm niższe. W ich przypadku przyczyną niskiego wzrostu jest niedobór hormonu zwanego IGF-I (insulinopodobnego czynnika wzrostowego), który obok niedoboru hormonu wzrostu (GH) stanowi najczęstszą, hormonalną przyczynę niskorostkości. I tu dobra wiadomość: Kacper, mały „Beckham” i Sandra mogą dorównać wzrostem rówieśnikom!**

Przez wiele lat jedyną dostępną terapią było leczenie przy użyciu rhGH. Tyle, że dzieci z niedoborem IGF-I nie wykazują niedoboru GH, więc na takie leczenie nie reagują. Niezbędne jest w ich organizmie uzupełnienie niedoboru IGF-I, bez tego dziecko nie urośnie. Do niedawna nie było leku, który pozwoliłby uzupełnić niedobór tego czynnika. Dzieci, potem już dorośli, byli skazani na piekło egzystencji ze swą nieatrakcyjnością fizyczną i brakiem jakichkolwiek perspektyw na lepsze życie. – mówi profesor Tomasz Romer, endokrynolog, który wprowadził w Polsce nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia zaburzeń wzrostu, a w latach 80-tych leczył w USA pierwsze z Polski dziecko z niedoborem IGF-I – Szczęśliwie, w sierpniu 2007 roku, w Europie, został zarejestrowany preparat rekombinowanego ludzkiego czynnika IGF-I do stosowania w zdiagnozowanych przypadkach pierwotnego jego niedoboru u dzieci powyżej 2-go roku życia. Badania kliniczne potwierdziły skuteczność preparatu. Dzieci poddane terapii osiągnęły pożądany wzrost.”

Lek podaje się do końca okresu wzrastania, a leczenie, jak uważa prof. Romer „należałoby rozpocząć w wieku 2–4 lat, tak by dziecko idące do szkoły nie było rażąco niższe

od rówieśników”. Koszt miesięcznej terapii jednej osoby to około 8 tys. złotych, rocznej ok. 100 tys. Specjaliści szacują, że w Polsce dzieci wymagających leczenia rekombinowanym czynnikiem wzrostu może być około 200. Normalny wzrost całej dwusetki dzieci kosztowałby więc ponad 19 mln zł rocznie.

Dzieci, pomimo możliwości terapii, leczone jednak nie są – lek nie jest refundowany przez Ministerstwo Zdrowia, nie ma go w programach lekowych NFZ. „Preparat jest obecnie weryfikowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych w celu wydania rekomendacji. Jeżeli AOTM wyda pozytywną rekomendację dla finansowania leku ze środków publicznych, wówczas zostanie opracowany terapeutyczny program zdrowotny i lek będzie w takiej formie finansowany przez NFZ. – informuje Edyta Grabowska-Woźniak, rzeczniczka centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. Czas jednak płynie nieubłaganie – dla 11-letniej Sandry to już właściwie ostatni dzwonek, by rozpocząć terapię, ostatnia szansa na to, że przynajmniej dorówna wzrostem koleżankom. Ale kto zapłaci za jej leczenie? „Jeśli lekarz uzna, że podanie dziecku preparatu jest niezbędne, może go podać i wnieść do oddziału wojewódzkiego NFZ o rozliczenie go jako świadczenia za zgodą płatnika. – mówi Edyta Grabowska-Woźniak – Każda taka sprawa będzie rozpatrywana indywidualnie. Decyzję pozytywną lub negatywną wyda dyrektor OW NFZ.”

Jest jeszcze inny problem – by pomóc dzieciom z niskorostością, konieczne jest wczesne postawienie diagnozy, z czym bywa różnie. Zdarza się, i to często, że matka wcześniej niż pediatra zwraca uwagę na to, że jej dziecko nie rośnie. Nierzadko lekarz nawet nie wykonuje koniecznych, cyklicznych pomiarów wzrostu dziecka. Ten fakt potwierdzają badania przeprowadzone w lutym 2008 przez Pentor – aż 46 proc. badanych twierdzi, że lekarz w czasie wizyty dziecka w jego gabi-

necie, nie proponuje zmierzenia dziecka. „Wielokrotnie spotkałem się z tym, że dziecko, które do nas trafia nie ma w książeczce zdrowia wpisanego żadnego badania bilansowego. Nie możemy więc odtworzyć przebiegu jego dotychczasowego wzrastania – zwraca uwagę dr hab. n. med. Andrzej Kędzia, endokrynolog, biolog z II Katedry Pediatrii, Kliniki Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego w Poznaniu, który tematyką niedoboru wzrostu zajmuje się od 10 lat, to jest od momentu uzyskania możliwości leczenia substytucyjnego chorych z deficytem hormonu wzrostu – Tymczasem lekarz pediatra powinien kontrolować wzrost i wagę przy każdej wizycie dziecka, nawet jeśli przychodzi do niego z katarem. Pomiar wykreślać na siatkach centylowych i w momencie, kiedy zauważy, że wzrastanie jest zaburzone, kierować dziecko do poradni endokrynologicznej na dalszą diagnostykę. Najczęściej jednak zgłasza się do specjalisty w wieku 12–13 lat, kiedy na diagnostykę i leczenie jest już bardzo mało czasu.”

Pozostawieni sobie rodzice na ogół zaczynają szukać pomocy w momencie, gdy ich latorośl trafia do szkoły czy przedszkola i okazuje się, że wzrostem znacznie odbiega od kolegów. Tak też było w przypadku Kacpra, Sandry i „Beckhama”. Ich rodzice wielokrotnie wysłuchiwali zapewnień lekarzy pediatrów, a nawet endokrynologów: „spokojnie, z czasem dziecko urośnie, trzeba poczekać”. Na szczęście nie czekali – jedna z mam sama doprowadziła do wykonania u dziecka testu potwierdzającego niedobór IGF-I, wątpliwościami innej zainteresował się lekarz... laryngolog, sugerując dalszą diagnostykę. „Jeżeli u dziecka występuje podejrzenie deficytu czynnika IGF-I, pacjentów można przesyłać do ośrodka poznańskiego. – apeluje Andrzej Kędzia – Prowadzimy tu szeroką diagnostykę molekularną takich chorych, finansując ją ze środków uzyskiwanych w ramach badań naukowych.”

*Agnieszka Banach*

## Oferta szkoleniowa dla lekarzy stomatologów

zobowiązanych do wprowadzenia systemu zarządzania jakością i wdrożenia programu zapewniania jakości w gabinecie stomatologicznym wyposażonym w rentgen.

**Forma:** indywidualne konsultacje szkoleniowe, doradztwo.

**Zakres programu:** dostosowany do indywidualnych potrzeb uczestnika:

- **opracowywanie i wdrażanie systemu zarządzania jakością,**
- **porządkowanie i dostosowywanie księgi jakości i procedur do specyfiki gabinetu oraz zmian w przepisach prawa,**
- **wytyczne do opracowania programu zapewniania jakości.**

**Prowadzący:** mgr Małgorzata Kurto – edukator, praktyk w zarządzaniu jakością z uprawnieniami do prowadzenia auditów wewnętrznych zgodnie z wymaganiami normy ISO.

**Miejsce, termin i opłata:** ustala się indywidualnie z zainteresowanym.

**Kontakt:** 052 302 15 46; 501 705 786; e-mail: malgorzatakurto@wp.pl

18 października 2008r.

# Psychologiczno – pedagogiczne problemy dzieci i młodzieży przewlekle chorej...

...w rzeczywistości edukacyjnej polskiej szkoły” – to temat pierwszej, ogólnopolskiej konferencji dla nauczycieli, pedagogów i psychologów. Zorganizował ją Zespół Szkół nr 33 dla Dzieci i Młodzieży Przewlekle Chorej w Bydgoszczy.

Konferencja skierowana była do nauczycieli szkół szpitalnych i sanatoryjnych, a także prowadzących nauczanie indywidualne z dziećmi przewlekle chorymi, pracujących w klasach integracyjnych oraz do wszystkich nauczycieli szkolnictwa powszechnego. Wzięło w niej udział 135 osób z całej Polski, w tym nauczyciele z kilku szkół szpitalnych z Rzeszowa, Tarnowa, Szczecina, Osiecznej, Zaboru, Górzna, Kołobrzegu oraz Leszna.

Na konferencję zaprosiliśmy prelegentów, którzy w swych wystąpieniach skupili się na niezwykle ważnych tematach, dotyczących problemów dzieci z chorobami onkologicznymi i psychiatrycznymi. Byli to:

● dr n. med. Andrzej Kołtan z Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu, który swoim wystąpieniu „**Wpływ choroby przewlekłej na funkcjonowanie dziecka w środowisku szkolnym i pozaszkolnym**” wyjaśniał czym jest choroba nowotworowa, omówił rodzaje nowotworów najczęściej występujące u dzieci oraz objawy świadczące o prawdopodobnej chorobie nowotworowej. Pan doktor przedstawił stosowane metody leczenia nowotworów oraz powikłania występujące po leczeniu onkologicznym. Zwrócił także uwagę na bardzo duże znaczenie szkoły szpitalnej dla prawidłowego funkcjonowania dziecka przewlekle chorego oraz omówił zasady planowania nauki dla dzieci i młodzieży objętej długim leczeniem.

● dr hab. Józef Binnebesel prof. UMK z Katedry Pedagogiki Specjalnej UMK w Toruniu, przedstawił „**Rolę szkoły i edukacji w procesie terapii dziecka na oddziałach onkologicznych**”. Wskazał na sytuację dziecka przebywającego w szpitalu, na co młody pacjent objęty hospitalizacją zwraca szczególną uwagę, co mu się podoba, z kim najchętniej rozmawia i u kogo szuka wsparcia. Podał również powody (wynikające z przeprowadzonych badań), dla których dziecko nawiązuje pozytywny emocjonalnie kontakt z personelem i co ceni sobie najbardziej w kontaktach z personelem medycznym oraz nauczycielami pracującymi na oddziale. W trakcie tego wykładu poznaliśmy także czynniki utrudniające proces hospitalizacji

oraz kierunki działań pedagogicznych w pracy z dzieckiem hospitalizowanym z powodu choroby nowotworowej.

● dr Ewa Sokołowska z APS Instytutu Psychologii Stosowanej w Warszawie w swoim wystąpieniu „**Praca nauczyciela z dzieckiem przewlekle chorym**” mówiła o tym, jak być skutecznym i zadowolonym nauczycielem, jak skutecznie wspierać dziecko na przykładzie problematyki dzieci z ADHD. Pani doktor Sokołowska przedstawiła przykładowy trening umiejętności nauczycielskich i wskazała na reguły pracy wykorzystywane podczas lekcji, takie jak: planowanie i przewidywanie oraz motywowanie dziecka do pracy własnej.

● dr Robert Opora prof. GWSH, pracownik naukowy Uniwersytetu Gdańskiego uczestników konferencji zapoznał z tematyką „**Kształtowania pozytywnych postaw wobec nauki i szkoły u uczniów przejawiających zachowania problemowe**”. Mówił o roli środowiska otaczającego młodego człowieka, o strukturze odporności psychicznej, a także o roli szkoły w kształtowaniu pozytywnych postaw dzieci i młodzieży wobec procesu nauczania.

● dr Małgorzata Dąbkowska z Kliniki Psychiatrii CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu w swoim wystąpieniu „**Maska somatyczna zaburzeń psychicznych u dzieci**” omawiała występujące zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, objawy somatyczne, zespół kryteriów rozpoznawczych i objawy: fobii szkolnej, lęku separacyjnego, lęku napadowego, a także fobii społecznej, depresji, traumy, stresu i anoreksji.

● mgr Anna Tojza z Zespołu Szkół dla Dzieci i Młodzieży Przewlekle Chorej w Bydgoszczy przedstawiła bardzo ważny problem dotyczący „**Motywowania ucznia przewlekle chorego do nauki**”. Wskazała na nadrzędny cel pracy z dzieckiem chorym – cel terapeutyczny oraz omówiła zasady i metody stosowane w pracy terapeutycznej. Zwróciła również uwagę na konieczność poznania potrzeb i zainteresowań ucznia dotkniętego chorobą przewlekłą. Podczas wykładu omówiła także sposoby aktywizacji ucznia podczas nauki w szkole szpitalnej.

Wystąpienia dotyczyły wpływu choroby przewlekłej na funkcjonowanie dziecka w środowisku szkolnym i pozaszkolnym, roli szkoły i edukacji w procesie terapii oraz kształtowania pozytywnych postaw wobec nauki i szkoły u uczniów chorych.

Prelegenci szczególną uwagę zwrócili na pracę z dzieckiem chorym w czasie ostrego stanu choroby i leczenia, podczas pobytu w szpitalu, podczas rekonwalescencji, w ramach naucza-

nia indywidualnego i po powrocie uczniów do szkół macierzystych. Większość wykładów dostrzegła ogromną rolę pracy nauczyciela w szkolnictwie specjalnym, dlatego my nauczyciele widzimy potrzebę rozwoju w tym zakresie oraz zdobywania kompetencji i nowych umiejętności w pracy z dzieckiem mającym różne deficyty.

Konferencja pod względem merytorycznym i organizacyjnym została oceniona przez wszystkich uczestników bardzo wysoko, co jest dla nas, nauczycieli uczących w szkole szpitalnej, niezwykle cenną wskazówką do dalszej pracy oraz motywacją do podejmowania w przyszłości podobnych działań.

*mgr Alicja Stefanik  
mgr Piotr Libera*

*(nauczyciele Zespołu Szkół nr 33 dla Dzieci i Młodzieży Przewlekle Chorej w Bydgoszczy)*

To wielkie dla nas przedsięwzięcie patronatem honorowym objął Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego Piotr Ciałbecki. Spośród wielu zaproszonych gości swoją obecnością zaszczylicili nas: Ewa Dyrka z Departamentu Edukacji Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu, dr Edward Grądziel, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, dr Andrzej Kurylak, prof. UMK, zastępca kierownika Katedry Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii CM UMK w Bydgoszczy, Marlena Mania, przełożona pielęgniarek Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy oraz pracownicy medyczni (pielęgniarki, psycholodzy i terapeuci) z oddziałów, na których działalność edukacyjną prowadzi nasza szkoła.

**Zespół Szkół nr 33** – dla Dzieci i Młodzieży Przewlekle Chorej w Bydgoszczy (szkoła w szpitalach) edukacją, wychowaniem i opieką obejmuje dzieci i młodzież przebywającą na leczeniu na wszystkich oddziałach dziecięcych bydgoskich szpitali – Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego, Szpitala im. A. Jurasza, Szpitala im. J. Bizuela, Szpitala Wojskowego i Szpitala Zakładnego, a także dzieci niepełnosprawne objęte opieką Żłobka Specjalistycznego Rehabilitacyjno-Terapeutycznego.

Placówka prowadzi zajęcia dydaktyczne na poziomie przedszkola, szkoły podstawowej, gimnazjum i liceum ogólnokształcącego. Wszyscy pacjenci oddziałów dziecięcych mają też możliwość uczestniczenia w pozalekcyjnych zajęciach wychowawczych, w ramach których mogą rozwijać swoje zdolności i zainteresowania. Wszelkie podejmowane działania mają na celu odwrócenie uwagi od przykrych przeżyć związanych z pobytem w szpitalu oraz walki ze stresem wynikającym z konieczności poddawania się wielu zabiegom medycznym.

# Granica jawności rejestru praktyk lekarskich

W dniu 23 września 2008 r. BIL zwróciła się do Naczelnej Izby Lekarskiej z prośbą o wyjaśnienie pojęcia jawności i jej zakresu w odniesieniu do rejestru praktyk lekarskich i stomatologicznych zamieszczonego na stronach internetowych izby lekarskiej. Poniżej zamieszczamy pismo ORL BIL, odpowiedź NRL oraz decyzję ORL BIL w sprawie jawności rejestru praktyk lekarskich.

## Do NRL

**Pojęcie jawności i jej zakresu w odniesieniu do rejestru praktyk lekarskich i stomatologicznych zamieszczonego na stronach internetowych izb lekarskich.**

Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej określa w art. 66 ust. 1, że *rejestr działalności regulowanej jest jawny. Każdy ma prawo dostępu do zawartych w nim danych za pośrednictwem organu, który prowadzi rejestr.*

W związku z pojawiającymi się problemami odnośnie danych zgromadzonych na stronach internetowych izb lekarskich w postaci rejestru praktyk lekarskich i wykorzystywania ich przez komercyjne portale internetowe Bydgoska Izba Lekarska zwraca się o zajęcie stanowiska odnośnie wyjaśnienia pojęcia jawności i jej zakresu, a także wypracowania trybu postępowania w stosunku do podmiotów wykorzystujących bez zgody izb dane zgromadzone na ich stronach internetowych.

## Odpowiedź z NRL

W odpowiedzi na pismo z dnia 23 września 2008 r., znak: BIL-633108, dotyczące pojęcia jawności i jej zakresu w odniesieniu do rejestru praktyk lekarskich i dentystycznych zamieszczonych na stro-

nach internetowych izb lekarskich, uprzejmie informuję: rejestr indywidualnych praktyk lekarskich, rejestr indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich oraz rejestr grupowych praktyk lekarskich są rejestrami działalności regulowanej, o którym mowa w ustawie z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2007 r. Nr 155, poz. 1095, z poin. zm.).

Zgodnie z art. 66 ust. 1 tej ustawy, rejestr działalności regulowanej jest jawny oraz każdy ma prawo dostępu do zawartych w nim danych za pośrednictwem organu, który prowadzi rejestr.

Ustawa nie precyzuje na czym ta jawność polega. Z piśmiennictwa wynika jednak, że jawność rejestru działalności regulowanej nie powinna być mniejsza niż jawność ewidencji działalności gospodarczej, którą przewiduje art. 24 tej ustawy.

Jawność ta przejawia się w umożliwieniu **każdemu wglądu do danych zawartych w rejestrze**, bez konieczności podawania przyczyny, czy też wykazywania swego interesu (prawnego lub tylko faktycznego) w udostępnieniu mu określonej informacji zamieszczonej w tym rejestrze (zasada jawności formalnej). Do wglądu takiego są uprawnieni nie tylko inni przedsiębiorcy wpisani do tego rejestru, ale także wszyscy inni przedsiębiorcy, jak i podmioty, które nie wykonują żadnej działalności gospodarczej, ale wystąpiły o udostępnienie im danych z re-

*Dokończenie na str. 16*

## WZÓR

Załącznik do uchwały nr 99-04-IV NRL z dnia 17.12.2004 r.

## **WNIOSEK O WPISANIE DO EWIDENCJI ŚWIADCZENIODAWCÓW SEKTORA NIEPUBLICZNEGO PROWADZONEJ PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ LEKARSKĄ W ..... UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA OBSZARZE JEJ DZIAŁANIA**

lekarz       lekarz dentysta

Imiona .....

Nazwisko .....

Okręgowa Izba Lekarska w ..... nr rejestracyjny .....

Praktyka lekarska:

indywidualna praktyka lekarska

indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska w dziedzinie (dziedzinach)

indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania

indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania w dziedzinie (dziedzinach)

grupowa praktyka lekarska w dziedzinie (dziedzinach)

Dokończenie ze str. 15

jestru. Wynika to z faktu, iż zasada jawności jest jedną z podstawowych zasad podejmowania i prowadzenia działalności gospodarczej. Natomiast jakie dane są zawarte w rejestrze i w związku z zasadą jawności podlegają udostępnieniu określają przepisy ustaw szczególnych dotyczących działalności regulowanej, a więc w przypadku lekarzy i lekarzy dentyistów prowadzących praktykę lekarską są to dane określone w art. 50b ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857).

Należy podkreślić, że obowiązujące przepisy nie nakładają na organ prowadzący rejestr działalności regulowanej, w tym także na okręgowe izby lekarskie, obowiązku zapewnienia dostępu do danych zgromadzonych w rejestrze ze stron internetowych. Przepisy mówią wręcz, że **prawo dostępu do danych zawartych w rejestrze następuje za pośrednictwem organu, który prowadzi rejestr** (art. 66 ust. 1 zd. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej). W piśmiennictwie w odniesieniu do danych osobowych, które są zawarte w tych rejestrach, wskazują się wręcz, że możliwość ujawnienia danych osobowych zawartych w rejestrach nie oznacza, że dane te mogą być rozpowszechniane przez organ prowadzący rejestr w inny sposób niż na konkretne żądanie osoby trzeciej, a ponadto, że dane te podlegają ochronie na zasadach ogólnych, tj. przewidzianych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z poin. zm.).

Należy także zauważyć, że większość okręgowych izb lekarskich nie proponuje takiego dostępu. Natomiast Naczelna Izba Lekarska w ogóle nie prowadzi rejestrów praktyk, gdyż sprawa ta należy do wyłącznej kompetencji okręgowych izb lekarskich.

*Konstanty Radziwiłł*

## Decyzja ORL BIL

**W nawiązaniu do stanowiska wyrażonego przez NRL, ORL BIL podjęła decyzję o zaprzestaniu prezentowania w dotychczasowej formie na stronie internetowej BIL informacji dotyczących praktyk lekarskich i dentyistycznych od dnia 1.02.2009 r.**

**Lekarze, którzy chcą, aby informacje dotyczące prowadzonych przez nich praktyk lekarskich pozostały nadal na stronie internetowej są proszeni o wypełnienie i doręczenie do 31.01.2008 r. na adres BIL stosownego oświadczenia według poniższego wzoru określonego w załączniku do uchwały nr 99-04-IV NRL z 17.12.2004 r. w sprawie internetowej ewidencji świadczeniodawców sektora niepublicznego.**

**Jednocześnie Okręgowa Rada Lekarska BIL uprzejmie informuje, że od 1.02.2009 r. umieszczenie informacji o prowadzonej praktyce na stronie internetowej BIL będzie następować sukcesywnie na życzenie lekarza po złożeniu poniższego oświadczenia.**

Nr wpisu do rejestru indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych, grupowych, praktyk lekarskich .....

..... Okręgowej Izby Lekarskiej w .....

Adres praktyki (siedziby praktyki w miejscu wezwania):

Kod ..... miejscowość ..... ul. ....

tel. ....

Adres strony www .....

Dni i godziny przyjęć .....

Forma rejestracji pacjentów .....

Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych .....

Oświadczam, że zostałam (zostałem) poinformowany o treści art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133, poz. 883 z późn. zm.) oraz wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w celu przekazywania informacji o udzielanych przeze mnie świadczeniach zdrowotnych przez okręgową radę lekarską w ..... i Naczelną Radę Lekarską.

.....  
data

.....  
podpis

.....  
data  
dentyisty

.....  
podpis  
lekarza/lekarza



# Media, medycyna i sztuka



Wystawę zdjęć Marka Chełminiaka, znanego bydgoskiego fotografa, także współpracownika Primum non nocere, poświęconą „Skarbom Pomorza i Kujaw (taki tytuł nosi też ostatni jego album), – otwarto 14 listopada w galerii, „Promocja” w Zakładzie Profilaktyki i Promocji Zdrowia bydgoskiego Centrum Onkologii. Marek Chełminiak wcześniej „promował” region m.in. w albumach: „Bydgoszcz piękna i romantyczna” oraz „Chełmno zabytkami malowane”. „Zwiedziłem cały

świat, ale cały czas zachwycam się tym co mamy na miejscu” – tłumaczył swoje zainteresowanie Pomorzem i Kujawami, autor zdjęć.

Na temat roli mediów w walce z rakiem, m.in. o tym jak skutecznie namawiać do uczestnictwa w ciągle niedocenianych badaniach profilaktycznych, rozmawiano na konferencji, która poprzedziła wernisaż. Tadeusz Zwiefka, Eurodeputowany do Parlamentu Europejskiego,

wcześniej dziennikarz, „punktował” błędy swoich kolegów zajmujących się zdrowiem: brak cykliczności w podejmowanych tematach; sezonowe poruszanie niektórych kwestii; nieodpowiedni język – ten używany w materiałach dziennikarskich częściej straszy, blokuje, odpycha, zamiast otwierać czytelnika, czy słuchacza; inne błędy to niewiedza autora tekstu; szukanie sensacji zamiast merytorycznego podejścia do sprawy.

Same media jednak problemu małej frekwencji Polaków na badaniach profilaktycznych nie rozwiążą. Uczestnicy konferencji zwracali uwagę na konieczność wprowadzenia „sankcji”, stosowanych już w innych państwach: „W krajach skandynawskich, jeżeli dwa razy nie skorzysta się z zaproszenia na badania, to w przypadku zachorowania, za leczenie płaci się z własnej kieszeni” – mówił dr n. med. Tomasz Mierzwa, kierownik Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia. Być może Polki także będą musiały niedługo obowiązkowo poddawać się badaniom cytologicznym i mammograficznym. Minister Zdrowia Ewa Kopacz zapowiedziała bowiem, że we właśnie nowelizowanym Kodeksie Pracy, ma znaleźć się zapis wprowadzający do badań wstępnych i okresowych, obowiązek ich wykonywania. Koszt cytologii i mammografii ma pokrywać Ministerstwo Zdrowia albo NFZ. (a.b.)



## OFERTA WSPÓŁPRACY W ZAKRESIE UBEZPIECZEŃ OC DLA LEKARZY

### Szanowni Państwo,

Energo-Inwest-Broker SA ma przyjemność przedstawić Państwu propozycję nawiązania współpracy, której celem będzie zawarcie i obsługa ubezpieczenia Państwa odpowiedzialności cywilnej zawodowej. Wszelkie materiały związane z zawarciem ubezpieczeń dostępne są na stronie internetowej <http://medyk.eib.com.pl> W przypadku dodatkowych pytań lub jakichkolwiek niejasności dotyczących proponowanych ubezpieczeń lub sposobu wypełnienia wniosku prosimy o kontakt telefoniczny z panem Markiem Ostrowskim pod numerem 697 030 425 lub e-mail pod adresem [medyk@eib.com.pl](mailto:medyk@eib.com.pl).

Serdecznie zapraszam do współpracy

Prezes Zarządu  
Rafał Kaszubowski

### Przykładowe składki za okres 12 miesięcy:

- 1. Ginekolog** OC obowiązkowe przyjmującego zamówienie (niezależnie od ilości kontraktów) plus ubezpieczenie nadwyżkowe na 250 000 Euro **998,00 zł.**
- 2. Anestezjolog** zakres i sumy gwarancyjne jw. **998,00 zł.**
- 3. Stomatolog** zakres i sumy gwarancyjne jw. **606,00 zł.**
- 4. Pediatra** zakres i sumy gwarancyjne jw. **344,00 zł.**

Istnieje możliwość zawarcia ubezpieczenia z sumą gwarancyjną 500 000 i 1 mln Euro przy ubezpieczeniu dobrowolnym stanowiącym nadwyżkę nad ubezpieczenia obowiązkowe.

Wszystkie ubezpieczenia zawierane będą w PZU SA, za pośrednictwem Energo-Inwest-Broker SA, działającym w imieniu i na rzecz ubezpieczającego.



Wszyscy chcą zrozumieć malarstwo;  
dlaczego nie próbują zrozumieć  
śpiewu ptaków.

Pablo Picasso

## Moja przygoda z farbą i pędzlem

Tadeusz Widerkiewicz



Jako małe, kilkuletnie dziecko, lubiłem bawić się pod wielkim stołem stojącym na środku dużego pokoju, w którym przebywali rodzice i (starsze ode mnie) siostry. Mogłem tam, siedząc lub kłęcząc, budować na podłodze domki z drewnianych klocków. Jednak po pewnym czasie, coraz to częściej, uderzałem głową w spód stołu i, któregoś dnia, po kilku takich bombniących, rozpląkałem się – nie z powodu bólu, lecz z poczucia krzywdy, że spotyka mnie taka niezasłużona przykrość. Wówczas ojciec wziął mnie na kolana, powiedział, że jestem już za duży na zabawy pod stołem i na kartce papieru narysował ołówkiem konika. Konik był jak żywy. I tak to się zaczęło... Od tej pory, tata musiał często rysować zwierzątka, domki, ludzi, samochody, pociągi, samoloty, okręty itd. Usiłowałem go naśladować. Najważniejszymi zabawkami stały się papier, ołówki, kredki i farbki wodne. Mieszkaliśmy wówczas na wsi. Dom był duży, z dwóch stron otoczony ogrodem pełnym starych drzew, krzewów, trawników i kwiatów. Latem 1935 r. przyjechała na jeden dzień kuzynka Danusia. Mieliśmy po 6 lat. Wdzieliśmy się po raz pierwszy, ale bardzo przypadliśmy sobie do serca. Siedliśmy pod starą jabłonią i na arkuszach tektury czy dytki malowaliśmy przedziwne, wielokolorowe obrazy – farbami pozostałymi po remoncie, znalezionej gdzieś na strychu. Po tej zabawie rodzice nie mogli nas poznać. Skończyło się wielkim myciem i praniem. Na szczęście farby były rozpuszczalne w wodzie.

W sierpniu 1939r., w czasie wakacji spędzanych w rodzinnej wsi (już jako uczeń IV klasy szkoły powszechnej w Miejskim Gimnazjum i Liceum im. M. Kopernika w Bydgoszczy) często kąpałem się z kolegami w pobliskim jeziorze. Pewnego dnia na brzegu zjawił się starszy pan z wielkim blokiem ryśunkowym na kolanach. Malował z natury stare drzewa pochylone nad taflą wody. Obraz był piękny. Zafascynowany usiadłem obok na trawie i po chwili zaczęliśmy rozmawiać. Dowiedziałem się, że jest krewnym naszego sąsiada, przyjechał tu, aby wypocząć. Przez kilka, a może kilkanaście następných, dni towarzyszyłem mu obserwując i podziwiając. Gdy odjeżdżał, przy pożegnaniu sprezentował mi jedną ze swych akwareli, z dedykacją. W kilka dni później wybuchła wojna. Akwarela przepadła. Nie pamiętam jego nazwiska, ale to on znów dotknął mojej czułej struny.

W październiku 1940 r. zostaliśmy wysiedleni do t.z. Generalnego Gubernatorstwa, a konkretnie do Limanowej, niewielkiego miasteczka położonego wśród malowniczych gór Beskidu Wyspowego. Przypadek zrządził, że od pierwszego dnia, aż do połowy sierpnia 1945 r. mieszkaliśmy w domu miejscowego artysty–malarza Maksymiliana Brożka, ucznia wielkiego Jacka Malczewskiego. Pod jego kierunkiem zacząłem malować farbami olejnymi. Początkowo musiałem je sam ucierać z kupowanych za grosze barwników, gdyż farby w tubkach były trudno osiągalne i bardzo drogie. Nie była to systematyczna nauka, lecz ra-

czej zabawa – podpatrywanie jak to się robi i próby własnych możliwości w plenerze. Motywów nie brakowało, gdyż dom znajdował się poza miastem, otoczony łąkami i łąkami zbóż, na stoku wzgórze, z którego wkoło rozciągały się piękne widoki, zawsze z łańcuchem górskim w tle. W odległości kilkudziesięciu metrów, płynął kamienisty potok z urwistymi brzegami i parowami, otoczony starymi topolami, bukami i krzewami leszczyny. Z balkonu pracowni często podziwialiśmy wspaniałe zachody słońca. Wszystko to kusilo do malowania. W tym czasie malowałem sporo, zwłaszcza w czasie letnich wakacji. Sytuacja zmieniła się w połowie 1943 r., gdy po ukończeniu VII klasy szkoły powszechnej, mając już 14 lat zostałem skierowany do pracy w miejscowej rafinerii, jako uczeń w zawodzie tokarza. Praca rozpoczynała się o 6.00 a kończyła o 17.00, również w soboty. Malowanie zeszło wówczas na dalszy plan i tak już zostało, aż do emerytury – liczyła się nauka, praca zawodowa, rodzina, budowa domu, działka itp. Obecnie znów coraz częściej sięgam po pędzel i paletę. Muszę przyznać, że impulsem stała się ekspozycja moich prac w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej (czerwiec – październik 2003r.) i pozytywna ocena Kolegów lekarzy – przynajmniej tych, z którymi miałem okazję rozmawiać na ten temat. Nigdy przedtem nie wystawiałem ich na widok publiczny, malowałem dla siebie, dla najbliższej rodziny i przyjaciół. Maluję, gdy czuję taką potrzebę i mam zapewniowane niezbędne warunki. Czas płynie wówczas znacznie szybciej. Rzadko jestem zadowolony z ostatecznego rezultatu i zdaję sobie sprawę z niedoskonałości mego amatorskiego warsztatu.

Malarstwo nie jest moim jedynym hobby. Równorzędnym jest fotografia, która jest równocześnie sztuką i dokumentacją. Nie będę szerzej rozwijał tego tematu, powiem tylko, że zacząłem w 1943 r., gdy za pierwsze zarobione pieniądze kupiłem w Nowym Sączu aparat kliszowy 4,5 cm × 6,0 cm i zbudowałem powiększalnik. W czasie studiów sam skonstruowałem aparat stereoskopowy (do zdjęć trójwymiarowych) i nauczyłem się oglądania tych zdjęć bez potrzeby używania specjalnych okularów. W domu mam wiele tysięcy zdjęć i slajdów. Stanowią one doskonałą dokumentację i wspomagają pamięć. Z każdej zagranicznej wycieczki przywożę od 600 do 800 zdjęć. Albumy z fotografiami zajmują zbyt dużo miejsca a część zdjęć wymaga jeszcze posegregowania. Na szczęście, z pomocą przyszła ostatnio nowoczesna technika: fotografia cyfrowa. Teraz zdjęcia przechowuję w komputerze lub na CD-R... Oglądając je można na monitorze komputera lub telewizora. W komputerze można też zdjęcia poprawiać, kadrować, powiększać, tworzyć zdjęcia panoramiczne, a nawet trójwymiarowe. Nawet stare, czarno-białe i wyblakłe fotografie nabierają nowego blasku. To fascynujące.

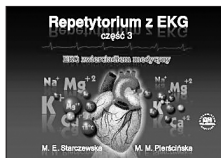
Od red.: Tekst pochodzi z książki „10 lat Bydgosko-Piłskiej Izby Lekarskiej”.

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



**Chory po zawale serca**  
 ISBN13: 9788375550528  
 wydawca: Via Medica  
 Wydawnictwo Medyczne  
 rok wydania: 2008  
 format: 164x238  
 200 stron  
 oprawa miękka

Ze względu na duże rozpowszechnienie choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią w Polsce ważny problem, który trzeba rozpatrywać nie tylko w wymiarze często medycznym, ale także społecznym i ekonomicznym. Schorzenia, których morfologicznym podłożem jest miażdżyca – choroba wieńcowa i jej skutki głównie w postaci zawału serca, są jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji oraz czasowej lub trwałej niezdolności do pracy. Nowoczesne, inwazyjne leczenie pacjentów przyczyniło się do znacznego zmniejszenia śmiertelności w ostrej fazie zawału, a tym samym zwiększenia się z roku na rok populacji chorych po zawale serca. Autorzy niniejszej książki mają nadzieję, że przyczyni się ona do poprawy jakości leczenia wielu tysięcy chorych po zawale serca w Polsce.



**Repetytorium z EKG część 3.**  
**EKG zwierciadłem medycyny**

ISBN13: 9788375550726  
 wydawca: Via Medica Wydawnictwo Medyczne  
 rok wydania: 2008  
 oprawa miękka  
 240 stron, 290x205 mm  
 Cena Ikamed: 61,20 zł

W trzeciej części Repetytorium z EKG zamieszczono badania pacjentów z chorobą niedokrwinną serca, zaburzeniami endokrynologicznymi, zatorowością płucną, patologiami układu oddechowego, wadami serca, patologiami osierdzia i zaburzeniami elektrolitowymi. Doskonała jest interaktywna forma podręcznika, będącego dialogiem Auterek z Czytelnikiem. Taki sposób prezentowania wiedzy mobilizuje Czytelnika do myślenia i umożliwia samoocенę wiadomości. Repetytorium zawiera szereg praktycznych wskazówek przydatnych nie tylko dla lekarzy przygotowujących się do egzaminu z kardiologii, ale także dla praktyków w ich codziennej pracy.

## Mój jest ten kawałek podłogi!...

*Na całej połaci śnieg.  
 W przeróżnej postaci śnieg.  
 Na siostry i braci  
 Zimowy plakacik  
 Śnieg, śnieg...*

Jeremi Przybora



## Szanowne Koleżanki i Koledzy!

*Tak się złożyło, że pisząc te słowa „zamykam” jakby rok cytatów Jeremiego Przybory. Ten to Starszy Pan przez cały rok inspirował mnie ciepłem swojej poezji. Myślałem, że tylko ludzie tacy jak ja, pamiętający czasy radiowego Teatryku Eterek, czy telewizyjnego Kabaretu Starszych Panów, potrafią zainspirować się twórczością poety. Nic bardziej mylącego! Na dowód tej tezy przytaczam znaną w sieci parafrazę cytowanego wiersza, autorstwa bliżej mi nieznanego Alme:*

*„Na całej połaci śnieg...  
 Na dwóch słynnych braci śnieg...  
 Na Sejm i na Senat  
 Na Alme poemat  
 Śnieg...”*

*Tfu! „Apage satanas”! Przecież obiecywałem już nigdy nie zajmować się polityką w swoich listach. No, ale jak sami widzicie, Miłe Panie i Panowie, czasami warto by było, aby nam śnieg popadał, popadał i popadał. Śnieg przecież ma właściwości czyszczące!*

*Pozwolę sobie w tym miejscu zmienić temat i cofnąć się do wspomnień.*

*Nie tak dawno, w gronie przeszło trzydziestoosobowym koleżanek i kolegów z rocznika maturalnego, miałem przyjemność świętowania naszych wspólnych urodzin. A że były to urodziny już zaawansowane w czasie, pozwoliłem sobie zebrany odczytać wiersz K.I.Gałczyńskiego zatytułowany „Hymn starców”.*

*Oczywiście adresatami byli tylko Panowie, bo jak wszem wiadomo – Paniom czas płata figle i zatrzymując się w pewnym miejscu, nijak nie chce się dalej posuwać! Wiersz był nieco żartobliwy, tak jak to bywa u tego poety. Po jego odczytaniu, jeden z Kolegów (czyta te słowa, bo też z branży) przemawia do mnie tymi słowami „Andrzej, ale Gałczyński to także poeta liryczny!”*

*Ma rację! Dlatego też kończę ten list fragmentem wiersza, który niech będzie moimi życzeniami świątecznymi dla Was, Miłe Panie i Szanowni Panowie!*

*„Naszym żonom daj oczy szafirowe,  
 niech mają srebrne palce i suknie hiacyntowe.  
 Naszym dzieciom pokarmy pożywne,  
 żeby rosły i były proste, a nie dziwne.  
 O kominie także nie zapomnij, Panie:  
 Niech jada swą brzezinę na drugie śniadanie.  
 o kota naszego zatroskaj się ładnie:  
 żeby mu ciepło było, kiedy śnieg upadnie.  
 Wróć zdrowie obłąkanym, kraj wybaw od wojny,  
 daj chwilę odpocznienia wszystkim niespokojnym.”*

*A. Martynowski*

## PRACA

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



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



Ośrodek Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Uzależnień w Inowrocławiu poszukuje **felczerów** lub **lekarzy** po stażu do pracy w Izbie Wytrzeźwień. Praca na dyżurach w godzinach popołudniowych i nocnych. Kontakt: profilaktyka@inowroclaw.info.pl lub tel. 052 357 97 00.



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.



Gminna Przychodnia w Dąbrowie Chełmińskiej ul. Bydgoska 38 przyjmie do pracy w przychodni w Ostromecku **lekarza rodzinnego**, w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej, ogólnej lub lekarza z 5-

## DORADCA PODATKOWY

*mgr inż. Sławomir J. Rogalski*



nr wpisu – 05537

Siedziba: ul. E. Kwiatkowskiego 2 Bydgoszcz  
tel. (052) 344 36 34 (Fordon, obok Lidla)  
Filia: ul. Szubińska 13 Bydgoszcz  
tel. (052) 37 307 87 (między Piękną a Castoramą)  
Telefon kom. 0602 386 581  
e-mail: rogalski@box.net.pl

- PROWADZENIE ROZLICZEŃ PODATKOWYCH KONTRAKTÓW LEKARSKICH
- ROZLICZENIA Z ZUS-em
- ROZLICZENIA ROCZNE
- DORADZTWO PODATKOWE

„Dwie rzeczy są w życiu pewne  
– śmierć i podatki”

Benjamin Franklin

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

KSLP  
zaprasza

Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich – oddział w Bydgoszczy zaprasza kolegów – lekarzy **4 stycznia 2009 roku na godz. 15.00** na Mszę do kościoła Św. Trójcy, a następnie na spotkanie opłatkowe.

letnim stażem w POZ. Adres: przychodnia@neostrada.pl, tel. 052 381 60 34, 500 14 25 50



Gabinet stomatologiczny nawiąże współpracę z **dentystą**. Prosimy o kontakt: 052 382 42 24, 698 343 015.



Zatrudnimy lekarza ze specjalnością **internisty** lub **lekarza rodzinnego**. Kontakt: Przychodnia „Przyjazna”, ul. Przyjazna 13, Bydgoszcz, tel. 52 360 34 56, e-mail: administracja@przyjazna.net



NZOZ P.R. „Leśna” w Bydgoszczy zatrudni **lekarza – specjalistę medycyny ogólnej** lub **rodzinnej** poz. Kontakt: tel. 052 341 54 22.



Specjalistyczny Szpital św. Jana w Starogardzie Gdańskim zatrudni **lekarza laryngologa** oraz **lekarzy ginekologów**. Warunki pracy i płacy do negocjacji. Zainteresowanych prosimy o kontakt osobisty, pisemny lub telefoniczny pod nr 058 562 30 31 w. 1104, 058 563 38 54 lub e-mail: kadry@szpital.pestar.com.pl

## WYNAJMĘ

Gabinety lekarskie – Centrum. Tel. 692 160 776.



Gabinety lekarskie w centrum Bydgoszczy.

E-mail: biurosrodmiescie@scs.com.pl, tel/fax: 052 322 88 56.

## SPRZEDAM

Wyposażenie gabinetu stomatologicznego – tanio. Tel. 509 162 504.

Zapraszamy  
na spotkanie  
noworoczne  
lekarzy seniorów

10 stycznia 2009 roku o godz. 11.00 w stołówce Collegium Medicum w Bydgoszczy, ul. Jagiellońska 13.

Zaproszenia  
dla Czytelników do Teatru!

- **21.12 – Merylin Mongoł**, godz. 17.00 i 20.00 – dwa podwójne na każde przedstawienie;
- **28.12 – We are the champions – piosenki sportowe**, godz. 19.00 – 4x2;
- **1.01 – We are the champions – piosenki sportowe**, godz. 19.00 – 3x2;

Czekamy na telefony **18 grudnia**  
od godziny **9 do 11**  
– Ewa Langner **052 346 00 84**.

Repertuar  
grudzień 2008

- **19.12** Nikołaj Kolada **Merylin Mongoł** Mała Scena TPB, 19:00
- **20.12** Janusz Korczak/Robert Bolesto **Kajtuś Czarodziej** Duża Scena TPB, 15:00
- Nikołaj Kolada **Merylin Mongoł** Mała Scena TPB, 17:00
- Nikołaj Kolada **Merylin Mongoł** Duża Scena TPB, 20:00
- **21.12** Janusz Korczak/Robert Bolesto **Kajtuś Czarodziej** Duża Scena TPB, 11:00, 15:00
- Nikołaj Kolada **Merylin Mongoł** Mała Scena TPB, 17:00, 20:00
- **28.12** **We are the champions – piosenki sportowe**, Duża Scena TPB, 19:00
- **30.12** **We are the champions – piosenki sportowe**, Duża Scena TPB, 19:00
- **31.12** **We are the champions – piosenki sportowe**, Duża Scena TPB, SYLWESTER, 18.30, 21.00

*Repertuar może ulec zmianie*