

Uwaga!

Obrady Okręgowego Zjazdu Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej odbędą się **28 marca 2009 r.** w salach konferencyjnych stadionu „Zawisza”. Początek obrad o godz. 9.00.

W NUMERZE

INFORMUJEMY.....	2, 15
KSIAŻKA MIECZYŚLAWA BOGUSZYŃSKIEGO O HISTORIĘ BYDGOSKIEJ MEDYCYNY	3
POSTĘPY W LECZENIU I DIAGNOSTYCE	
Nowa metoda leczenia w Centrum Onkologii	4
Wirtualna kolonoskopia	5
Cyfrowy rentgen w Juraszu.....	6
Chirurgia bariatryczna w Bydgoszczy	7
Przez nią najpierw przechodzą promienie światła.....	8
OKULISTYKA W BIZIELU	9
W NAUCE	
Samobójcze komórki.....	10
TAK MYŚLĘ	
Dura lex in Internet	12
Z CM UMK	13
SPOTKANIA.....	14
WSPOMNIENIE O...	
doktor Jadwidze Przyrowskiej.....	16
doktorze Bogdanie Geislerze	16
doktorze Rajmundzie Karczewskim	17
Z KSIĘGARNI I TEATRU	18, 19
FELIETON	19
W PIGUŁCE	20

Oktładka: „Medyczna noc” na zdjęciach Wojciecha Romanowskiego, Edwarda Grądziała i Michała Ławnickiego.

Szanowne Koleżanki i Koledzy



W aktualnym numerze poruszymy wiele różnorodnych tematów dotyczących naszego regionu – zarówno w zakresie nowych metod leczenia, informacji o pracy oddziałów, jak i wspomnień o naszych kolegach.

W pracy samorządu lekarskiego Bydgoskiej Izby Lekarskiej najważniejszym tematem jest kolejny Zjazd sprawozdawczo-budżetowy. W dniu 28 marca 2009 delegaci będą obradować i zatwierdzać budżet na ostatni rok trwającej kadencji. Zachęcam do spotkań z nimi i przekazywania uwag, problemów, czy propozycji dla naszej wspólnej, dalszej pracy.

Przed nami wybory delegatów na kolejną kadencję pracy samorządu lekarskiego. W ostatnim numerze przedstawiliśmy Państwu regiony wyborcze i ich skład osobowy, proszę zapoznać się i sprawdzić, czy jesteście na listach wyborczych. Tylko od nas samych zależy, czy będziemy mieli wpływ na pracę samorządu lekarskiego, czy będziemy stali z boku i krytykowali pracę innych, czy włączymy się aktywnie w działania na rzecz naszych kolegów i nas samych.

I jeszcze jedna, bardzo miła informacja – Pan Doktor Mieczysław Boguszyński sfinalizował swoją wieloletnią pracę i przy finansowej pomocy Bydgoskiej Izby Lekarskiej wydał wspaniałą, bardzo szczegółowo opisującą historię medycyny i równocześnie historię Bydgoszczy, książkę – „Od warsztatu balwierskiego do szpitala klinicznego”. Gorąco polecam lekturę tej niezmiernie wartościowej książki, gdzie znajdziecie Państwo nie tylko wspaniałe fotografie i szczegółowe opisy ważnych wydarzeń, ale również sylwetki znanych lekarzy, którzy kształtowali i nadal biorą udział w tworzeniu naszej bydgoskiej medycyny.

Radostawa Staszak-Kowalska
Przewodnicząca BIL

Prosimy  1%

Koleżanko i Kolego Lekarzu!!!

W rocznym zeznaniu podatkowym możesz odliczyć od należnego podatku 1% i przekazać go na rzecz Fundacji DOMU LEKARZA SENIORA, która jest organizacją pożytku publicznego. Prosimy wpisać w pozycji darowizna: **Fundacja Domu Lekarza Seniora. Bydgoszcz, ul. Powst. Warszawy 11. KRS 0000223048** – kwotę przelewu. Resztę zrobi za Ciebie Urząd Skarbowy. Dziękujemy za już przekazane kwoty na stworzenie Domu Lekarza Seniora!

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

RADA PROGRAMOWA: Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczęśny; wiceprzewodniczący: dr n. med. Witold Hryncewicz; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiewicz, red.: mgr Agnieszka Banach, red. nac.: mgr Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław 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 Szczęśny, tel. 0602 395 654; redaktor naczelny: Teodora Bogdańska tel. 052 346 07 85, 0696 016 262; redaktor: Agnieszka Banach agnieszka.banach@hipokrates.org

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

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

A wybory coraz bliżej...

W lutowym numerze „Primum non nocere” zamieszczone zostały imienne listy lekarzy, członków Bydgoskiej Izby Lekarskiej, uprawnionych do udziału w wiosennych zebraniach wyborczych w poszczególnych rejonach. Tam też ukazała się informacja o wstępnym ich charakterze i o możliwości przeniesienia się do innego (dowolnego) rejonu wyborczego w ciągu miesiąca lutego, wraz ze wzorem wniosku w tej sprawie.

Ponieważ do części z nas biuletyn dotarł dopiero około 10 lutego (a wysłano go 3 lutego), aby dać wszystkim Szanownym Koleżankom i Szanownym Kolegom możliwość skorzystania z osobistego wyboru rejonu wyborczego, **biuro BIL do 18 marca będzie przyjmować wnioski o zmianę rejonu wyborczego.**

Ponownie apeluję o zapoznanie się z listami, odszukanie na nich swojego na-

zwiska i może również osób współpracujących oraz zaprzyjaźnionych lekarzy. Nasza niefrasobliwość i niechęć do zgłaszania zmiany miejsca wykonywania zawodu, choć z mocy prawa obowiązkowe, powoduje, że w ewidencji BIL jest prawdopodobnie wiele nieścisłości. Szczególnie serdecznie proszę lekarzy zajmujących stanowiska dyrektorów (kierowników) zakładów opieki zdrowotnej lub ich zastępców, aby zechcieli porównać nazwiska znajdujące się na listach rejonów wyborczych z wykazem lekarzy wykonujących zawód w ich placówce.

Wszystkie zauważone nieprawidłowości można zgłaszać do Biura BIL w dowolny sposób, ale zamiar zmiany rejonu wyborczego wyłącznie na wniosku zamieszczonym poniżej, nie zapominając o jego podpisaniu.

Po konsultacji z działaczami samorządowymi i dyrektorami zakładów opieki zdrowotnej ustalone zostaną miejsca i terminy zebrań, chociaż już dzisiaj wiadomo, że Okręgowa Komisja Wyborcza (OKW) proponuje ich zwołanie w maju i czerwcu, przede wszystkim w szpitalach (bydgoskich i terenowych) lub w siedzibie naszej Izby.

Wszystkie informacje będą na bieżąco publikowane na stronie internetowej BIL, terminarz wyborczy także w „Primum non nocere”, niezależnie od indywidualnego powiadomienia każdego lekarza o miejscu, godzinie i dacie zebrania wyborczego.

W imieniu OKW jeszcze raz apeluję do Szanownych Koleżanek i Kolegów o poważne potraktowanie swoich samorządowych praw i obowiązków.

Maciej Borowiecki
Przewodniczący OKW BIL

Wzór wniosku członka okręgowej izby lekarskiej

WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU NA LISTĘ CZŁONKÓW REJONU WYBORCZEGO BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

imię nazwisko

☐ LEKARZ ☐ LEKARZ DENTYSTA

numer prawa wykonywania zawodu

numer i nazwa rejonu, na listę którego wpisany jest lekarz

Oświadczam, że zamierzam uczestniczyć w wyborach delegatów na okręgowy zjazd lekarzy kadencji w rejonie wyborczym nr, nazwa i proszę o wpisanie mnie na listę członków tego rejonu wyborczego.

.....
data, podpis

NFZ przypomina i ostrzega!

Dotyczy nieprawidłowości pojawiających się przy pobieraniu recept z Systemu Numerowania Recept Lekarskich (SNRL) i prowadzeniu dystrybucji pobranych recept przez podmioty uprawnione.

W nawiązaniu do zapisu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. 07 Nr 97 poz. 646 ze zm.): „Fundusz na wniosek upoważnionego podmiotu przydziela mu zakresy liczb służące jako unikalne numery identyfikujące recepty. Numery, o których mowa mogą być wykorzystywane tylko raz”, Wydział Gospodarki Lekami Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ informuje, że w wyniku prowadzonych analiz raportów statystycznych z aptek, stwierdza nieprawidłowości wynikające z braku dostatecznego nad-

zoru ze strony świadczeniodawców nad pobranym zakresem numerów recept oraz dystrybucją już wydrukowanych recept, polegającą na wielokrotnym wystawianiu recept lekarskich z tymi samymi numerami (tzw. recepty zdublowane).

W związku z nieprzestrzeganiem przez świadczeniodawców obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa, oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nie- należnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept.

Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ prosi o dołożenie szczególnej staranności przy pobieraniu zakresów numerów recept z Systemu Numerowania Recept Lekarskich oraz prowadzenia dystrybucji recept na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych, by nie dopuścić do wprowadzenia do obiegu „zdublowanych” recept.

lek. med. Małgorzata Szablewska-Świtłyk
Naczelnik Wydziału Gospodarki Lekami
Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ

Książka Mieczysława Boguszyńskiego o historii bydgoskiej medycyny „Od warsztatu balwierskiego do szpitala klinicznego” w regionalnej prasie

GAZETA pomorska
5 lutego 2009 r.

Dzieje bydgoskiego leczenia autorstwa dr. Mieczysława Boguszyńskiego Pięć medycznych wieków

Zielarki, wędrowni olejkarze, znachorzy i szarlatani. Ci ostatni wmawiali, że konwalia wskrzesza konających, a rozmaryn człowieka cudowniejszym czyni. W średniowiecznym bydgoszczanie też ciężko chorowali, zaś o dobrym lekarzu mogli pomarzyć.

Rodzimy się, umieramy. I chorujemy. Lżej, poważnie, śmiertelnie. Tak było, jest i będzie. Nic na to nie poradzimy.

Nasi przodkowie również cierpieli na różne dolegliwości. Kto był majętny, mógł sobie pozwolić

na dobrego doktora. Biednym pozostawała domowa apteczka. Lżej się na duszy robi, gdy skonstatujemy, że żyjemy tu i teraz. Ze mamy dwa szpitale uniwersyteckie, najlepsze w kraju Centrum Onkologii i Collegium Medicum UMK (Kopernik też był lekarzem). I znakomitych specjalistów od chorób wszelakich. A do tego pouczająca, ba - niekiedy fascynująca historia leczenia, którego początki sięgają XVI wieku.

Jest w Bydgoszczy ktoś, kto, dzięki lecniactwu zna wybornie. To Mieczysław Boguszyński, lekarz humanista, wielki miłośnik

historii medycyny i dziejów miasta nad Brdą. O przeszłość bydgoskiego leczenia pisał od dawna. Przypomina, że wierzył, iż doczeka dnia, kiedy ukaze się pierwsza na rynku dawnym historia leczenia jego autorstwa.

- Kiedyś doktor Budzbon pytał mnie: „Mam zbierać te kule i sklejać, czy ty to w ko wydasz?” Mówił o artykułach, które o wielu lat publikowa w miesięczniku Bydgoskiej Lekarskiej. „Primum non nocet”. Udało się. Cieszę się ogromnie, mówi dr Boguszyński.



gazeta
6 lutego 2009 r.

Kiedy łaźienik stawiał ludziom bańki

Rentgen był wykorzystywany w Bydgoszczy już dwa lata po odkryciu promieni. To był wielki skok cywilizacyjny, bo do tej pory lekarz nie miał narzędzi diagnostycznych - powiada Mieczysław Boguszyński, autor książki o historii leczenia w naszym mieście



Szpital na peryferiach
Mieczysław Boguszyński w latach 1986-1999 był dyrektorem Państwowego Szpitala Klinicznego im. Jurasza. Antoni Jurasz (na zdjęciu obok) był wybitnym otolaryngologiem. Otwarcie kliniki, która dzisiaj nosi jego imię, odbyło się 23 grudnia 1937 r. Wtedy Skrzetusko - co widać na fotografii - leżało na peryferiach Bydgoszczy.

Ponad 300 stron medycyny dla laika

Gdy chorych woziły powozy, a rannych żołnierzy tramwaje, czyli nowe wydawnictwo TMMB

Michał Sitarek
m.sitarek@express.bydgoski.pl

Kolizje konnych karetek, pierwsze elektryczne aparaty do „odtłuszczenia”, unikatowe zdjęcia z lekarskich szuflad. Nowa publikacja miłośników miasta robi wrażenie. I to nie tylko na medykach.

„Od zakładu balwierskiego do szpitala klinicznego” - książka wieloletniego dyrektora szpitala im. Jurasza (dziś uniwersyteckiego), dr. Mieczysława Boguszyńskiego to coś więcej niż historia bydgoskiej medycyny.

- Materiały zbierałem 6 lat - mówi autor. - Ale historią zaraził mnie już nauczyciel z liceum w Wągrowcu, który przywoził na zajęcia stare dokumenty, pieczęcie. Później sam zacząłem zbierać stare notatki, listy i zdjęcia związane z moim zawodem.



Książka Mieczysława Boguszyńskiego (na zdjęciu z prawej) to historia medycyny, ale wyjątkowa, bo oparta na dziejach Bydgoszczy - mówi prezes TMMB, Jerzy Derenda

Express
BYDGOSKI
30 stycznia 2009 r.

Od red.: O książce czytaj też na str. 3 okładki. W kolejnym numerze „Primum non nocere” oraz „Medical Tribune” rozmowa z autorem publikacji - doktorem Mieczysławem Boguszyńskim.

Nowa metoda leczenia w Centrum Onkologii

Radioterapia stereotaktyczna (SRT – stereotactic radiotherapy) jest rodzajem nieinwazyjnej, wysoce precyzyjnej, radioterapii guzów złośliwych i łagodnych, zlokalizowanych śródczaszkowo i pozaczaszkowo. Technika ta pozwala koncentrować podawaną dawkę promieniowania jonizującego w obszarze guza, z szybkim spadkiem dawki poza jego obszarem. Maksymalnie chroni to otaczającą tkankę mózgową i inne tkanki prawidłowe przed działaniem promieniowania jonizującego.

Leczenie jednorazową wysoką dawką promieniowania określane jest mianem stereotaktycznej radiochirurgii (SRS – stereotactic radiosurgery). Została ona po raz pierwszy opisana przez Larsa Leksella w 1951 roku, jako leczenie zmian wewnątrzczaszkowych. Użycie systemu stereotaktycznej lokalizacji zmiany, precyzyjnego unieruchomienia pacjenta za pomocą ramy mocowanej do czaszki chorego i napromieniania wiązkami promieniowania jonizującego stwarza możliwość maksymalnej ochrony tkanek prawidłowych w trakcie leczenia.

Rozwój radioterapii stereotaktycznej stanowi rozszerzenie technicznych osiągnięć radiochirurgii, o biologicznie korzystniejsze dla otaczających guz lub w niego wnikających tkanek prawidłowych (zwłaszcza tkanki nerwowej), leczenie frakcjonowane – podanie określonej dawki promieniowania w kilku lub kilkunastu mniejszych frakcjach. W guzach zlokalizowanych blisko struktur krytycznych mózgu (np. nerwy wzrokowe, pień mózgu, jądra podstawy czaszki), frakcjonowana radioterapia ste-

reotaktyczna pozwala na podanie dawki terapeutycznej promieniowania w obszarze guza, bez przekroczenia dawki tolerancji struktur prawidłowych mózgu leżących w pobliżu.

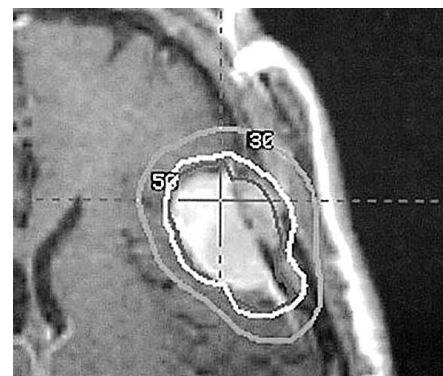
W stereotaktycznej radioterapii do precyzyjnego, nieinwazyjnego i odtwarzalnego przy kolejnych frakcjach, unieruchomienia pacjenta wykorzystuje się specjalnie przygotowaną maskę z ramą, pozwalającą na codzienne podawanie kolejnych dawek frakcyjnych.

Fuzja obrazów MR, CT, PET-CT pozwala na wysoką dokładność lokalizacji zmiany, zdefiniowanie jej kształtu i wielkości oraz lokalizacji struktur anatomicznych mózgu względem punktów referencyjnych stereotaktycznego systemu lokalizacyjnego.

Mikrokolimator wielolistkowy, w który wyposażone są przyspieszacze liniowe, pozwala precyzyjnie dopasowywać kształt przekroju każdej wiązki promieniowania do kształtu napromienianej zmiany, co zmniejsza objętość napromienianej prawidłowej tkanki mózgowej do minimum.

Ten rodzaj radioterapii stosowany jest najczęściej w leczeniu nieoperacyjnych, pojedynczych, małych (maksymalnie do 3 cm średnicy) przerzutów do mózgu, opniaków podstawy czaszki, przyzwojaków, gruczolaków przysadki, guzów kąta mostowo-mózdzkowego, malformacji tętniczo-żylnych, nerwiaków nerwu słuchowego i nerwu wzrokowego, neuralgii nerwu trójdzielnego oraz we wznowach glejaków złośliwych.

Zakład Teleradioterapii i Zakład Fizyki Medycznej Centrum Onkologii w Bydgoszczy od ponad roku posiada oprogramowanie i sprzęt firmy BrainLAB do

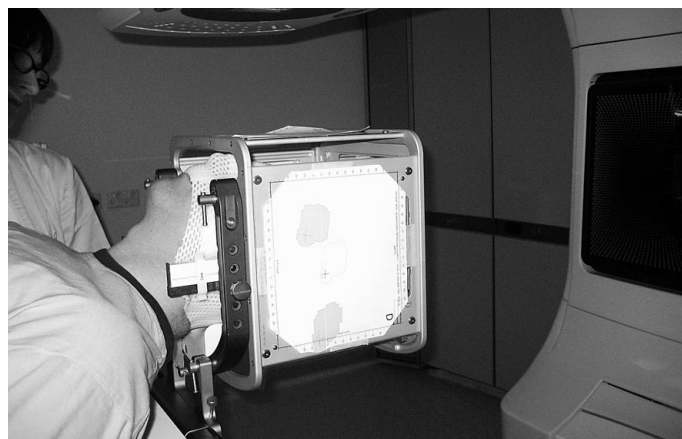
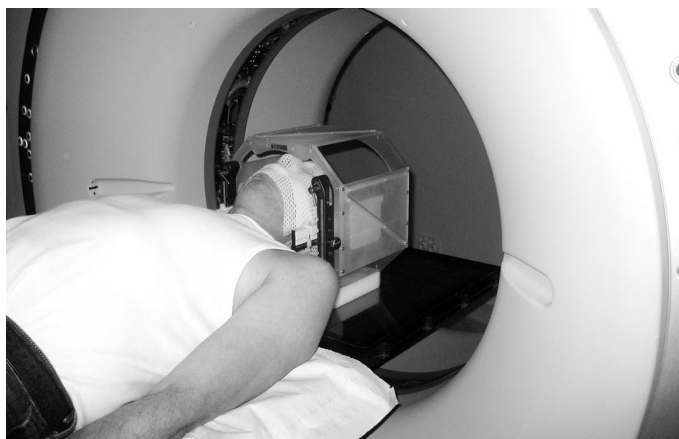


planowania i przeprowadzania leczenia techniką radioterapii stereotaktycznej i radiochirurgii guzów zlokalizowanych wewnątrzczaszkowo. W Polsce leczenie tą metodą prowadzi kilka ośrodków onkologicznych (w Gliwicach, Warszawie, Lublinie, Łodzi i Poznaniu). Planowanie i leczenie pierwszych pacjentów z przerzutami do mózgu oraz ze wznowami glejaków złośliwych rozpoczęliśmy na początku 2007 roku, rozszerzając stopniowo wskazania do stosowania tej metody. Jest to bardzo nowoczesna technika leczenia, bezpieczna dla pacjenta. Rozszerza propozycje wykonywanych w Zakładzie Teleradioterapii sposobów leczenia zmian wewnątrzczaszkowych.

Zespół opracowania i wdrożenia metody:

- dr n. med. Wiesława Windorbska – kierownik Zakładu Teleradioterapii
- dr n. med. Monika Grzela
- mgr Barbara Drzewiecka – kierownik Zakładu Fizyki Medycznej
- mgr Sławomir Nowakowski
- mgr Alicja Klonowska

opracowała dr n. med. Monika Grzela

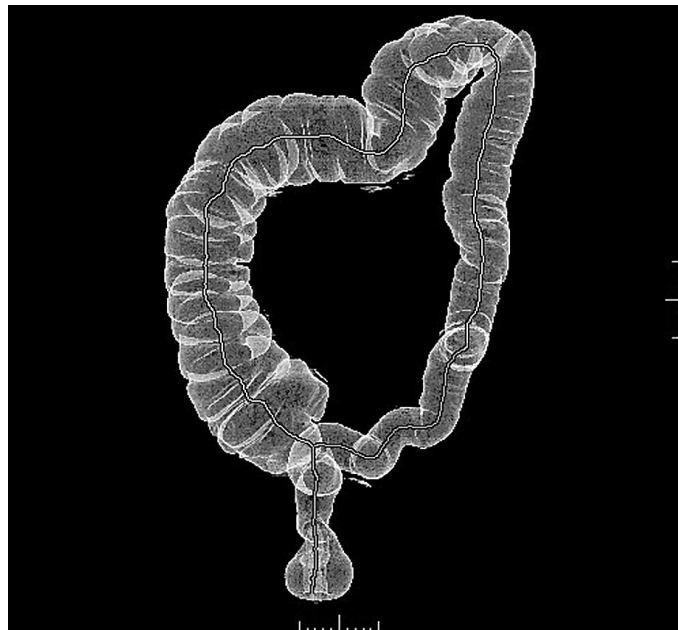


Wirtualna kolonoskopia

Zmiana rytmu wypróżnień, bóle brzucha, utrata masy ciała z niewyjaśnionej przyczyny, krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego – takie objawy mogą świadczyć o raku jelita grubego. Zazwyczaj wtedy nowotwór jest już w zaawansowanym stadium, a pacjent ma o wiele mniejszą szansę na powrót do zdrowia. W naszym kraju zaledwie u 20 proc. chorych, u których zbyt późno zdiagnozowano chorobę, można mówić o pięcioletnim przeżyciu. Tymczasem rozpoznanie raka jelita grubego jeszcze przed wystąpieniem objawów klinicznych daje szansę na wyleczenie u około 90 proc. chorych.

Dlatego w tej chorobie tak ważna jest profilaktyka. Od niedawna do badań przesiewowych, pozwalających na wczesne stwierdzenie raka lub stanów przedrakowych (np. polipów), doszła nowa metoda – wirtualna kolonoskopia (CTC). American Cancer Society włączyło już to badanie do skringu w raku jelita. Także w niektórych krajach Europy u pacjentów z grupy ryzyka stosuje się kolonoskopię wirtualną zamiast klasycznej. Tę drugą włącza się dopiero w przypadku stwierdzenia zmian patologicznych.

Nowa metoda, jest nie tylko dokładna, ale – co dla wielu chorych ważne – mało inwazyjna. Samo badanie trwa też znacznie krócej, bo około 5–6 min, niż w przypadku użycia kolonoskopu. Jelito grube, w celu rozprężenia, zostaje wypełnione powietrzem, a potem zobrazowane metodą tomografii komputerowej, przy użyciu niskiej dawki promieniowania rentgenowskiego. Kontrastu się nie podaje. Pacjent zgłasza się na badanie, tak samo jak w przypadku kolonoskopii klasycznej, z oczyszczonym jelitem. Być może niedługo to się zmieni – aktualnie trwają prace nad opracowaniem takiej metody znakowania stolca w kolonoskopii TK, by nie trzeba było usuwać resztek pokarmowych z jelita.



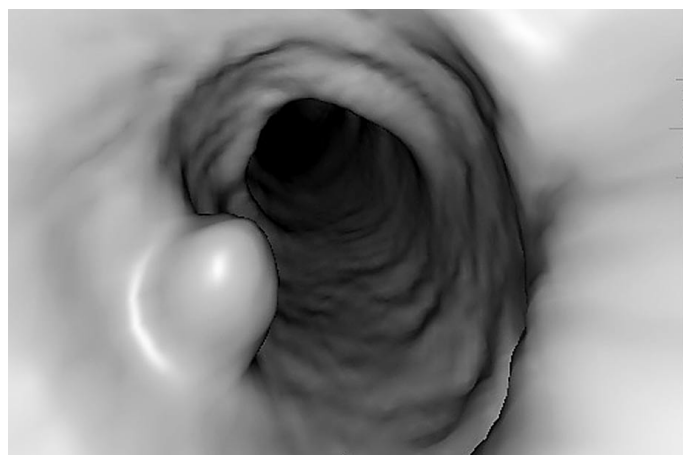
Jelito grube wypełnione powietrzem

Czy kolonoskopia wirtualna może zastąpić klasyczną? „W niektórych przypadkach tak. – uważa dr n. med. Elżbieta Sokółska, kierownik Zakładu Radiologii w Szpitalu Uniwersyteckim im. Bizziela, gdzie takie badania są wykonywane – Jeżeli w obrębie jelita wykluczmy zmianę ogniskową, nie znajdziemy polipów, to także w kolonoskopii klasycznej ich nie stwierdzimy. Nie trzeba jej więc wykonywać, a wiadomo, że jest to badanie bolesne, często przeprowadzane w znieczuleniu ogólnym. Na pewno więc duża grupa pacjentów dzięki kolonoskopii wirtualnej będzie mogła tej klasycznej uniknąć. Natomiast, gdy znajdziemy niepokojącą zmianę, możemy precyzyjnie określić jej rozmiary, gęstość tkankową oraz na którym centymetrze w jelicie występuje, co jest potem pomocne przy klasycznej kolonoskopii. Wykrywamy polipy nawet 5 mm, czasem niewidoczne w klasycznym badaniu. Jeśli je wskażemy, to łatwiej potem gastroenterologowi czy chirurgowi, znaleźć je i usunąć.”

Kolonoskopia wirtualna pozwala na zdiagnozowanie jelita grubego od odbytnicy do kątnicy. Może być wykorzystywana tam, gdzie nie zawsze można zastosować endoskopię – u chorych ze stomią, czy ze zrostami w jelicie. „Badanie tomograficzne, poza oceną jelita, umożliwia też ocenę narządów jamy brzusznej, np. wątroby, miejsca najczęstszych przerzutów nowotworu – podkreśla doktor Sokółska – Widząc zaawansowaną zmianę możemy podać pacjentowi kontrast i natychmiast ocenić narządy wewnętrzne, czy węzły chłonne.”

Badanie kolonoskopii wirtualnej w Szpitalu Uniwersyteckim im. Bizziela można wykonać w ramach NFZ lub odpłatnie – koszt badania wynosi 300 zł. Czas oczekiwania na badanie nieodpłatne wynosi około 3 tygodni, na badanie odpłatne czeka się parę dni.

Agnieszka Banach



Polip

28–30 maja 2009

XVI Dni Otolaryngologii Dziecięcej



Organizatorzy: Polskie Towarzystwo Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi Sekcja Laryngologii Dziecięcej, Oddział Otolaryngologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, Oddział Otolaryngologii II Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy.

Lokalizacja: „Centrum Kongresowe” Opery Nova w Bydgoszczy.

Tematy główne Kongresu:

- Chirurgia ucha u dzieci
- Problemy endoskopowe w laryngologii dziecięcej
- Postępy w diagnostyce i leczeniu infekcji górnych dróg oddechowych i ostrego zapalenia ucha u dzieci
- Postępy audiologii wieku rozwojowego

Rejestracja, szczegółowe informacje, opłaty na stronie internetowej: www.larped.bydgoszcz.pl

Cyfrowy rentgen wreszcie w Juraszu!



Na zdjęciu: Maria Baczyńska, kierownik zespołu techników w Zakładzie Radiologii. Specjalny czytnik odczytuje kod kreskowy ze skierowania pacjenta, a dane chorego, już ze wskazaniem jakiego rodzaju badanie powinno zostać wykonane, natychmiast pojawiają się na pulpicie komputera.

Dzięki specjalnemu oprogramowaniu rtg jest też bezpieczny dla dzieci. Stary, wysłużony i często psujący się sprzęt wreszcie można było odłożyć do lamusa. Nowe urządzenia działają dopiero od stycznia, a już, do 5 lutego, wykonano na nich prawie 2850 zdjęć (ok. 150 dziennie)! Dwa cyfrowe aparaty kosztowały ponad 1 mln 900 zł.

„Nasi technicy są zachwyceni nowym sprzętem. Aparaty automatycznie dobierają odpowiednie warunki ekspozycji, a otrzymane obrazy w zależności od potrzeb, można modyfikować – mówi prof. Władysław Lasek, kierownik Zakładu Radiologii

– A to dopiero pierwszy etap modernizacji Zakładu Radiologii. Właśnie zakończył się przetarg na rezonans magnetyczny. Urządzenie będzie wykorzystywane m.in. do badań serca, tętnic wieńcowych, perfuzji i dyfuzji mózgu. Teraz jesteśmy w trakcie przetargu na 64 rzędowy tomograf komputerowy. Planujemy, że do końca czerwca, pracownie z zainstalowanym nowym sprzętem, rozpoczną normalną pracę.”

Cyfrowa pracownia rentgenowska dyżuruje całą dobę. Pacjentów planowych przyj-

Dwa nowe, cyfrowe aparaty rentgenowskie zainstalowano w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. Jurasza. Będą wykorzystywane do wszystkich rodzajów badań konwencjonalnych, m.in. prześwietleń płuc, czaszki, kości długich, takich jak cała noga czy kręgosłup – przy czym w tym wypadku obrazy będą automatycznie scalane, a miejsca łączenia zdjęć niewidoczne.



muje codziennie do godziny 22. Chory jest teraz rejestrowany na określoną godzinę, a na wynik badania, otrzymany na płycie, czeka zaledwie 5 minut. Od czerwca, w związku z rozwojem sieci informatycznej szpitala, ma być jeszcze łatwiej – lekarz na każdym oddziale, ze swojego komputera, zyska możliwość odczytu zdjęcia wykonanego przed chwilą w Zakładzie Radiologii. Taki system funkcjonuje już np. w Centrum Pulmunologii, Szpitalu Uniwersyteckim im. Biziała i Centrum Onkologii.

Agnieszka Banach

Komputery dla szpitalnej szkoły i przedszkola

Dwa nietypowe komputery przekazała w styczniu firma IBM Polska małym pacjentom z dwóch bydgoskich szpitali. Urządzenia z oprogramowaniem przygotowanym specjalnie dla polskich dzieci trafiły do „szpitalnych szkół” – na Oddział Neurologii Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego oraz do Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1. Sprzęt jest tak zaprojektowany, by mogły go używać maluchy w wieku od 4 do 8 lat. Prezent ofiarowany przez firmę ma im służyć jednocześnie do zabawy i nauki.

„Dzieci są zachwycone! – mówi Izabela Maciejewska, dyrektorka Zespołu Szkół Specjalnych nr 33 dla Dzieci i Młodzieży Przewlekłe Chorej, której nauczyciele uczą w szpitalach. – W atrakcyjny sposób uczą się czytania, logicznego myślenia, podstaw matematyki, angielskiego, przyrody i to wszystko w czasie zabawy. Dziecko nie musi nawet umieć czytać. Lektor przystępnie wyjaśnia jak poruszać się po programie, ocenia wykonane zadania. Klawiatura jest specjalnie przystosowana do potrzeb dzieci, a leworęczne maluchy mają do dyspozycji nawet odpowiednio przystosowaną mysz.”



Komputery trafiły na szpitalne oddziały 23 stycznia dzięki projekowi „Kid Smart”, koordynowanemu przez urzędy marszałkowskie. W ramach tego przedsięwzięcia Zespół Szkół Specjalnych otrzymał dla swoich podopiecznych dwa centra komputerowe (jeden komputer kosztował 5,5 tysiąca złotych).

(a.b.)

Chirurgia bariatryczna w Bydgoszczy

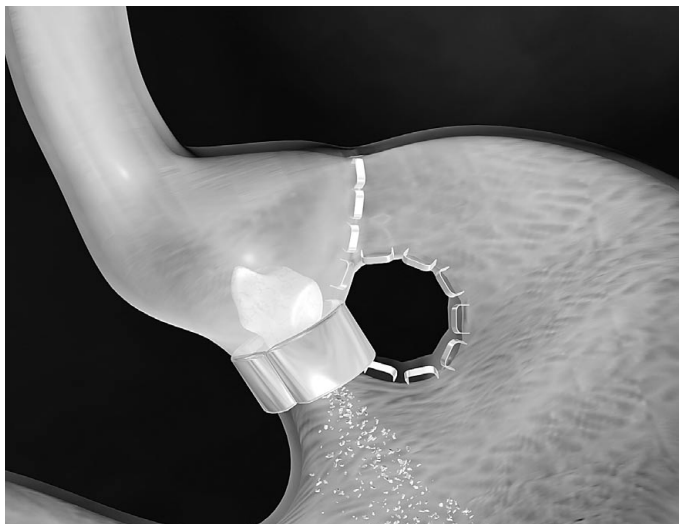
Wojciech Szczęsny

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej od ponad sześciu lat zajmuje się chirurgicznym leczeniem otyłości. Materiał kliniczny obejmuje już 165 chorych z patologiczną otyłością, którzy mimo wielu prób leczenia zachowawczego nie uzyskali spadku masy ciała. Rzecz jasna, chodzi nie tylko o efekt kosmetyczny, lecz także, a może przede wszystkim, o zapobieżenie ciężkim powikłaniom otyłości takim jak: nadciśnienie, cukrzyca, hiperlipidemia, bezdech senny, GERD (rak wpustu!) i wiele innych. Otyli wykazują znamienne statystycznie częstszą zapadalność na raka pęcherzyka żółciowego czy jajników. Oczekiwana długość życia otyłych jest nawet o kilkanaście lat krótsza od nie otyłych rówieśników. Zła samoocena znacznie obniża jakość życia, doprowadzając nawet do samobójstw.

Współczesna wiedza medyczna – w tym liczne metaanalizy piśmiennictwa dotyczące tysięcy chorych – wskazuje na fakt, że chirurgia bariatryczna jest jedynym sposobem pozwalającym na osiągnięcie i utrzymanie spadku masy ciała. Niestety, nie wszyscy lekarze są zorientowani co do możliwości, rodzajów, jak i wyników chirurgii bariatrycznej. Panuje wręcz pogląd, że zabiegi są niebezpieczne i nieefektywne.

Rozmowy o „wejściu” w chirurgię bariatryczną toczyły się kilka miesięcy przed listopadem 2002, kiedy to wykonaliśmy pierwszy zabieg. Coraz większa liczba otyłych patologicznie i niewydolność innych ośrodków skłaniała do podjęcia tego tematu.

Jako zaplecze mieliśmy doskonały ośrodek kierowany przez prof. Irenę Ponikowską – Klinikę Balneologii i Chorób Przemiany Materii w Ciechocinku. Doktor Jacek Chojnowski od lat zajmował się problematyką bariatryczną. Pierwsi pacjenci pochodzili właśnie z tamtej Kliniki. Rozpoczęliśmy od zabiegu Vertical Banded Gastroplasty (pionowa gastroplastyka z taśmą ograniczającą wg Masona – na rycinie poniżej), w którym mamy obecnie największe doświadczenie (ponad 120 operacji). Po około roku przyszła pora na ocenę wyników wstępnych. Były zachęcające. Spadek wagi u pacjentów znaczący i bez poważnych powikłań. Znaczny spadek wartości ciśnienia krwi i glikemii u cukrzyków. Wiele chorych mogło wreszcie zawiązać buty...



Prof. Stanisław Dąbrowiecki (w środku) oraz doktorzy Włodzimierz Gniłka (od lewej) i Wojciech Szczęsny – specjalizują się w chirurgii bariatrycznej. Fot. Agnieszka Banach

Oczywiście pojawiły się też i problemy. Zaczęły występować przepukliny pooperacyjne, ubytek, powiedzmy 60 kg, powodował powstanie zwisającego fartucha skóry. Musieliśmy nauczyć się podstaw chirurgii plastycznej. Po kilku latach u niektórych chorych – i to nie tych nie-subordynowanych, którzy zjadają 2 kg lodów dziennie – rozpoczęło się ponowne tycie z powodu rozejścia zszywek staplerowych. Trzeba było stosować inne zabiegi, jak choćby Roux Y, czyli zabieg polegający na rozcięciu żołądka na dwa zbiorniki i wyłączeniu pewnej części jelita cienkiego z wchłaniania.

Od trzech lat stosujemy techniki laparoskopowe. Zakładane tą małoinwazyjną techniką opaski wpustu powodują zmniejszenie ilości przyjmowanego pokarmu i jest to operacja teoretycznie odwracalna, o mniejszym stopniu ingerencji w fizjologię. Techniki laparoskopowe stanowią przyszłość bariatrii. Niestety ograniczenia wynikają z niepełnej refundacji zabiegów, a także z przyczyn czysto chirurgicznych – uprzednie laparotomie, „mega otyłość” (BMI>70)

Jak już wspomniano, współczesne piśmiennictwo jednoznacznie dowodzi, że chirurgia bariatryczna jest jedyną metodą zapewniającą adekwatny, a przede wszystkim trwały spadek masy ciała. Stała się ona jednym z podstawowych narzędzi w walce z cukrzycą typu II. Liczba prac potwierdzających ten fakt rośnie nieomal geometrycznie.

Nasze doświadczenie wskazuje, że wyważona, interdyscyplinarna kwalifikacja do zabiegów bariatrycznych jest jedyną drogą pomocy dla wielu nieszczęśliwych i chorych ludzi. Co dwa miesiące nasi pacjenci oraz ci, którzy chcą poddać się operacji, spotykają się. Opowieści, jakie dane nam było usłyszeć na spotkaniach, utwierdzają nas w konieczności kontynuowania tej dziedziny chirurgii, a jesteśmy jedynym w promieniu 100 km ośrodkiem. Poza tym, jak wiadomo z badań epidemiologicznych, liczba otyłych patologicznie w Polsce jest znaczna (ok. 300 tys.) zaś do lekarza bariatry i/lub chirurga trafia nieznaczny odsetek. Mamy nadzieję, że dzięki współpracy z lekarzami rodzinnymi uda się to zmienić, a i NFZ wykaże zrozumienie problemu.

Kontakt z nami: www.chirurgia.pl; telefoniczny: 052 5854730 (sekretariat Kliniki – informacja o spotkaniach lub konsultacjach w Klinice).

Przez nią najpierw przechodzą promienie świetlne

Rogówka (cornea) to przejrzysty fragment błony włóknistej oka o średnicy 11–12 mm. Stanowi pierwszy ośrodek w układzie optycznym oka, przez który przechodzą promienie świetlne. Prawidłowa przezroczystość, powierzchnia, wielkość i kształt są niezbędne do uzyskania dobrego widzenia. Zmiany struktury rogówki, jej właściwości fizycznych, wiążą się z obniżeniem ostrości wzroku i utratą funkcji oka.

Bartłomiej Kałużny

Wskali świata schorzenia rogówek są drugą po zaćmie przyczyną znacznego upośledzenia widzenia. Do przyczyn zaburzających strukturę i funkcję rogówki zalicza się różne choroby rogówki takie jak:

- dystrofia – czyli wrodzony, genetycznie uwarunkowany postępujący proces chorobowy,
- zwyrodnienie – to wtórny proces po przebytych lub toczących się schorzeniach miejscowych, ogólnych, jak również proces starzenia się tkanek,
- stany po urazach – mechanicznych, chemicznych i termicznych, kiedy to dochodzi do zmętnienia, powstania rozległych blizn i bielma rogówki.

W przypadkach bardziej zaawansowanych wyżej wymienionych chorób jedynym skutecznym sposobem postępowania jest przeszczep rogówki (keratoplastyka). Operacja ta polega na zastąpieniu chorej rogówki biorcy zdrowym materiałem tkankowym dawcy. Bariera krew-oko, brak naczyń w rogówce i nieobecność klasycznych komórek prezentujących antygen to główne czynniki odpowiadające za immunologiczne uprzywilejowanie rogówki. Dzięki temu ryzyko odrzutu przeszczepu jest znacznie niższe niż w przypadku innych narządów czy tkanek.

Wskazania do przeszczepu rogówki dzielą się na:

- optyczne (czyli zaburzenia kształtu rogówki – np. stożek rogówki),

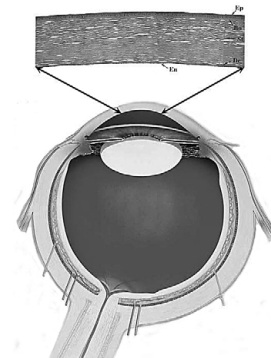
- rekonstrukcyjne – często przeprowadzane w trybie pilnym „na gorąco” w przypadkach zagrażających poważnymi powikłaniami – (np.: owrzodzenia, perforacje rogówki),

- terapeutyczne – wcześniej wymieniane stany chorobowe jak degeneracje, dystrofie, blizny, bielma, zwyrodnienie pęcherzowe i inne,

- kosmetyczne – w przypadkach zaawansowanych bielm nie rokujących poprawy widzenia.

Przez wiele dziesięcioleci jedyną dostępną techniką była keratoplastyka drążąca – pełnej grubości (przeszczep przenikający). Wadą tej metody jest przede wszystkim konieczność długiego utrzymywania szwów (do 1 roku) i wolna poprawa funkcji oka. W ostatnich latach coraz częściej wykonuje się przeszczepy warstwowe, pozwalające na wymianę tylko tych części rogówki, które są uszkodzone. Mogą one obejmować tylko przednie warstwy (keratoplastyka warstwowa przednia), co wiąże się z mniejszym ryzykiem odrzutu. Drugi wariant stanowi przeszczep tylnych warstw (keratoplastyka warstwowa tylna), dzięki czemu proces gojenia i rehabilitacja wzrokowa jest znacznie szybsza.

Pierwszy udany przeszczep rogówki został wykonany w 1905 roku przez



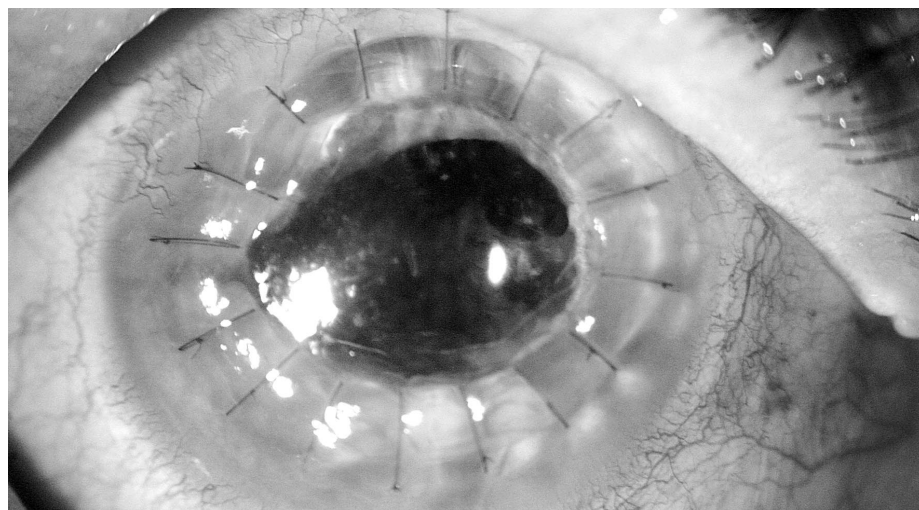
Schemat budowy oka

Edwarda Zirma w Ołomuńcu. Był to przeszczep obejmujący wszystkie warstwy rogówki – pełnej grubości. Biorcą był Alois Glogar robotnik oślepiiony sodą kaustyczną. Przeszczepiona rogówka pochodziła od żywego dawcy, a zabieg zakończył się pełnym sukcesem. Glogar odzyskał wzrok i rogówka spełniała swoją funkcję przez całe życie pacjenta. Pobieranie rogówek ze zwłok, zapoczątkowane w 1912 roku i spopularyzowane przez Filatowa na początku lat trzydziestych XX wieku, zrewolucjonizowało i upowszechniło operacje przeszczepiania rogówek. Obecnie odpowiednie warunki przechowywania tkanek pozwalają wydłużyć żywotność pobranego materiału dawców nawet do dwóch tygodni.

W naszym regionie pierwszy przeszczep drążący został wykonany 40 lat temu w Bydgoszczy przez dr hab. n. med. Elżbietę Rusinową. Przez następne kilka dziesięcioleci operacje tego typu nie były wykonywane, aż do 9 grudnia 2008 roku, kiedy to wznowiono wykonywanie keratoplastyki w Klinice Chorób Oczu Szpitala Uniwersyteckiego. Procedury te są wykonywane we współpracy z warszawskim Bankiem Tkanek Oka kierowanym przez prof. J. Szaflika i Kliniką Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, kierowaną przez prof. Z. Włodarczyka. Zastosowano technikę klasyczną, przeszczep drążący, a w najbliższych miesiącach planuje się wykonanie pierwszych operacji techniką warstwową.

Na świecie wykonuje się ok. 100 tys. operacji przeszczepiania rogówki rocznie, w Polsce około 0,5 tysiąca. Chorzy w kolejce na operację czekają około 3 lat. Szpital Uniwersytecki w Bydgoszczy podpisał już umowę z Ministerstwem Zdrowia na refundację procedury wyspospecjalistycznej, jaką jest keratoplastyka, co korzystnie wpłynie na dostępność tego typu procedur dla pacjentów z naszego regionu.

Dr n. med. Bartłomiej Kałużny pracuje w Katedrze i Klinice Chorób Oczu w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. Jurasza w Bydgoszczy.



Przeszczepiona rogówka w 10-tej dobie po zabiegu

20 lat funkcjonowania Oddziału Okulistycznego w Bielelu

Budynki szpitala przy ulicy Ujejskiego 75 wrosły już w krajobraz Bydgoszczy. Zbudowane zostały w latach 1974–1980 dla Szpitala Wojewódzkiego im. XXX-lecia. W latach 1985–1989, na czas remontu dawnego Szpitala Ogólnego im. dr. Antoniego Jurasza, funkcjonował w nich Państwowy Szpital Kliniczny nowo powstałej Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Wojewódzki Szpital im. XXX-lecia PRL powrócił do nich z początkiem 1988 roku, ale samodzielną działalność rozpoczął w marcu 1989. W 1996 patronem szpitala został dr Jan Bizieli. Po 20 latach, 3 listopada 2008 Szpital Wojewódzki im. dr. J. Biziela formalnie przestał istnieć i rozpoczął działalność Szpital Uniwersytecki nr 2.

Zmiana ta zamyka pewien rozdział historii szpitala. W takiej chwili warto przyrzeć się osobom, które budowały jego renomę, dzięki którym został on zaakceptowany jako profesjonalny i jednocześnie przyjazny chorym. Taką opinię przez 20 lat działalności zyskał u pacjentów także Oddział Okulistyczny, który został stworzony i właściwie pozostanie nierozdzielnie związany z postacią dr n. med. Krystyny Jędruszek-Ługin. Jej odejście na emeryturę zbiegło się bowiem w czasie z formalnym przekształceniem szpitala.

Dr Krystyna Jędruszek-Ługin jest córką znanego lekarza, Antoniego Jędruszka, który nie tylko zajmował się pacjentami, ale zdziałł wiele dobrego, uczestnicząc w budowie, organizując i wreszcie kierując szpitalami w Hajnówce na Podlasiu i w Bydgoszczy. Dzisiaj zasłużenie patronuje jednej z ulic naszego miasta.

Wybór przez Krystynę Jędruszek medycyny, jako drogi rozwoju zawodowego, był świadomy, chociaż poprzedzony próbą edukacji artystycznej w szkole teatralnej. Po ukończeniu Akademii Medycznej w Gdańsku powróciła do Bydgoszczy i po odbyciu stażu rozpoczęła pracę na oddziale okulistycznym pod kierunkiem wybitnej okulistki docent Elżbiety Rusinowej. Zdobywana stopniowo wiedza zawodowa, jak również doświadczenia naukowe zaowocowały otrzymaniem w 1973 r. tytułu specjalisty chorób oczu, a w 1980 roku stopnia doktora nauk medycznych, po przedstawieniu pracy „Przydatność badania obwodu dna oka w profilaktyce odwarstwienia siatkówki”. Poza diagnostyką schorzeń siatkówki w jej sferze zainteresowań medycznych



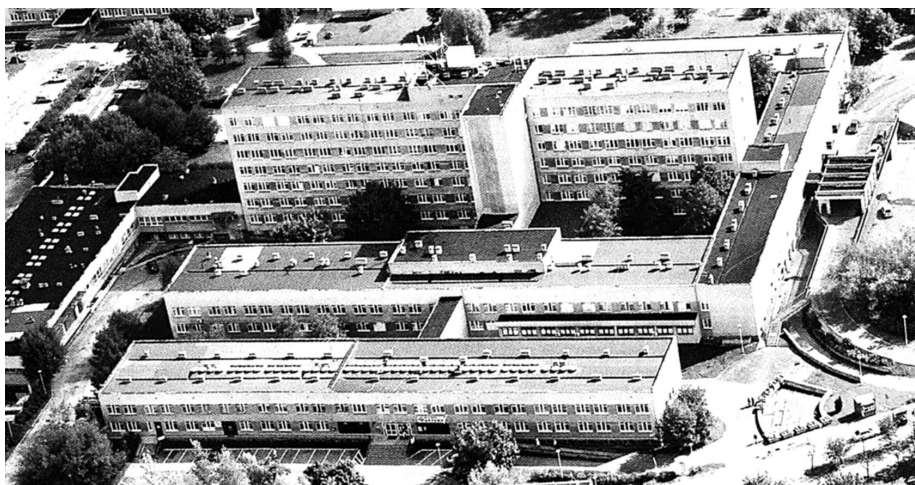
znalazła się jaskra oraz chirurgia zaćmy. Po tragicznej śmierci docent Rusinowej pracowała pod kierunkiem profesora Józefa Kałużnego w Klinice Chorób Oczu Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

W styczniu 1989 roku, po przeprowadzonym konkursie, powierzono jej obowiązki ordynatora Oddziału Okulistycznego Szpitala Wojewódzkiego. Najważniejszą dewizą zawodową doktor Ługinowej podczas kierowania oddziałem okulistycznym było: nie tylko leczyć chorych na najwyższym poziomie popartym stałym kształceniem się, ale również zapewnić pacjentom poczucie bezpieczeństwa. Napisała: „Człowiek nie czuje się nigdy bardziej samotny, nieszczęśliwy i potrzebujący pomocy, jak wtedy, gdy jest dotknięty cierpieniem, zwłaszcza osłabieniem widzenia”. Pacjenci docenili starania całego zespołu, oddział otrzymał wyróżnienie w jednej z edycji konkursu o „Złoty stetoskop” organizowanym przez „Ekspress Bydgoski”.

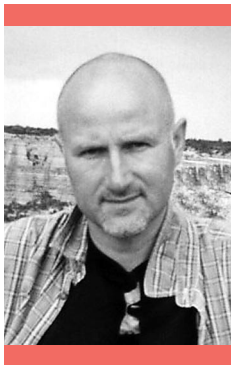
Pracę oddziału zauważono również w Polsce. Oddział trzykrotnie znalazł się na liście rankingowej szpitali okulistycznych tygodnika „Wprost”, a w 2006 roku w zakresie chirurgii powiek zajął pierwsze miejsce. Głównym profilem działalności oddziału była i jest jednak chirurgia zaćmy. Pierwsze operacje wykonywane były metodą krioekstrakcji, obecnie zabiegi wykonuje się metodą fakoemulsyfikacji z małego cięcia, z wczepami akrylowych soczewek wewnątrzgałkowych. Dużą uwagę przywiązuje się do właściwej diagnostyki jaskry i jej leczenia. Stopniowo doskonalono też diagnostykę i leczenie schorzeń siatkówki. Oddział dysponuje na przykład nowoczesnym laserem oraz optycznym tomografem SOCT, który pozwala na precyzyjne oglądanie przekrojów siatkówki na poziomie komórkowym.

Dr Jędruszek-Ługin stworzyła swoim wychowankom sprzyjające warunki rozwoju zawodowego, cierpliwie uczyła sztuki operowania, służyła swoim doświadczeniem. Pod jej kierunkiem 15 okulistik uzyskało specjalizację, w tym czasie dwie osoby uzyskały stopień doktora nauk medycznych w oparciu o badania na materiale pochodzącym z oddziału. Stopniowo wykrystalizował się ośmioosobowy zespół doskonale rozumiejących się okulistik, stale doskonalących swoje kwalifikacje i otwartych na potrzeby wzrastającej liczby pacjentów. Takiego podejścia nauczyła na „naszą szefową”. Jesteśmy dumne będąc jej wychowankami.

Marzena Petrus



Szpital im. dr. Biziela z lotu ptaka



Samobójcze komórki

Umierają często samotnie, dla dobra naszego organizmu. Ich samobójstwo to krok po kroku realizowany genetyczny program śmierci, znanej jako apoptoza. Gdy altruizm komórek zaczyna szwankować – pojawiają się choroby.

■ **Marek Jurgowiak**

Wiele komórek naszego ciała poświęca swoje życie dla dobra całego organizmu. Taki „altruizm komórkowy” ma służyć prawidłowemu funkcjonowaniu organizmu, ale też eliminowaniu komórek uszkodzonych, które zakłócałyby jego stan równowagi czyli homeostazę. Śmierć samobójcza komórki jest procesem bardzo precyzyjnie regulowanym i nosi miano apoptoza. Nazwę zaproponował australijczyk J.F.R. Kerr oraz Szkoci A.H. Wyllie i A.R. Curie w artykule opublikowanym w 1972 roku. Użyli oni greckiego terminu *apoptosis* oznaczającego opadanie np. płatków kwiatowych czy liści, aby wyraźnie odróżnić ten rodzaj regulowanej śmierci komórkowej od *nekrosis* (gr. uśmiercić), która jest śmiercią martwiczą powodowaną przez działające na komórki uszkodzające czynniki zewnętrzne.

Śmierć w skali całego organizmu utożsamiamy najczęściej ze zjawiskiem negatywnym, którego nie wyczekujemy z niecierpliwością, ale jest też śmierć zbawienną dla organizmu jeśli dotyczy pojedynczych komórek poświęcających swoje życie dla dobra ogółu komórek budujących nasz organizm. Samobójstwo popełniają komórki uszkodzone lub te, których obecność w organizmie staje się zbędna. Apoptoza towarzyszy nam już od najwcześniejszych etapów rozwoju zarodkowego, warunkując prawidłowe kształtowanie organizmu. To dzięki planowej śmierci tracimy wówczas błony między palcami, podobnie jak kijanka żaby traci ogon, gdy przeobraża się w dorosłą żabę. Tak też powstaje soczewka oka, która zbudowana jest ostatecznie z martwych komórek, w których cytoplazmę zastąpiło białko o nazwie krystalina. Także w dojrzłym, rozwiniętym organizmie wiele komórek ulega apoptozie abyśmy mogli normalnie funkcjonować. Samobójstwo popełniają złuszczone komórki ściany macicy podczas menstruacji i komórki ściany jelita wymieniane co jakiś czas na nowe. Komórki skóry, keratynocyty, powstają głęboko w dolnych warstwach skóry, a wędrując na jej powierzchnię umierają 21 dni później, żeby utworzyć zewnętrzną warstwę ochronną skóry (naskórek) stale wymienianą na nową w trakcie całego naszego życia. Mamy też komórki, których przeznaczeniem jest długie

trwanie w organizmie, takie jak neurony czy komórki mięśni, i w tych komórkach maszynieria śmierci trzymana jest na wodzy. Dopiero gdy komórka ulegnie uszkodzeniu, zainfekowaniu wirusem lub przekształci się w nowotworową, dla dobra całego organizmu uruchamiany jest w niej samodzielnie albo np. z udziałem komórek układu odpornościowego, program śmierci samobójczej.

Ponieważ apoptoza jest zjawiskiem uniwersalnym można badać jej przebieg w komórkach organizmów laboratoryjnych np. nicienia *Caenorhabditis elegans* i jednocześnie rozumieć jej przebieg i regulację w naszych komórkach. Nicień *C. elegans* ma 1 mm długości i ciało zbudowane początkowo z 1090 komórek, z których podczas dojrzewania organizmu umiera dokładnie 131 komórek. Los tych komórek można zatem śledzić od narodzin do śmierci co pozwala na lepsze rozumienie apoptozy, która jest zjawiskiem typowym dla wszystkich organizmów wielokomórkowych. Uhonorowani nagrodą Nobla w 2002 roku za odkrycia dotyczące genetycznej regulacji rozwoju organów i programowanej śmierci komórki S. Brenner, R. Horvitz i J.E. Sulston badania prowadzili właśnie na komórkach tegoż nicienia.

W każdej sekundzie życia tracimy około miliona komórek, które zastępowane są nowymi. Zatem dla zachowania homeostazy organizmu konieczna jest równowaga pomiędzy procesami apoptozy, a tworzeniem nowych komórek. Bowiem nadmierne umieranie komórek leży u podłoża chorób neurodegeneracyjnych (np. choroby Alzheimera) i autoimmunologicznych, a zupełnie ignorują sygnały do umierania komórki nowotworowe.

Kaspazy i pączkujące komórki

Śmierć programowana komórki jest procesem aktywnym i stąd też określana jest czasem jako genetyczne samobójstwo komórki. Wymaga bowiem aktywacji wielu genów i syntezy rozlicznych białek albo aktywacji białek już obecnych w komórce.

Głównymi białkami zaangażowanymi w apoptozę są kaspazy, czyli proteazy cysteinowe. Kaspazy tworzą rodzinę kilkunastu białek, które ulegają aktywacji w ściśle określonej kolejności w komórce, po otrzymaniu sygnału do apoptozy. Aktywacja tych białek

musi być niezwykle dokładnie i wielostopniowo regulowana, żeby uniknąć niekontrolowanego uruchomienia programu śmierci, który nie może być już cofnięty. Dodatkowym zabezpieczeniem jest synteza kaspaz w formie nieaktywnych białek (prokaspazy). Takie prokaspazy są aktywowane na skutek ich modyfikacji (cięcia) przez inne kaspazy i na skutek oligomeryzacji. Kaspazy mają swoją numerację, jedne z nich są aktywatorami apoptozy i są to kaspazy 8, 9 i 10 oraz kaspazy wykonawcze aktywowane przez te pierwsze, a są to kaspaza 3, 6 i 7. Kaspazy są enzymami, które modyfikują wiele białek komórkowych aktywując je albo unieczynniając, a są to białka obecne zarówno w cytoplazmie, jak i jądrze komórkowym. Obiektom działania kaspaz są jądrowe histony, laminy, polimeraza PARP [poli(ADP-rybozo) polimeraza], endonukleaza odpowiedzialna za cięcie DNA (DFF40/CAD), endonukleaza G i czynnik AIF, białka z rodziny Bcl-2, oraz białka szkieletu komórkowego (cytoszkieletu). Dodatkowo każda komórka zawiera inhibitory apoptozy, czyli białka zapobiegające niekontrolowanej aktywacji procesu uśmiercania. Są to białka FLIP (bloker kaspazy 8) i białka IAP oraz inhibitory kaspaz 9 i 3. Ponadto, komórka dysponuje inhibitorami inhibitorów apoptozy, które w komórce nie umierającej obecne są w przestrzeni międzybłonowej mitochondriów. Po uruchomieniu apoptozy wydostają się z mitochondriów do cytoplazmy i działają hamująco na białka IAP oraz FLIP. Są to białka Omi/HtrA2 oraz białko SMAC/DIABLO.

W komórce, która ginie samobójczo zachodzi szereg charakterystycznych zmian biochemicznych i morfologicznych. Prowadzą one ostatecznie do rozpadu komórki na tzw. ciała apoptotyczne, a komórka wygląda wtedy jakby pączkowała (albo gotowała się i odrywała się z niej bąbelki). Cytoplazma komórki ulega obkurczeniu, a w jądrze komórkowym kondensuje chromatyna (DNA w połączeniu z białkami) i jej skupiska przylegają do błon otoczki jądrowej. Następnie kurczy się całe jądro i ulega fragmentacji. Specjalne enzymy doprowadzają do pocięcia DNA na charakterystyczne fragmenty, co z pewnością jest już nieodwracalnym etapem apoptozy. Podczas apoptozy organella komórkowe nie zostają uszkodzone i są roz-

dzielane stopniowo do powstających ciałek apoptotycznych, które są eliminowane ze środowiska przez komórki żerne (makrofagi) albo przez komórki sąsiadujące z tą, która umiera. Po umierającej komórce nie pozostaje najmniejszy ślad, dlatego też w miejscu samobójstwa nie rozwija się stan zapalny. Zatem jest to rodzaj „higienicznej” śmierci bez zgubnych konsekwencji dla otoczenia. Inaczej dzieje się podczas nekrozy (śmierci martwiczej), inicjowanej na skutek działania czynników mechanicznie uszkodzających komórki. Martwicę mogą też wywołać silne toksyny bakteryjne, promieniowanie jonizujące i gamma. Cała komórka ulega wówczas uszkodzeniu, a wydostanie się jej zawartości do przestrzeni pozakomórkowej powoduje stan zapalny, który może być groźny dla otaczających komórek i całego organizmu.

Uśmiercające elektrownie

Apoptoza może przebiegać różnymi szlakami, w tym zewnątrzkomórkowym, zależnym od receptorów błon komórkowych (receptory śmierci) lub szczególnie istotnym szlakiem zapoczątkowanym przez mitochondria. Po zadziałaniu czynników indukujących samobójstwo komórki takich jak wolne rodniki (stres oksydacyjny), stres metaboliczny, wzrost stężenia wapnia w cytoplazmie dochodzi do nasilenia przepuszczalności błon otaczających mitochondria i uwolnienia posłańców śmierci, czyli szeregu białek inicjujących kaskadę reakcji doprowadzających do unicestwienia komórki. Najważniejszym białkiem wydaje się tu cytochrom c. W normalnie funkcjonującej komórce pełni on rolę składnika łańcucha oddechowego, a więc uczestniczy w oddychaniu mitochondrialnym. Natomiast w warunkach apoptozy uwalniany jest do cytoplazmy komórkowej, gdzie łączy się z cząsteczką Apaf-1, tworząc tzw. apoptosom. Utworzenie apoptosomu niezbędne jest z kolei dla aktywacji enzymu inicjującego procesy prowadzące do śmierci komórki. Tym enzymem jest kaspaza oznaczana numerem 9. Aktywna kaspaza 9 pobudza następnie kaspazę 3. Obie te kaspazy należą zatem do białek inicjatorowych, które powodują wyzwolenie kaskady zdarzeń skutkujących aktywacją kolejnych, tym razem efektorowych kaspaz (oznaczanych jako 6 i 7). Prowadzą one do powstania charakterystycznych zmian w komórce takich jak, kondensacja materiału genetycznego, fragmentacja DNA, rozrywanie otoczki jądrowej i utworzenie ostatecznie ciał apoptotycznych. W degradacji jądra komórkowego uczestniczą też endonukleaza G i czynnik AIF (czynnik indukcji apoptozy), które przemieszczają się z przestrzeni międzymbłonowej mitochondrium do jądra, gdzie uczestniczą we fragmentacji DNA a AIF dodatkowo w kondensacji chromatyny.

Jednak i na tych etapach apoptozy funkcjonują mechanizmy regulacyjne i nie zawsze

powstanie apoptosomu na szlaku mitochondrialnym musi wiązać się z aktywacją kaspaz i uśmierceniem komórki. W cytoplazmie komórek jest bowiem obecny strażnik otwierający bramy śmierci, czyli inhibitor apoptozy jakim jest czynnik IAP. Zapobiega on aktywacji kaspaz i hamuje działanie już dojrzałych cząsteczek. Komórki dysponują jednak i kluczem do tych bram, są to wypływające z mitochondriów w ślad za cytochromem c takie czynniki jak Smac/DIABLO i Omi/HtrA2. Unieczynniają one bowiem białka z rodziny AIP neutralizując w ten sposób inhibitory kaspaz i w ten sposób promują apoptozę. Dodatkowo Smac/DIABLO posiada możliwość bezpośredniego oddziaływania z kaspazami, stabilizując ich strukturę i zapewnia w ten sposób nieodwracalność rozpoczętego procesu. Szlak ten może funkcjonować na zasadzie samonapędzającej się maszyny bowiem dojrzałe kaspazy pobudzają pewne białka z rodziny Bcl-2 do proapoptotycznych oddziaływań z błoną mitochondrialną. Białka Bcl-2 są istotnym regulatorem szlaku mitochondrialnego apoptozy. Są bowiem wśród nich zarówno czynniki proapoptotyczne, jak i antyapoptotyczne. Aby komórka mogła umrzeć musi dojść do zahamowania aktywności białek chroniących przed apoptozą.

Szczególną rolę w procesie apoptozy pełni białko p53, które określane jest często jako strażnik genomu komórkowego. Bowiem po wykryciu w komórce uszkodzeń DNA zostaje aktywowany gen p53 a powstające białko skierowuje komórkę na drogę samobójstwa. Ma to chronić nasz organizm przed rozprzestrzenianiem się komórek z uszkodzonym DNA, co mogłoby prowadzić np. do rozwoju chorób nowotworowych. W warunkach stresu komórkowego może nastąpić przemieszczanie się białka p53 do mitochondrium, a efektem mogą być zmiany w błonach otaczających to organellum. Efektem jest utworzenie kompleksu z białkami rodziny Bcl, co powoduje uwolnienie cytochromu c do cytoplazmy i aktywację kaspaz. Jeśli gen p53 jest nieaktywny np. w wyniku mutacji aktywność ta jest zahamowana. Co ciekawe, w komórkach wielu nowotworów stwierdza się mutacje genu p53.

Gdy jest lub jej nie ma... chorujemy albo... zdrowiejemy

Lepsze poznanie mechanizmów regulujących apoptozę już na etapie działania symulatorów proapoptotycznych, mogłoby stać się podłożem dla lepszego zapobiegania rozwojowi wielu chorób trapiących człowieka, u podłoża których leży zaburzony proces programowanej śmierci komórki. Komórki łatwo wówczas wchodzi na drogę apoptozy, co ma miejsce w przebiegu np. chorób neurodegeneracyjnych lub u chorych na AIDS, lub nie są podatne na działanie czynników proapoptotycznych, jak obserwuje się w chorobach nowotworowych.

Wadliwa kontrola apoptozy może być przyczyną również takich chorób jak barwnikowe zwyrodnienie siatkówki (przyczyna ślepoty), czy osteoporoza.

Próby leczenia chorób poprzez ingerencję w proces apoptozy znajdują się wciąż we wczesnych stadiach, choć trwają prace nad opracowaniem terapii prowadzącej zarówno do zahamowania jak i indukowania apoptozy. W proces ten angażuje się coraz więcej firm biotechnologicznych, jak i farmaceutycznych opracowując leki wpływające na procesy regulujące przeżycie jak i śmierć komórki. W przypadku chorób nowotworowych jednym z celów współczesnej terapii są właśnie białka regulujące apoptozę. Taka ingerencja może dotyczyć białka DIABLO, które uwalniane jest z mitochondrium podczas samobójstwa komórki. Po zbadaniu struktury przestrzennej tego białka okazało się, że dwie cząsteczki DIABLO łącząc się ze sobą przyjmują kształt zbliżony do zwieńczonej łukiem bramy. Kompleks ten łączy się następnie z kaspazami i białkami IAP. Obecnie wiadomo, że sztuczny peptyd otrzymany w laboratorium, złożony tylko z siedmiu pierwszych aminokwasów diabelskiego białka również może pobudzać aktywność kaspaz. Dla terapii onkologicznej odkrycie to może mieć kluczowe znaczenie, bowiem leki uruchamiające program samobójstwa w opornych na śmierć komórkach nowotworowych mogłyby stać się skutecznym środkiem w walce z chorobami nowotworowymi. Większość stosowanych obecnie leków przeciwnowotworowych indukuje apoptozę przez uszkodzenia DNA lub wpływa hamująco na główne enzymy w systemie przekazującym sygnał przeżycia komórki. Lek indukujący mitochondrialną drogę śmierci wpływa na zmniejszenie poziomu mRNA i samego białka z rodziny Bcl-2 w komórkach nowotworowych.

Przeżycie w pełni dojrzałego, a wcześniej rozwój organizmu, zależy od zdolności komórek do podziałów, ale i do umierania na rzecz utrzymania homeostazy organizmu. Wszelkie zachwianie tej równowagi może nieść fatalne skutki dla organizmu. Zatem mówiąc o mechanizmach warunkujących równowagę organizmu nie zapominajmy o śmierci komórkowej wypływającej także z mitochondriów, która paradoksalnie może nieść ze sobą zdolność przeżycia organizmu wielokomórkowego. Inaczej też spoglądamy obecnie na same mitochondria, które po określe zainteresowania nimi jako elektrowniami komórkowymi ujawniły swoje kolejne oblicza, w tym to śmiertelne, dające sygnał dla samobójstwa komórkowego w zdrowiu i chorobie.

Dr n. med. Marek Jurgowiak wykłada biochemię w Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu.

Dura lex in Internet

Wojciech Szczęsny

Nie wiem, czy ktokolwiek wybierając studia medyczne myślał o tym, na co będzie narażony ze strony mediów, pacjentów, decydentów i polityków, grających sobie swoje gierki służbą zdrowia. Ja, przyznam szczerze, nie. Jako usprawiedliwienie podam ubogość mediów w owym czasie (dwa programy TV, kończące się o 23.00, kilka gazet i trzy programy radiowe). Jedyne słuszna linia partii chyba nie przewidywała niszczenia lekarzy, jeśli tylko nie działali w opozycji. Pacjenci raczej szanowali doktorów, przynosząc im w podziękowanie deficytowe dobra, jak kartki na benzynę czy wyroby masarskie. Lekarz pozwany przez pacjenta lub jego rodzinę był chyba rzadszy od bezkartkowej szynki. Tymczasem przełom polityczny przyniósł również zmianę w podejściu do służby zdrowia. Jako że moja praca rozpoczynała się właśnie w owym okresie, pamiętam pierwsze jej symptomy. Ludzie, uświadomieni w swoich prawach, zaczęli krzyczeć, że płacą podatki i się należy takie leczenie, jak na Zachodzie, skoro już nie ma socjalizmu. Uposażenie doktorów sięgnęło dna i spora ich część zaczęła opuszczać kraj. Tymczasem zaczęły pojawiać się pierwsze jaskółki reform, które zbliżyły nasz kraj do standardów zachodnich. Jednak ceną było również sprymitywizowanie kultury masowej i środków przekazu na modłę przysłowiowego niemieckiego „Bilda”. Na okładkach tabloidów zaczęły pojawiać się fotografie lekarzy, którzy popełnili realne albo wyimaginowane przestępstwa. W tych gazetach wyrok jest jednoznaczny i wy-

dany przed orzeczeniem sądu. Epitety takie jak zbrodniarz, morderca, rzeźnik są na porządku dziennym. Tu nie ma progresji choroby czy innych czynników. Tu jest tylko że: „doktor się nie poznał” i ktoś umarł albo jest kaleką. Obowiązkowe zdjęcie na komentarzu. Najlepiej, nad grobem dziecka. A obok zdjęcie doktora tak zrobione, że każdy natychmiast poznaje go, mimo zaślonytych oczu.

Tymczasem jest grupa zawodowa wolna od takich trosk. To prawnicy. Sędziowie mają immunitet, który właściwie czyni ich bezkarnymi w każdej sytuacji. Jazda po pijaku, drobne przekroczenie prędkości czy cokolwiek, za co zwykły obywatel ma nieliche kłopoty, ich w ogóle nie martwi. Wystarczy pokazać policjantowi legitymację i dalej w drogę – immunitet. Również prasa oszczędza prawników. Nie słyszałem, ani nie widziałem, aby tabloidy pokazywały np. sędziego, który skazał niesłusznie kogoś na długoletnie więzienie np. z komentarzem: „Ten bydlak nadal sądzi ludzi, a powinien siedzieć w więzieniu” (zamieniłem słowo „leczy” na „sądzi” z oryginalnego tekstu W.S.). A spraw takich jest niemało. Są niekiedy bardziej przerażające niż błędy lekarskie. Niewinny człowiek w celi z bandytami, którzy szybko zrobią z niego coś, tak – coś – a, nie kogoś. To „coś” nazywa się w gwarze więziennej cwel. Bowiem dla prawdziwego grypsiarza frajer, który siedzi „za friko” to nie człowiek, ale rzecz. Taką przysługę robią niektórym sędziowie. Czy ktoś słyszał, aby ich korporacja jakoś ukarała. Nie, po prostu takie były dowody w sprawie.

Lekarz nie może się pomylić. Zajmie się nim sędzia z immunitetem.

Jako że postęp cywilizacyjny dotarł i do nas, ciężar opinii o lekarzach przesunął się w stronę cyberprzestrzeni. Fora internetowe stwarzają doskonałe pole do anonimowego (w miarę) wyrażania poglądów o wszystkim, od polityki, poprzez gospodarkę i religię, na lekarzach skończywszy. Ostatnim hitem jest wcale nie nowa strona „Znany Lekarz”. Założył ją pan, który twierdzi, że chciał w ten sposób pomóc ludziom w poszukiwaniu najszybszych specjalistów. Strona szybko przekształciła się w forum niewybrednych ocen lekarzy przez ludzi, zazwyczaj z – jakiś tam względów – niezadowolonych. Oczywiście jest demokracja, wolność słowa, za którą tak tęskniliśmy w okresie moich studiów. Prawda. Lecz jeśli ma to być strona taka, jak deklaruje założyciel, czemu nie ma obowiązku podania danych, np. Peselu, a może – jak przystało na ludzi honoru – (przecież Polska to kraj ludzi honoru, dzieci ułanów, potomków Piłsudskiego itp.) pełnego imienia i nazwiska. Jeśli nawet doktor X mnie zawiódł, niech wie co Wojciech Szczęsny z Bydgoszczy o nim myśli. Odpowiedź jest prosta. Ciekaw jestem jak długo istniałoby forum oceniające adwokatów, prokuratorów, sędziów i policję. np. „Prokurator X to szuja, za pieniądze robi wszystko. Sam mu płaciłem, żeby nie oskarżał szwagra. Dałem dwa razy, bo powiedział, że musi jeszcze dać działkę sędziemu Y”. Myślę, że wtedy znalazłoby się ustawy, paragrafy i oczywiście ludzie, którzy szybko zamknęli by tę stronę.

Stanowisko Naczelnej Izby Lekarskiej jest też właściwie nijakie. Z drugiej strony – jak sądzę – „mogą skoczyć” jak mawiał Kłobuszeński w słynnym skeczu, administratorowi strony. Tak więc nadal będziemy bezkarnie obrażani. Szkoda. A miało być tak miło. A może źle zrozumiałem...

Agencja Ubezpieczeniowa Tomasz Czajkowski

zajmujemy się obsługą:

- ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej lekarzy,
- ubezpieczeń obowiązkowych od odpowiedzialności cywilnej NZOZ,
- ubezpieczeń NZOZ oraz gabinetów lekarskich,
- ubezpieczeń pakietowych OC/AC/NW,
- ubezpieczeń domów i mieszkań.

Tomasz Czajkowski ul. Opławiec 48 85-469 Bydgoszcz



PZU SA

www.czajkowski-ubezpieczenia.pl

Uwaga!

PZU S.A. obniża cenę!

zadzwoń

tel. 601 672 559, 052 581 66 33



Doktoraty

Dziekanat Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy informuje, że niżej wymienione osoby dnia 17.12.2008 r., 14.01 i 4.02.2009 r. uzyskały stopień naukowy dr. n. med.:

- **Emilia Ciok-Pater** z Kat. i Zakł. Mikrobiologii dn. 17.12.2008 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Drożdże z rodzaju *Candida* – ocena zdolności wytwarzania biofilmu”
promotor: dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Piotr Kurnatowski, UM Łódź, prof. dr hab. Gerard Drewa, CM UMK
- **Anna Michalska** z Kat. i Zakł. Mikrobiologii dn. 17.12.2008 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Ocena wybranych właściwości biologicznych oraz pokrewieństwa szczepów pałeczek *Enterobacter spp.*”
promotor: dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: dr hab. Grażyna Gościński, prof. AM we Wrocławiu, dr hab. Krzysztof Kusza, prof. UMK, CM UMK
- **Krzysztof Bromber** z NZOZ w Zielonej Górze dn. 17.12.2008 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Litotrypsja ureterskopowa (URSL) oraz falami generowanymi pozaustrojowo (ESWL) w leczeniu chorych z kamicią dolnego odcinka moczowodu”
promotor: prof. dr hab. Zbigniew Wolski, CM UMK
recenzenci: dr hab. Wojciech Pypno, prof. UM w Warszawie, dr hab. Marek Sosnowski, prof. UM w Łodzi
- **Barbara Brzezińska** z Kliniki Endokrynologii i Diabetologii dn. 17.12.2008 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Występowanie zaburzeń gospodarki węglowodanowej u chorych po przeszczepieniu nerki”
promotor: prof. dr hab. Roman Junik, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Andrzej Nowakowski, UM Lublin, dr hab. Zbigniew Włodarczyk, prof. UMK, CM UMK
- **Patrycja Zalas-Więcek** z Katedry i Zakładu Mikrobiologii dn. 17.12.2008 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Wpływ wybranych czynników na adhezję pałeczek *Escherichia coli* do polimerów”
promotor: dr hab. Eugenia Gospodarek, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Zbigniew Wolski, CM UMK, prof. dr hab. Anna Przondo-Mordarska, AM Wrocław
- **Remigiusz Olędzki** z Kat. i Zakł. Biochemii dn. 17.12.2008 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Procesy pro – i antyoksydacyjne w młodych i starych krwinkach czerwonych u osób starszych”
promotor: prof. dr hab. Józef Kędziora, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Tomasz Kostka, UM Łódź, prof. dr hab. Ryszard Oliński, CM UMK
- **Jakub Szmytkowski** z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej dn. 17.12.2008 r. uzyskał stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Ocena przydatności oznaczania recyrkulacji krwi za pomocą testu infuzji glukozy do wykrywania dysfunkcji dializacyjnych przetok tętniczko-żylnych”
promotor: dr hab. Stanisław Dąbrowiecki, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: dr hab. Marek Jackowski, prof. UMK, CM UMK, dr hab. Waldemar Kostewicz z Międzyzleskiego Szpit. Specj. w Warszawie
- **Agnieszka Łukaszewska-Smyk** z Kliniki Chorób Oczu dn. 14.01.2009 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Stan torebki tylnej w pseudofakii – obserwacja od operacji przez okres 12 miesięcy”
promotor: prof. dr hab. Józef Kałuzny, CM UMK
recenzenci: dr hab. Grażyna Malukiewicz, CM UMK, prof. dr hab. Janusz Czajkowski z CZMP w Łodzi
- **Marta Tomaszewska** z Zakładu Neuropsychologii Klinicznej dn. 14.01.2009 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie biologii medycznej
tytuł rozprawy: „Ocena neuropsychologiczna różnych aspektów pamięci operacyjnej w populacji polskiej: związek z polimorfizmem genów determinujących funkcje poznawcze”
promotor: prof. dr hab. Alina Borkowska, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Włodzimierz Oniszczenko z Uniw. Warszawskiego, prof. dr hab. Jerzy Samochowiec z PAM w Szczecinie
- **Iwona Bolewicz-Planutis** z Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy dn. 4.02.2009 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Analiza przyczyn bólu w klatce piersiowej u dzieci i młodzieży”
promotor: prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, CM UMK
recenzenci: prof. zw. dr hab. Anna Balcar-Boroń, em. CM UMK, prof. dr hab. Wanda Kawalec, CZDz w Warszawie
- **Anetta Juraszek** z Poradni Genetycznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy dn. 4.02.2009 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Genetyczne podłoże zaburzeń rozwojowych pensjonariuszy Zakładów Opieki Społecznej województwa kujawsko-pomorskiego”
promotor: prof. dr hab. Olga Haus, CM UMK
recenzenci: prof. zw. dr hab. Anna Balcar-Boroń, em. CM UMK, dr hab. Stanisław Zajęczek, prof. PAM w Szczecinie
- **Wanda Badowska** z Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie dn. 4.02.2009 r. uzyskała stopień naukowy dr. n. med. w zakresie medycyny
tytuł rozprawy: „Analiza wyników leczenia i czynników prognostycznych u dzieci z ostrą białaczką limfoblastyczną”
promotor: dr hab. Jan Styczyński, prof. UMK, CM UMK
recenzenci: prof. dr hab. Mariusz Wysocki, CM UMK, prof. dr hab. Jerzy Kowalczyk, UM w Lublinie.

W życiu nie można się cofać. Niepodobna czasu odwrócić, kazać mu iść do tyłu, by najpiękniejsze dni z przeszłości przeżyć jeszcze raz.

Phil Bosmans

O tym, co nieuchronne

A nieuchronne jest nasze starzenie się i związana z nim możliwość występowania różnych zaburzeń psychicznych. I o tym właśnie mówiła nam w swojej ciekawej, szczególnie dla nas, seniorów, prelekcji w grudniu 2008 roku – dr n. med. Maria Linka, ordynator Oddziału Psychoz w Katedrze i Klinice Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy. To trudny problem, zarówno życiowo, jak i klinicznie, w diagnozowaniu i leczeniu.

Społeczeństwo dynamicznie starzeje się. I tak, w 1800 r. średnia długość życia populacji europejskiej wynosiła 27 lat(!), w 1900 r. już 45 lat dla mężczyzn i 50 dla kobiet, a ostatnio 72 lat dla mężczyzn i 78 dla kobiet! Obecnie za wiek starczy uważa się wiek powyżej 65 roku życia. Wiąże się z nim różne zaburzenia psychiczne, które wprawdzie mogą wystąpić w każdym wieku, ale najczęściej dotyczą wieku podeszłego.

Z „grubsza” możemy podzielić je na trzy grupy:

I. Zaburzenia związane z fizjologicznym procesem starzenia się, obejmujące około 60% populacji, polegające głównie na pogarszaniu się pamięci. Proces ten u większości narasta powoli, równoległe z wiekiem, przy dobrej adaptacji do zmian z nim związanych i utrzymaniem aktywności życiowej.

II. Łagodne zaburzenia poznawcze (MCI). Występuje znaczniejsze osłabienie pamięci, łagodny defekt poznawczy, przy niezaburzonej aktywności życiowej, (choć mogą być jej dyskretne ubytki typu aktywności złożonej) oraz przy zachowaniu świadomości jasnej.

III. Zespoły otępienne, dotyczące około 5% populacji ludzi starych. Występuje spadek zdolności intelektualnych, zakłócający często funkcjonowanie społeczne i zawodowe oraz deficyty poznawcze dotyczące pamięci, języka, myślenia, rozwiązywania problemów, zaniku orientacji w czasie i otoczeniu, itp. Wyróżniamy tu dwie podgrupy:

a) zaburzenia pierwotne (zwyrodnieniowe), do których zaliczamy chorobę Alzheimera, otępienie z ciałami Lewy’ego i czołowo-skroniowe, a także otępienia w innych chorobach ośrodkowego układu nerwowego, jak np. Parkinsona czy Huntingtona oraz

b) otępienia wtórne, których najczęstszą przyczyną jest miażdżyca.

Wiek podeszły usposabia też do występowania zaburzeń z innych obszarów psychopatologicznych, z których na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia depresyjne.

Metody leczenia:

1. porady oraz wsparcie chorego i jego rodziny,

2. postępowanie nefarmakologiczne (ćwiczenie pamięci, programy psychoedukacyjne),

3. terapia farmakologiczna: klasyczne leki nootropowe (piracetam, aniracetam), inhibitory cholinesterazy (riwastygmina, donepezil, galantamina, wymiatacze wolnych rodników i przeciwutleniające (ginkobiloba, witaminy A,C,E, estrogeny, selegilina), niesteroidowe leki przeciwzapalne, szczególnie inhibitory COX-2 (diclofenac, rofecoxib) oraz sprawdzane nowe strategie lecznicze przy zastosowaniu środków przeciwyrodnio- czy też czynnika wzrostu nerwów (neotrofin). Ostatnio pojawiają się próby leczenia genowego (głównie w chorobie Alzheimera) oraz operacyjnego (poprzez stymulację lub uszkodzenie odpowiedniej struktury anatomicznej mózgu – w chorobie depresyjnej, czy głęboką stymulację śródmózgowia – w chorobie Parkinsona).

To był bardzo ciekawy i jakże potrzebny nam, seniorom, wykład wygłoszony przez doktor Marię Linkę, przybliżający nam – z wielkim umiarem i niestresująco – wiedzę o tym trudnym okresie życia. Serdecznie dziękujemy Pani Doktor za poświęcony nam czas oraz liczne materiały do ćwiczeń naszej, czasem kulejącej pamięci.

A my, seniorzy, nie „dajemy się” i nadal... w „zielone gramy”!

Halina Grzybowska-Rogulska
Klub Lekarza Seniora

Dziękujemy Pani Lucynie!

Dziękuję serdecznie w swoim i lekarzy seniorów imieniu za wspianą współpracę, wielką dla nas życzliwość i niesioną pomoc, którą Pani zawsze nas obdarzała.

Trudno pogodzić się nam z Pani odejściem z pracy (stanowczo za wcześnie!), będzie nam Pani bardzo, bardzo brakowało! I proszę o nas nie zapominać, przynajmniej w myślach i wspomnieniach.

Halina Grzybowska-Rogulska
Klub Lekarza Seniora

Lucyna Dreszler – pracowała w biurze BIL od... zawsze, czyli od czasu powstania samorządu i tworzenia biura Izby Lekarskiej (od maja 1990 r.) do końca grudnia 2008 roku.



Bezkonkurencyjne cenowo, pewne, ubezpieczenia w PZU

proponuje agent PZU – lekarz,
kontakt: 0660 000 166



PZU SA

Pełen zakres ubezpieczeń!

W szczególności:

• ubezpieczenia lekarzy

- obowiązkowe: już od 105 złotych składki rocznej
- dobrowolne:

50 tys. EURO – składka od 85 zł rocznie
100 tys. EURO – składka od 115 zł rocznie
200 tys. EURO – składka od 155 zł rocznie



Podziękowanie

Myszę, że będę wyrazicielem wszystkich lekarzy jeśli gorąco i serdecznie podziękuję wszystkim organizatorom – za zorganizowanie w dniu 10 stycznia 2009 r. w Akademii Medycznej w Bydgoszczy, spotkania noworocznego seniorów. Dziękuję za ich trud, wielkoduszność, czas i poświęcenie, jakie włożyli w to spotkanie. Tylko ten, kto nigdy nie organizował żadnej imprezy, nie wie, ile ludzi służy pomocą, swoim czasem, talentem, by podobne spotkanie wypadło dobrze, tym bardziej, gdy się ma do czynienia z seniorami! Ale coż począć, „gdy próchno się w gwiazdy rozlała” (Słowacki), a sam (75) marzę, by chociaż raz w tygodniu zapaść się w sen. Sen głęboki, gęsty jak śnieg i nie powtarzać za Sztaydyngerem, że

*„Znów się wleczę noc bez końca
I darmo czekam snu lub słońca
I boję się tej strasznej ciszy,
Kiedy się własne serce słyszy”.*

Szczególne podziękowanie składam p. dr Małgorzacie Świątkowskiej, za jej trud dotarcia do każdego z nas i charakterystyczny dla siebie sposób wrażliwości i kobiecości, za złożone nam życzenia.

Z wielkim długiem wdzięczności
dr med. Roman Pazdyga



Noworoczne spotkanie seniorów. Fot. Mieczysław Tomasik

Spotkanie lekarzy seniorów

W środę, **1 kwietnia 2009**, o godz. 15.00 – gościem lekarzy seniorów będzie Prezes Towarzystwa Miłośników Miasta Bydgoszczy – Jerzy Derenda. Oczywiście, jak na Prezesa TMMB przystało, tematem spotkania będzie „Piękna stara Bydgoszcz”. Zapraszamy!

Pomagamy w sprawie recept

Uprzejmie informujemy, że w elektronicznym dostępie do rejestracji i druku recept pomagamy **wyłącznie lekarzom emerytom**. W tej sprawie prosimy o zgłaszanie się w Biurze Bydgoskiej Izby Lekarskiej **tylko w poniedziałki** w godzinach 9.00 do 15.00.

IX Mistrzostwa Lekarzy w siatkówce halowej



Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi, w dniach **17–19 kwietnia 2009 r.** organizuje IX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Halowej. Zapraszamy do udziału zainteresowane drużyny z poszczególnych OIL. Ze względów organizacyjnych uprzejmie prosimy o wstępne potwierdzenie udziału do 15 marca br. u organizatora Mistrzostw: **Ewa Wujec, tel. 605 227 822**.

Warunkiem uczestnictwa w turnieju jest przesłanie wpisu w wysokości 500 zł od drużyny w nieprzekraczalnym terminie do 15 marca 2009 r. na konto OIL w Łodzi: PKO BP S.A. I Oddział w Łodzi 98 1020 3352 0000 1602 0010 0362 z dopiskiem „Wpisowe – piłka siatkowa”.

Szczegółowy program Mistrzostw zostanie przesłany do zainteresowanych drużyn do 5 kwietnia br.

II Mistrzostwa Lekarzy w golfie



Komisja Sportu Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie zaprasza na II Mistrzostwa Izb Lekarskich w golfie. Turniej odbędzie się w dniach **9–10 maja 2009 roku** na polu w Wierchowiskach k/Lublina. Pole 9-cio dołkowe, par 68. Rozegrane zostaną 2 rundy po 18 dołków – w sobotę turniej drużynowy, w niedzielę indywidualny. Drużyny dwuosobowe, obowiązują reguły RAA oraz potwierdzony hcp klubowy lub aktualny PZG. Format punktacji – stroke play netto, w drużynowej klasyfikacji końcowej będzie uwzględniony łączny wynik 2 graczy. Przewidujemy również nagrody indywidualne za wyniki w kategorii brutto i netto. W turnieju mogą brać udział członkowie izb lekarskich oraz (poza konkursem) osoby towarzyszące. Liczba reprezentacji z jednej izby jest nieograniczona, zgłoszenia z potwierdzeniem wpłaty do 04 maja 2009 r. Szczegółowy regulamin wyślemy pocztą, a zainteresowanych prosimy o kontakt z **dr Edwardem Wolińskim – tel. kom. 607 935 038 lub dr Arturem Czekierdowskim tel. 606 118 922; fax. (81) 53 206 08, e-mail a.czekierdowski@am.lublin.pl**.

Komisja Sportu OIL w Lublinie, 20-079 Lublin, Chmielna 4; e-mail: office@oil.lublin.pl, tel. (81) 536 04 50 fax: (81) 536 04 70.

Koszt uczestnictwa: członkowie izb lekarskich – 200 zł, osoby towarzyszące – 250 zł.

Wspomnienie o doktor Jadwidze Przyrowskiej

30 czerwca 2008 opuściła nasze grono lekarzy bydgoskich doktor Jadwiga Przyrowska. Wielu z nas była znana dzięki publikowaniu w „Primum non nocere” swoich wspomnień. Cieszyły się zainteresowaniem, jak też prośbami o ich kontynuowanie. Wiem, że chciała poruszyć jeszcze wiele tematów, ale postępujące pogorszenie się stanu zdrowia położyło kres tym zamierzeniom. Dzięki wspomnieniom zyskaliśmy wgląd w lata młodości, ale też i – przede wszystkim – pracy lekarskiej autorki. Epizody, związane z problemami nękającymi służbę zdrowia, niedoborami dawały ilustrację warunków, w których przyszło wówczas świadczyć opiekę chorym.

Jako młody lekarz, rozpoczynający specjalizację w oddziale położniczo-ginekologicznym Szpitala Wojewódzkiego w Bydgoszczy spotykałam się ze strony dr Jadwigi ze szczerą życzliwością. Zawsze była gotowa służyć radą i nabytym doświadcze-

niem, będąc solidnie przygotowanym, świetnym specjalistą. Były to czasy, gdy do szpitala trafiały daleko zaawansowane stany nowotworów narządu rodno. Możliwości pomocy były minimalne, często, niestety, żadne. Onkologii w Bydgoszczy wówczas nie było. Podejmowano próby stosowania napromieniania rentgenem.

Doktor Jadwiga nigdy nie rezygnowała ze starań ulżenia cierpieniom tym chorym. Pamiętam, że z własnej woli, z całym samozaparciem, bezinteresownie podejmowała się domowej opieki nad terminalnie chorymi. Można powiedzieć, że była prekursorem działań, które świadczy dziś hospicjum. Tak rozumiała swoje zadanie jako lekarza. Znamienna była jej dobroć serca, która kierowała ją do najbardziej przykrych i trudnych posług. A zdawała sobie sprawę, że jako lekarz stoi przed przegraną, lecz ogromne zaangażowanie emocjonalne w cudzy dramat było nie-



zmiennie jej rysem charakteru. Prawdziwie realizowała zasadę: Dobro chorego – najwyższym prawem.

Bezkompromisowość w staraniach o zadowolonych jej chorych powodowała nieraz konflikty, niechęć, albo i drwiny otoczenia. A ja nadal spotykam pacjentki, które z wdzięcznością i nawet z rozrzewnieniem wspominają tak oddanego im lekarza.

Pozostaje nam wdzięczność za wszelkie dobro, które ubogacało nasze środowisko i wierna pamięć o tej niezwyklej postaci.

Ewa Foersterling

Zmarł Bogdan Geisler

28 listopada 2008 roku zmarł w Żninie lek. med. Bogdan Geisler. Urodził się 4 sierpnia 1933 roku w Środzie Wlkp. Ojciec był urzędnikiem sądowym, matka zajmowała się gospodarstwem domowym. Kiedy wybuchła II wojna światowa rodzina przeprowadziła się do Poznania, gdzie młody Bogdan w trudach i niedostatku spędził lata okupacji. Po wojnie, za względu na wiek, w trybie przyspieszonym ukończył szkołę podstawową i średnią, a następnie rozpoczął studia na Akademii Medycznej w Poznaniu. Dyplom lekarza medycyny uzyskał w 1957 roku.

Niezwłocznie po studiach podjął pracę w Kopalni Soli w Wapnie (pow. wągrowiecki), gdzie pracował do 1975 roku. W tym czasie poznał lek. med. Andrzeja Hoffmanna, co miało wpływ na jego późniejsze przeprowadzenie się do Żnina. Pracując w Wapnie ukończył specjalizację pierwszego i drugiego stopnia w zakresie medycyny przemysłowej w In-

stytucie Medycyny Pracy w Łodzi. Udzielał świadczeń lekarskich nie tylko pracownikom kopalni, ale także mieszkańcom Wapna i okolicznych wsi. W 1975 r. podjął pracę w Zakładach Chemicznych „Zachem” w Bydgoszczy, gdzie pełnił funkcję kierownika przychodni zakładowej. W jego życiorysie godny odnotowania jest epizod pracy na budowie elektrowni jądrowej w Żarnowcu. Od listopada 1987 roku podjął pracę w Przychodni Rejonowej w Żninie w charakterze lekarza pierwszego kontaktu. Do 1995 roku pełnił dyżury w szpitalu ZOZ w Żninie na oddziale wewnętrznym. Na emeryturę przeszedł w roku 1998 i nie rezygnując z aktywności zawodowej opiekował się pracownikami prywatnych zakładów pracy. Długa i ciężka choroba nie pozwoliła mu przez ostatnie trzy lata na kontynuowanie działalności zawodowej.

W Zmarłym straciliśmy życzliwego współpracownika, oddanego le-



karza. Bogdan był znakomitą gawędzarzem, wspaniałym opowiadaczem anegdot, niezrównanym facecjonistą, człowiekiem o dużym doświadczeniu życiowym i doświadczonym przez życie, posiadaczem rozległej wiedzy w wielu dziedzinach i fenomenalnej pamięci. Kochał góry i często odbywał piesze wycieczki po nich.

Kochany Bogdanie, nigdy o Tobie nie zapomnimy.

lek. med. Andrzej Stempniewski

Wieczność przed nami i wieczność za nami.
A dla nas chwila między wiecznościami

Jan Sztudynger

Żegnamy Cię... Rajmundzie!

Przemijanie, czasowość warunkują nasze ziemskie bytowanie. Każda, nagle, tragiczna śmierć budzi w nas sprzeciw i refleksję. Przypomina o kruchości ludzkiego życia o czym w nawale codziennych spraw, obowiązków, problemów nie myślimy i zapominamy.

Z Rajmundem łączyło nas wiele. Rodowity bydgoszczanin, szwederowiak. Studia na Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie ukończył w 1971r. Staż i specjalizację odbywał w Szpitalu Ogólnym nr 1 w Bydgoszczy, pod kierunkiem takich znakomitości, jak dr Żołądkiewicz i dr Osiński. Zamiłowania do sportu i wyznawana przez całe życie zasada, że „ruch to życie, a życie to ruch!”, sprawiła, że zajmą się ortopedią i rehabilitacją. Specjalizacje w tym zakresie uzyskał – I stopnia w 1976 r. i II stopnia w 1979 r.

Opiekował się sportowcami WKS Zawisza a potem przez długie lata żużlowcami BKS Polonia. To była Jego pasja i hobby. Wiedział, że sport wyczynowy, to urazy i kontuzje.

Umiejętność rehabilitacji zarówno ruchowej, jak i psychicznej realizował w praktyce. To przysposobiło Mu doskonałą opinię wśród zawodników i trenerów. Podobnie było w Jego lekarskiej posłudze pacjentom. Zawsze można było liczyć na życzliwość, pomoc, odpowiednie leczenie i rehabilitację. Lubiany przez pacjentów

i podległy sobie personel. A przecież w życiu pracował w wielu miejscach: szpitalu, poradniach specjalistycznych i przychodniach, m.in. w ZOZ-ie Przemysłowym w Zachemie, Przychodni Ortopedyczno-Rehabilitacyjnej, Przychodni Rejonowej „Leśna”, „Czyżkówko”, ZOZ Tuchola. Przez kilka lat pracował także na kontraktach w dalekiej Libii.

Wszędzie zjednywał sobie sympatię i poważanie. Wypracował sobie opinię lekarza i człowieka o wysokiej wiedzy i kulturze osobistej. Można się było do dr. Rajmunda Karczewskiego zwrócić z każdym problemem. Nigdy nie odmawiał nikomu swojej rady i pomocy. Zawsze znalazł czas na wysłuchanie, badanie i sposób pomocy osobie, która się do Niego zwracała. To zjednywało Mu przyjaciół, szacunek i poważanie.

Od 1989 r. przejął po Pani dr Dobrochnie Śniegockiej kierownictwo Zakładu Usprawniania Leczniczego w Wojewódzkim Szpitalu im. dr. J. Bizuela, gdzie pracował do końca. Swoich pracowników traktował po przyjacielsku. Potrafił stworzyć atmosferę wzajemnego wspierania się w uciążliwej i trudnej pracy rehabilitanta. Jak każdy z nas, nie był wolny od słabości. Starał się je przezwyciężać, znajdując oparcie wśród najbliższych i przyjaciół. Niestety, nie będzie mógł już realizować planów przyszłego, spokojnego życia z ro-



Rajmund Karczewski
(25.12.1947 – 29.12.2008)

dziną na emeryturze, żoną Lidzią i córkami Dagmarą i Wiktoria, dla których był troskliwym, ukochanym mężem i ojcem. Wspominał o tym kapelan spełniający ostatnią posługę. Na tej ostatniej drodze, szło z Nim wielu. Rodzina, przyjaciele, znajomi. Lekarze i pacjenci, którym przywracał sprawność i radość życia. Szliśmy w milczeniu i smutnym zamyśleniu.

Nie sposób w kilkudziesięciu zdaniach zmieścić życia człowieka, z którym przez wiele lat miało się bliski kontakt, którego darzyło się szacunkiem i zwyczajnie, po ludzku lubiło. Takim był Rajmund! Brakuje Go, wyróżniającego się wzrostem na szpitalnym korytarzu. Pozostają mi w pamięci nasze rozmowy o życiu i związanych z nim problemach, o pracy i przyjemnościach, o sporcie i ludzkich słabościach. Po każdym z nas, kiedy odchodzi do wieczności pozostaje ta pamięć i żal, że coś się skończyło a życie zwyczajnie, toczy się dalej!

Roman Kotzbach

KONFERENCJA PROTETYCZNA SZCZECIN, 3-4 KWIETNIA 2009

I MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA PROTETYCZNA
WSPÓŁCZESNE METODY I MATERIAŁY W LECZENIU PROTETYCZNYM
REALNA STOMATOLOGIA
WYSTAWA MATERIAŁÓW I SPRZĘTU STOMATOLOGICZNEGO

Szczecin, 3-4 kwietnia 2009 r.
(piątek 16.00 ÷ 19.00; sobota 10.00 ÷ 19.00)
Budynek Rektoratu PAM, ul. Rybacka 1, Szczecin



Główne tematy: Leczenie protetyczne w oparciu o implanty • Mosty adhezyjne • Wskazania i przeciwwskazania do stosowania podparć szklanych • Zastosowanie kliniczne miękkich materiałów do podścielania protez • Protezy podparte - metal czy acetal? • Alternatywne metody leczenia protetycznego z zastosowaniem włókna szklanego • Masy silikonowe w praktyce stomatologicznej • Leczenie endodontyczne jako przygotowanie do leczenia protetycznego • Chirurgia periodontologiczna w leczeniu protetycznym • Dodatkowo prezentacje i warsztaty praktyczne w grupach

Główni wykładowcy:

• prof. dr hab. n. med. Bogumiła Frączak • dr hab. n. med. prof. nadzw. Ryszard Koczorowski
• dr hab. n. med. prof. nadzw. Mariusz Lipski • dr n. med. Ewa Sobolewska • lek. dent. Danny Payan

Koszt uczestnictwa: 450 zł, przy wpłacie do 5 marca 2009 r. - 350 zł
(wykłady, prezentacje, posiłki). Koszt uczestnictwa w jednym dniu 290 zł.
Koszt bankietu w piątek 03.04.2009 r. - 200 zł. **Wstęp na wystawę bezpłatny.**

Szczegóły i rejestracja uczestników: www.realna.pl, tel. 0 502 652 932

ORGANIZATORZY:

KATEDRA I ZAKŁAD PROTETYKI STOMATOLOGICZNEJ PAM, Szczecin, tel./fax 091 466 17 15
ANDERSZ, Szczecin, ul. Okólna 49, tel./fax 091 42 19 997, kontakt@realna.pl



Zaproszenia dla Czytelników do Teatru!

- **16 i 17.03**, godz. 17.00 – **Łaknąć**
Sarah Kane – 1x2 na każdy spektakl;
- **18.03**, godz. 19.00 – **Turyści** Artur
Pałyga – 1x2;
- **22.03**, godz. 17.30 – **Nie-Boska
Komedia** – 3x2;
- **29.03**, godz. 19.00 – **Witaj/Żegnaj**
Suzan Lori-Parks – 2x2

Czekamy na telefony 16 marca
od godziny 9 do 11
– Ewa Langner 052 346 00 84.

Repertuar marzec 2009



- **13.03 XI Ogólnopolski Festiwal Sztuki Reżyserskiej INTERPRETACJE**
– **Drugie zabicie psa** wg Hłaski w reżyserii Wiktora Rubina, 17.00, 20.00
- **15, 16.03** Sarah Kane **Łaknąć**, Mała Scena TPB, 17.00, 20.00
- **17.03** Sarah Kane **Łaknąć**, Mała Scena TPB, 19.00
Artur Pałyga **Turyści**, Duża Scena TPB, spektakl kameralny, 19.00
- **18.03** Artur Pałyga **Turyści**, Duża Scena TPB, spektakl kameralny, 19.00
- **20.03** Krasiński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna, Mała Scena TPB, 19.00
Polski Teatr Tańca – Carpe Diem, Duża Scena TPB, 19.00
- **21, 22.03** Krasiński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna, Mała Scena TPB, 17.30, 20.00
Po spektaklu spotkanie twórców i wykonawców
- **25, 26.03** Jan Brzechwa **Pchła Szachrajka**, Mała Scena TPB, 10.00, 12.30
Suzan Lori-Parks **Witaj/Żegnaj**, Duża Scena TPB, 19.00
- **27.03** Jan Brzechwa **Pchła Szachrajka**, Mała Scena TPB, 10.00
Suzan Lori-Parks **Witaj/Żegnaj**, Duża Scena TPB, 19.00
- **28, 29.03** Suzan Lori-Parks **Witaj/Żegnaj** Duża Scena TPB, 19.00

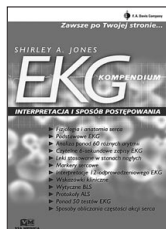
Repertuar może ulec zmianie



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



EKG Kompendium.
Interpretacja i sposób postępowania
cena Ikamed: 36,60 zł
ISBN13: 9788389861825
wydawca: Via Medica
– Wydaw. Medyczne
rok wydania: 2007

oprawa: miękka
format: 85x145
liczba stron: 204

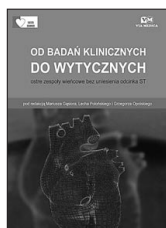
Twój kieszonkowy pomocnik kliniczny. Niezbędne informacje kliniczne których potrzebujesz. Przenośne, niezastąpione, kieszonkowe narzędzie służące bezpieczeństwu i efektywności opieki medycznej. EKG Kompendium prezentuje podstawowe informacje dotyczące układu krążenia (anatomia, fizjologia układu sercowo-naczyniowego, układ bodźcoprzewodzący serca, składniki krzywej EKG oraz interpretacja najważniejszych rytmów) oraz dostarcza zwięzłych informacji na temat sposobów monitorowania zapisu EKG oraz interpretowania różnych rytmów.



Menopauza bez leków
cena Ikamed: 40,80 zł
autor: Linda Ojeda
ISBN13: 9788360945995
wydawca: Bookmarket
rok wydania: 2008
oprawa: miękka
format: 130x200

liczba stron: 528

Biblia zdrowia i dobrego samopoczucia Whole Life Times. Książka od lat pozostająca bestsellerem, opisująca naturalne, niefarmakologiczne podejście do menopauzy, w tym wydaniu uzupełniona o najnowsze wyniki badań dotyczących hormonalnej terapii zastępczej.



Od badań klinicznych do wytycznych – Ostre zespoły wieńcowe bez uniesienia odcinka ST
autorzy: Mariusz Gąsior, Lech Poloński, Grzegorz Opolski
ISBN13: 9788375990058
wydawca: Via Medica – Wydaw. Medyczne

rok wydania: 2008
format: 164x238
oprawa: miękka
liczba stron: 260

Obecne nowe wydanie opiera się na tych właśnie wytycznych i jest ograniczone, ze względu na objętość, tylko do ostrych zespołów wieńcowych bez uniesienia odcinka ST. Kolejną zmianą, jesteśmy przekonani, że korzystną, jest rozszerzenie grona autorów o zespół I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.



Patologia układu żylnego.
Słownik terminów flebologicznych
autor: Francois Becker
ISBN13: 9788375990195
wydawca: Via Medica
– Wydaw. Medyczne

rok wydania: 2008
Wydanie II rozszerzone
format: 205–290
oprawa: miękka
liczba stron: 148

Publikacja ta jest przeznaczona głównie dla osób, które chcą zdobyć wiedzę dotyczącą tej trudnej dziedziny, jaką jest flebologia. François Becker trafnie połączył definicje francuskojęzyczne i odpowiednie pojęcia anglosaskie, zróżnicował opisy pojęć i wskazał stosowne pozycje piśmiennictwa. Możliwe, że niniejsza książka stanie się w przyszłości podręcznikiem referencyjnym w dziedzinie chorób naczyń.

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 15 Bydgoszcz
tel. (052) 37 307 87 (między Piękną a Castoramą)
Telefon kom. 0602 38 65 81
e-mail: rogalski@box.net.pl

- PROWADZENIE ROZLICZEŃ PODATKOWYCH KONTRAKTÓW LEKARSKICH
- ROZLICZENIA z ZUS i US
- 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



Współczesna terapia nadciśnienia tętniczego
Pod redakcją J. Głuszka
format B5
liczba stron 184
twarda oprawa
Termedia Wydawnictwa Medyczne

ISBN 978-83-89825-03-2

cena: 49.00 zł + koszty wysyłki

Czytelnik niniejszego opracowania może zapoznać się z aktualnymi zasadami leczenia nadciśnienia opartymi na tych badaniach, a lektura poszczególnych rozdziałów ułatwi podjęcie decyzji terapeutycznych.

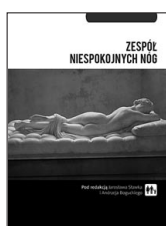


Koło ratunkowe dla szpitali
Od doświadczeń do modelu restrukturyzacji
Pod redakcją Adama Kozierkiewicza
Termedia Wydawnictwa Medyczne

ISBN 978-83-89825-48-3

cena: 43.00 zł + koszty wysyłki

Poszczególne dokumenty zawarte w niniejszej publikacji opisują sytuację prawną i organizacyjną szpitali w Polsce, omawiają doświadczenia innych krajów w tej dziedzinie oraz procesy restrukturyzacyjne występujące w ostatnich latach w polskim szpitalnictwie.



Zespół niespokojnych nóg
Pod redakcją J. Sławka i A. Boguckiego
format A5
liczba stron 168
Termedia Wydawnictwa Medyczne

ISBN 978-83-89825-13-1

cena: 44.00 zł + koszty wysyłki

Monografia poświęcona zespołowi niespokojnych nóg jest pierwszą taką pozycją na rynku książek medycznych w Polsce. Mamy nadzieję, że przyczyni się do wzrostu zainteresowania tym tematem wśród lekarzy rodzinnych, neurologów, psychiatrów oraz do lepszej rozpoznawalności i skuteczniejszego leczenia tego schorzenia.

Książki można zamówić:

- wypełniając gotowy formularz na stronie www.termedia.pl
- dzwoniąc po numer 061 656 22 00.

Mój jest ten kawałek podłogi!...

*Najlepsze te małe kina
w rozterce i w udręce,
z krzesłami wyścielanymi
pluszem czerwonym jak serce.*

Konstanty Ildefons Gałczyński



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Znowu wzięło mnie na wspomnienia!

Gdzie te czasy, kiedy do kina chodziło się przynajmniej trzy razy w tygodniu? Kiedy najgorszą karą wychowawczą był zakaz chodzenia do kina? Kiedy utożsamiało się z bohaterami i podkochiwało w niektórych aktorkach, jak na przykład w Lucii Bose (czy ktoś jeszcze ją pamięta?). Kiedy każde kino miało swój urok jak na przykład „flou buda” (starzy bydgoszczanie będą wiedzieli, o jakie to, nieistniejące już, kino chodzi). Kiedy mimo „jedynie słusznej” zasady, że najlepsze filmy to filmy radzieckie, oglądało się filmy francuskie, włoskie, angielskie, a nawet meksykańskie i argentyńskie, nie wspominając już o amerykańskich, które to wypadało oglądać z „odpowiednim w tych czasach krytycyzmem”.

Czy w dobie obecnej ktoś idąc do kina przeżywa ten dreszcz podniecenia „wpuszczą czy nie na „Fanfana Tulipana”, a był to film dozwolony od lat osiemnastu, których się jeszcze nie miało!

Czy obecnie widzowi znany jest dylemat – „kupię bilet w kasie, czy będę musiał go kupić u ‘konika’?”.

Dla kinomanów, a ja do nich się zaliczałem”, dobre to były czasy!

A co teraz?

Teraz kin małych, kin z duszą już nie ma!

Teraz królują multipleksy – kombinaty do robienia kasy, gdzie ważniejszym od przeżywania filmu jest spożywanie popcornu i popijanie go coca-colą! Te kina, które – obojętnie, w jakim mieście będziesz – są wszędzie takie same! Kina, w których króluje film „made in USA”!

Nie dziwię się, zatem, że spragnieni filmu bardziej ambitnego, filmu artystycznego, szukają pozytywnych wrażeń na niszowych festiwalach filmowych. Tylko tam spotkać można prawdziwe kino!

Zresztą piszę te słowa wspominając z łezką w oku przeszłość, bo niestety moja terażniejszość nie umożliwia mi uczestniczenia w tego rodzaju festiwalach, a wycieczka do nowoczesnego kompleksu kinowego skazuje mnie na „przyjemność” oglądania filmu tylko z poziomu pierwszego rzędu przed ekranem, co nigdy, nawet w nieistniejących już kinach z duszą, nie należy i nie należało do przyjemności.

Kończę, zgadzając się z poetą, że najlepsze są te małe kina!

A. Martynowski

Zjazd

Wydział Lekarski AM w Gdańsku rocznik 1968–74

Z okazji 35-lecia uzyskania dyplomów organizujemy zjazd absolwentów, który odbędzie się w dniach **11–13 września 2009 r.** w Ośrodku Wypoczynkowym DEBRZYNO, 83-406 Wąglikowice k/Kościerzyny.

Koszt uczestnictwa około 400 zł. Przedpłata w wysokości 200 zł do końca maja br.

Potwierdzenie uczestnictwa (także do końca maja br.) prosimy przekazać na adres Jerzego Tujakowskiego, e-mail: tujakowscy@interia.pl, 86-031 Osielsko, ul. Irysowa 7 lub telefonicznie (052) 381 33 55.

Ośrodek Debrzyńno dysponuje pokojami 2, 3, 4-osobowymi. Rezerwacja tel./fax (058) 686 72 04 lub 606 149 200.

Nr konta: Baustal O.W. Debrzyńno, 83-406 Wąglikowice k/Kościerzyny, Bank Millenium O/Kościerzyna, nr 07 1160 2202 0000 0000 2876 6222 tytuł wpłat „spotkanie koleżeńskie”.

Komitet organizacyjny: przewodniczący – Piotr Hubert tel. 601 632 616, członkowie: Małgorzata Świątkowska tel. 606 978 788, Elżbieta Buszko-Sikora tel. 602 596 066, Jerzy Tujakowski tel./fax (052) 381 33 55, e-mail: tujakowscy@interia.pl, Jan Nagórski tel. 602 955 084.

Serdecznie zapraszamy!

Kursy, konferencje

**Włocławskie Stowarzyszenie
Lekarzy Stomatologów
zaprasza 21 marca na kurs
do Ciechocinka**



Rehabilitacja protetyczna z zastosowaniem protez stałych (korony, mosty)

Wykładowca: **Prof. dr hab. Wiesław Hędzulek** – Kierownik Katedry i Kliniki Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w Poznaniu.

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

Szkolenie odbędzie się w dniu 21.03.09 (sobota) w sali konferencyjnej Sanatorium Kolejowego w Ciechocinku przy ul. Zdrojowej 17. Początek zajęć o godzinie 10.00. Termin nadsyłania zgłoszeń i wpłat do 16.03.08. Liczba miejsc ograniczona.

Informacje i zgłoszenie uczestnictwa: (054) 231 51 57, lub 694 724 871.

DEKORACJE
ŚLUBNE
KOMFORTOWE
PRZEWozy

Oferujemy

Przewozy elegancką i komfortową limuzyną BMW serii 7 o najwyższym standardzie. Każdy z naszych pasażerów otrzyma upominek. Na wesela dekoracja samochodu gratis.

Państwu:

Dekoracje ślubne:

- ◆ kościoła
- ◆ sali weselnej
- ◆ samochodu
- ◆ bukiety ślubne
- ◆ dekoracje innych imprez okolicznościowych

Obsługujemy różnego rodzaju imprezy okolicznościowe, jak:
wieczory panieńskie/kawalerskie,
wesela, komunie,
spotkania biznesowe.

Kontakt:
tel. 505 170 760
www.komfortauto.pl

PRACA

Dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy zatrudni **lekarza z II stopniem specjalizacji z chorób wewnętrznych, diabetologa lub endokrynologa** (umowa o pracę lub kontrakt) do pracy w Zakładzie Endokrynologii i Diabetologii w niepełnym wymiarze czasu pracy: 2–3 dni w tygodniu, bądź do uzgodnienia. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt: (052) 36 55 331 lub przesłanie CV wraz z listem motywacyjnym na adres Szpitala: ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz, e-mail: kancelaria@biziel.pl

Zatrudni **lekarza internistę, lekarza rodzinnego** w pełnym wymiarze godzin pracy lub nie. Placówka posiada dobrze wyposażone gabinety lekarskie oraz gabinety diagnostyczne. Świadczymy usługi komercyjne oraz posiadamy umowę z NFZ. Godziny pracy do ustalenia. Zainteresowane osoby proszę o kontakt z działem administracji: NZOZ „Elmed” Bydgoszcz Sp. z o.o., ul. Karłowicza 3–5, 85-092 Bydgoszcz, tel. (052) 320 94 11 lub 602 618 727.

NZOZ Przychodnia Akademicka w Bydgoszczy ul. Koftątaja 9 zatrudni **lekarza do pracy w POZ**, w niepełnym wymiarze czasu pracy. Kontakt: tel. (052) 322 34 02, tel. 515 263 020.

Stacja Dializ B. Braun AVITUM w Nakle nad Notecią zatrudni **lekarza w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych lub specjalistę II stopnia z chorób wewnętrznych** w pełnym wymiarze godzin. Kontakt: 600 201 941 lub tel. (052) 385 23 50.

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

NZOZ Przychodnia „Nad Wisłą” w Bydgoszczy, ul. Pielęgniarska 13 zatrudni **lekarzy do pracy w poz (internista, pediatra)**. Tel. 052 343 92 43.



CHRAPANIE SZKODZI!

**Centrum Leczenia Chrapania i Bezdechu
w Bydgoszczy**

www.niechrapanie.eu

rejestracja telefoniczna: **665 708 052**