

Z IZBY LEKARSKIEJ

Zjazd na koniec kadencji	2
Sprawozdania, rezolucje, oświadczenia, apele i deklaracje.....	2
Wybory	4

CZEKANIE

Psychiatria potrzebuje terapii.....	6
-------------------------------------	---

ROZMOWA Z...

...dr. n. med. Adamem Piziewiczem	7
...dr. n. med. Andrzejem Hoffmannem	8

MIEJSKI PRZEŚWIETLONY

Z najwyższym certyfikatem jakości	9
---	---

POROZMAWIAJMY

Kilka pytań (nie)homeopatycznych	10
--	----

INFORMUJEMY.....	11, 16
------------------	--------

ZE SZPITALI UNIWERSYTECKICH

Zakupy za 5 mln	12
Odtworzyli oś kręgosłupa	12

ŚWIATOWY DZIEŃ NERKI.....	13
---------------------------	----

MOŻNA ZMNIJSZYĆ RYZYKO

Fenyloketonuria matczyzna.....	14
--------------------------------	----

Z COLUMBIA UNIVERSITY.....	15
----------------------------	----

FELIETON I... ..	17
------------------	----

W PIGUŁCE	20
-----------------	----

Zdjęcie na okładce:
fot. Krzysztof Dalke

Szanowne Koleżanki i Koledzy



Jesteśmy po ostatnim w tej kadencji okręgowym zjeździe delegatów naszej izby. Sprawozdania, podjęte uchwały, stanowiska i apele znajdzie Państwo wewnątrz Biuletynu.

Niestety, kolejny Zjazd pokazał, iż niektórzy mimo tego, że zgodzili się na pracę w samorządzie lekarskim, nie do końca potraktowali ten zaszczyt poważnie. Wielu delegatów nawet nie zechciało usprawiedliwić swojej nieobecności. W czasie obrad na sali padła nawet propozycja, aby umieścić w Biuletynie listy obecności ze wszystkich zjazdów mijającej kadencji. Obawiam się, że brak niektórych nazwisk widoczny byłby wielokrotnie. Przed nami kolejna kadencja pracy samorządu, proszę i apeluję o obecność na wyborach i wybór kolegów, którzy zechcą rzetelnie wykonywać swoją pracę.

Zwracam również uwagę na informację o VII Światowym Kongresie Polonii Medycznej, który odbędzie się w dniach 16–19 września 2009 roku w Toruniu. Jest to niebywała okazja, aby spotkać naszych kolegów, którzy ukończyli studia medyczne w Polsce, a pracują na całym świecie, okazja tym większa, iż Kongres organizowany jest między innymi przez naszych sąsiadów z Torunia. Zachęcam bardzo do uczestnictwa!

Radostawa Staszak-Kowalska
Przewodnicząca BIL

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

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

Zjazd na koniec kadencji

W ostatni weekend marca 69 lekarzy – delegatów (a powinno 130 !) uczestniczyło w XXVI, ostatnim w tej kadencji, Okręgowym Zjeździe Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Kolejny Zjazd, podczas którego wcześniej wytypowani w swoich środowiskach delegaci wybiorą najwyższą władzę Izby – jej przewodniczącego, odbędzie się jesienią.

Obrady, tradycyjnie już, poprzedziło wręczenie odznaczeń: „Zasłużony dla samorządu lekarskiego”. W tym roku lekarze uznali, że najwyższe wyróżnienie powinno trafić do: dr. n. med. Witolda Hryncewicza, lek. med. Ewy Kaczanowskiej-Burker, dr. n. med. Jerzego Kąkola, dr. n. med. Krzysztofa Tojka.

Po części oficjalnej, stwierdzeniu Komisji Mandatowej, że „Zjazd jest władny podejmowania uchwał” (69 obecnych delegatów – wobec 66 osób tzw. wymaganej większości) delegaci zabrali się do pracy. Część robocza Zjazdu rozpoczęła się od relacji z działalności w 2008 r.: Okręgowej Rady Lekarskiej, Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Lekarskiego. Zatwierdzono też sprawozdanie finansowe za 2008 rok i przyjęto preliminarz budżetowy na rok 2009.

Emocje wzbudził dodatni wynik finansowy BIL z poprzedniego roku. Padło parę propozycji jak najlepiej podzielić pozostałe 186 056,28 zł. „OZZL postuluje, by Izby przeznaczały ok. 100 tys. złotych na zabezpieczenie lekarzy, którzy mogą stracić pracę z powodu strajku. Proponuję, by nasza Izba zdeponowała na oddzielnym koncie 50 tys. na taki cel, tak by w razie potrzeby mogła wypłacać pieniądze zagrożonym lekarzom – mówił doktor Dariusz Ratajczak, przywołując przykłady kolegów, którym wsparcie finansowe w tym momencie jest niezbędne, m.in. lekarzy ze szpitala w Ciechanowie, którym dyrekcja obniżyła płace o 1600 zł. i proponując, by Zjazd zadeklarował przyłączenie się do pomocy finansowej dla tych właśnie lekarzy.

„Nawet nie wiemy, ile zarabiali lekarze z Ciechanowa. Mamy pomóc panom doktorom, którym obniżono pensje o 1600 zł, ale być może zarabiali po 30 tys. ? Inni lekarze np. emeryci, też są w trudnej sytuacji finansowej!” – opowiadała doktor Małgorzata Świątkowska.

„Musimy dać jasny sygnał, że płac lekarskich nie można obcinać, tym bardziej w tak nielegalny sposób. Oni też muszą myśleć o swojej emeryturze! Nie ma znaczenia, że Ciechanów jest daleko. Bądźmy zjednoczonym środowiskiem lekarskim! Walczmy o godne zatrudnienie i godziwą zapłatę dla lekarzy.” – odpowiadał doktor Ratajczak.

„Mam wrażenie, że jestem na zjeździe OZZL, a doktor Ratajczak już na ostatnim naszym Zjeździe występował przeciwko pewnej grupie zawodowej (od red. prawdopodobnie chodzi o starszych lekarzy)” – włączyła się do bardzo emocjonalnej dyskusji doktor Ewa Kaczanowska-Burker, przekonując, że są inni potrzebujący lekarze, ale wsparcia wymaga też Dom Lekarza Seniora. „Nigdy nie występowałem przeciwko grupie zawodowej, ale przeciwko nieopłacalnej, zbyt drogiej inwestycji – stworzenia Domu Lekarza Seniora” – bronił się Ratajczak.

„Dodatkowe konto nie jest potrzebne, pieniądze powinny zostać przeznaczone na fundusz statutowy Izby. Jeśli Zjazd upoważni ORL do dokonywania darowizn dla lekarzy w trudnych sytuacjach zawodowych, będziemy dokonywać wypłat właśnie z tego konta – przekonywała przewodnicząca BIL, Radosława Staszak-Kowalska.

W rezultacie propozycja doktora Ratajczaka, by wspomóc finansowo kolegów z Ciechanowa nie zyskała poparcia delegatów. Zjazd upoważnił za to Okręgową Radę Lekarską do „dokonywania darowizn z funduszu statutowego na cele związane z zachowaniem integracji lekarzy i lekarzy dentystów i solidaryzowanie się z nimi w trudnych sytuacjach zawodowych”.

(a. b.)

Przyjęte przez XXVI Zjazd Lekarzy BIL rezolucje, oświadczenia, deklaracje i apele publikujemy obok.

Sprawozdanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej



Okręgowa Komisja Rewizyjna działa w składzie powołanym na XXII Okręgowym Zjeździe Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej. W okresie między XXV a XXVI Okręgowym Zjazdem Lekarzy BIL odbyła 3 posiedzenia. Przedmiotem posiedzeń była analiza działalności Okręgowej Rady Lekarskiej, kontrola wykonania uchwał Okręgowego Zjazdu Delegatów BIL, kontrola działalności finansowej, kontrola zgodności działań finansowych z podejmowanymi w tym zakresie uchwałami, analiza i kontrola wykonania planu rzeczowo-finansowego za rok 2008, analiza pracy biura Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

mowanymi w tym zakresie uchwałami, analiza i kontrola wykonania planu rzeczowo-finansowego za rok 2008, analiza pracy biura Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Komisja dokonała oceny wykonania budżetu za rok 2008.

Wynik finansowy działalności BIL jest dodatni w wysokości 186 056,28 zł. Wpływ na ten wynik miała przede wszystkim wysoka ściągальność składek w roku 2008 roku – przychody z tego tytułu wykonano w 102%. Wskaźnik ten został osiągnięty przez skuteczną działalność pracowników BIL i sprawny systemem identyfikacji składek prowadzony na każdego członka BIL. Zwiększenie przychodów nastąpiło również w wyniku działalności komisji Rejestracji Prywatnych Praktyk, odsetek od lokat pieniężnych.

Analiza kosztów rodzajowych wykonanego planu finansowego wykazuje, że nie przekraczano ustalonych w planie limitów, w przypadku ich wystąpienia są one uzasadnione. Gospodarowanie środkami finansowymi było oszczędne i celowe. Analiza dokumentów finansowych, w zakresie realizacji uchwał Rady Okręgowej dotyczących poniesionych wydatków, nie budzi zastrzeżeń. Okręgowa Rada Lekarska na swych posiedzeniach okresowo dokonywała analizy i oceny wykonania budżetu i dokonała w nim przesunięć zgodnie z Uchwałą nr 4 XXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy. Przedstawiony Komisji Rewizyjnej bilans za rok 2008 charakteryzuje się pozytywnymi aspektami do których należy zaliczyć: prawidłową strukturę majątku trwałego, prawidłowe finansowanie majątku trwałego, wysoką stabilność finansową Izby, generowanie zysku, zachowanie płynności finansowej. Kondycja finansowa Izby jest bardzo dobra, pozwala swobodnie podejmować decyzje, kapitał własny prawie dwukrotnie przewyższa wartość aktywów trwałych.

Komisja stwierdza, że w 2008 r. w działalności Bydgoskiej Izby Lekarskiej – Okręgowej Rady Lekarskiej, komisji problemowych, biura BIL nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie stosowania zasad przewidzianych prawem i stanowionym prawem wewnętrznym.

Współpraca Komisji z Okręgową Radą Lekarską, pracownikami biura BIL była dobra, materiały przedkładane do analiz rzetelne i całościowe, dostęp do dokumentów finansowych pełny.

*Przewodniczący Komisji Rewizyjnej BIL
Edward Grądział*

Apele • Oświadczenia • Rezolucje • Deklaracje

● Apel nr 1/XXVI/09 do Naczelnej Rady Lekarskiej

XXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej apeluje do Naczelnej Rady Lekarskiej o podjęcie działań w celu opracowania standardów zatrudnienia lekarzy.

● Apel nr 2/XXVI/09 do Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej

XXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej apeluje do Okręgowej Rady Lekarskiej BIL o podjęcie działań w celu opracowania standardów zatrudnienia lekarzy na terenie działania Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

● Apel nr 3/XXVI/09 do Ministra Zdrowia

Delegaci zgromadzeni na XXVI Okręgowym Zjeździe Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej apelują o jak najszybsze zakończenie prac nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków bezpieczeństwa stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej, zgodnie ze stanowiskiem Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22.11.2008 r.

● Apel nr 4/XXVI/09 do posłów na Sejm RP

XXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej apeluje do posłów na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej o odrzucenie podczas prac legislacyjnych Parlamentu poprawki wprowadzającej w art. 3 ust. 1 zapis o pokrywaniu się obszarów działania okręgowych izb lekarskich z podziałem administracyjnym kraju na województwa.

Popieramy stanowisko Krajowego Zjazdu Lekarzy i Naczelnej Rady Lekarskiej, aby pozostawić decyzję o określeniu obszarów działania okręgowych izb lekarskich w gestii samorządu lekarskiego. W opinii Zjazdu określenie przez ustawodawcę ilości i obszaru działania izb lekarskich jest ograniczeniem samorządności oraz stanowi nieuzasadnioną ingerencję władz publicznych w sprawy korporacji zawodowej.

● Apel nr 5/XXVI/09 do Okręgowej Komisji Wyborczej

Delegaci zgromadzeni na XXVI Okręgowym Zjeździe Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej apelują o podjęcie działań w celu ograniczenia wielkości okręgowych wyborczych.

Uzasadnienie

Obecna sytuacja, w której niektóre okręgi wyborcze liczą ponad 500 osób stwarza ogromne problemy z organizacją zebrań wyborczych i uzyskaniem kworum na tych zebraniach.

● Apel nr 6/XXVI/09 do Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministra Zdrowia

Delegaci zgromadzeni na XXVI Okręgowym Zjeździe Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej apelują do Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministra Zdrowia o wprowadzenie ogólnopolskich, jednakowych stawek za leczenie i specjalistyczne usługi stomatologiczne oraz podniesienie wartości świadczeń za stomatologiczne leczenie dzieci do 18 roku życia.

Obecna dysproporcja w poszczególnych oddziałach NFZ w kraju sięgają nawet 30% za tzw. punkt rozliczeniowy.

● Oświadczenie nr 1/XXVI/09 w sprawie odzyskania mienia zlikwidowanych izb lekarskich w 1950 r.

XXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej w pełni popiera starania okręgowych izb lekarskich zmierzające do odzyskania mienia utraconego w wyniku rozwiązania samorządu lekarskiego w 1950 roku.

● Oświadczenie nr 2/XXVI/09

XXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej w pełni popiera akcję strajkową prowadzoną przez lekarzy w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Toruniu.

● Oświadczenie nr 3/XXVI/09 w sprawie szkolenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów

XXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej w pełni popiera działania Naczelnej Rady Lekarskiej zmierzające do przejęcia przez samorząd lekarski prowadzenia szkoleń i egzaminów specjalizacyjnych, włącznie z nadawaniem tytułów specjalizacyjnych lekarzom i lekarzom dentystom. Zjazd popiera również działania zmierzające do uporządkowania i decentralizacji systemu kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów.

● Rezolucja nr 1/XXVI/09

XXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej zobowiązuje Okręgową Radę Lekarską do wystąpienia do Naczelnej Rady Lekarskiej o stworzenie mechanizmów zobowiązujących delegatów do wykonywania swoich obowiązków samorządowych, w tym między innymi aktywnego uczestniczenia w okręgowym zjeździe lekarzy.

● Deklaracja nr 1/XXVI/09

XXVI Okręgowy Zjazd Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej upoważnia Okręgową Radę Lekarską do dokonywania darowizn z funduszu statutowego na cele związane z zachowaniem integracji lekarzy i lekarzy dentystów i solidaryzowania się z nimi w ich trudnych sytuacjach zawodowych.

Wszystkie apele, oświadczenia, rezolucję i deklarację Okręgowego Zjazdu Lekarzy zostały podpisane przez:

Sekretarza XXVI OZL BIL
dr n. med. Iwona
Sadowska-Krawczyńska

Przewodniczącego XXVI OZL BIL
dr n. med. Pawła Białozyka

* Nieopublikowane uchwały nr 1, 2, 3, 4 dotyczą: 1. Regulaminu XXVI OZL BIL, 2. Programu XXVI OZL BIL, 3. Przyjęcia sprawozdania finansowego za rok 2008 i udzielenia absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej, 4. Zatwierdzenia preliminarza budżetowego na rok 2009 i upoważnienia Okręgowej Rady Lekarskiej do dokonywania przesunięć środków pieniężnych w ramach uchwalonego budżetu. Wszystkie uchwały, stanowiska i apele XXVI Okręgowego Zjazdu Lekarzy BIL – dostępne są na stronie internetowej Bydgoskiej Izby Lekarskiej: www.bil.org.pl



Ruszają wybory delegatów

Machina wyborcza rozkręca się. Dotychczasowe prace Okręgowej Rady Lekarskiej i Okręgowej Komisji Wyborczej dotyczyły ustale-

nia rejonów wyborczych, imiennych list lekarzy uprawnionych do udziału w zebraniach poszczególnych rejonów i liczby delegatów na nich wybieranych oraz osób organizujących te zebrania. Dla podkreślenia znaczenia wyborów dla przyszłości naszego samorządu zawodowego, ORL postanowiła, że w roli przedstawicieli OKW, czyli tzw. komisarzy wyborczych wystąpią członkowie ustępujących władz BIL – szczególnie w dużych bydgoskich szpitalach, a nie tylko członkowie komisji wyborczej. Ich nazwiska znajdują się w zamieszczonej obok tabeli.

W początkach maja odbędą się pierwsze zebrania wyborcze, między innymi 6 maja – w siedzibie Izby dla lekarzy emerytów z terenu Bydgoszczy (rejon 32A i 32 B), 7 maja – w Szpitalu Zakaźnym (rejon 8), 8 maja w NFZ (rejon 9) i również 8 maja – w siedzibie Izby dla lekarzy z południowej części powiatu bydgoskiego (rejon 16), 11 maja o godz. 13. w Szpitalu w Inowrocławiu, ul. Poznańska 97 – zebranie lekarzy dentystów z po-

wiatów Inowrocław, Mogilno i Żnin (rejon 29), 18 maja o godz. 13. w Woj. Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu, 21 maja o godz. 10 odbędzie się zebranie wyborcze w Szpitalu Dziecięcym (rejon 4), a także 21 maja – o godz. 10.30 w POW – lekarzy dentystów z Bydgoszczy (rejon 28).

Wszyscy członkowie poszczególnych rejonów otrzymają (albo już otrzymali) na adres domowy zawiadomienie o miejscu i terminie zebrania wyborczego, niezależnie od informacji na stronie internetowej BIL. Komisarze wyborczy przybędą na zebrania „wyposażeni” w konieczne formularze, listy i protokoły, ale sukces tych spotkań zależy wyłącznie od Szanownych Koleżanek i Kolegów – od Waszej frekwencji i osobistego zaangażowania, od aktywności i zgody na kandydowanie, od wyboru delegatów cieszących się największym autorytetem i gotowych do pracy w całej VI kadencji samorządu lekarskiego.

W imieniu OKW przypominam o najważniejszych zasadach, których przestrzeganie zadecyduje o ważności dokonanych wyborów:

1. Po otwarciu zebrania przez komisarza wyborczego członkowie rejonu w głosowaniu jawnym wybierają przewodniczącego, który przeprowadza wybór sekretarza, 2 członków komisji mandatowej i 3 członków komisji skrutacyjnej (także w jawnym głosowaniu).

2. Komisja mandatowa stwierdza uprawnienia zgromadzenia wyborczego do przeprowadzenia wyborów przez ustalenie, że liczba podpisanych na liście członków rejonu osiągnęła 20 procent (ale w małych rejonach nie mniej niż 7 osób).

3. Przewodniczący przyjmuje zgłoszenia kandydatów na delegatów spośród członków rejonu (kandydatami nie mogą być członkowie Komisji Skrutacyjnej).

4. Wybór delegatów odbywa się obowiązkowo w głosowaniu tajnym przy nieograniczonej liczbie kandydatów poprzez wskazanie na karcie do głosowania popieranego lub popieranych kandydatów (nie więcej osób niż liczba delegatów, jaką w rejonie należy wybrać).

5. Wyniki głosowania oblicza i przedstawia komisja skrutacyjna.

Wszystkie warunki muszą być przestrzegane dla prawomocności wyborów i będą przypomniane przez komisarza wyborczego.

Jeszcze raz serdecznie zapraszam wszystkie Koleżanki i Kolegów do gremialnego udziału w zebraniach wyborczych, zachęcam do wzajemnego dopingowania się i przypominania o terminie i miejscu zgromadzenia wyborczego, aktywności w jego trakcie i – oczywiście – życząc sukcesów wyborczych.

Przewodniczący OKW BIL
Maciej Borowiecki

Kalendarium wyborów delegatów na:

- okręgowe zjazdy lekarzy
- Krajowy Zjazd Lekarzy

■ **Od 5 marca do 4 lipca 2009 r.** – przeprowadzenie zebrań rejonów wyborczych i sporządzenie protokołów zebrań wyborczych.

■ **Do 16 lipca 2009 r.** obwieszczenia o wynikach wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy.

■ **Do 26 września 2009 r.** – przeprowadzenie ponownych zebrań w rejonach wyborczych, w których nie wybrano delegatów lub w których wyniku przeprowadzonych wyborów nie wszystkie mandaty zostały obsadzone i sporządzenie protokołów zebrań wyborczych.

■ **Do 2 października 2009 r.** obwieszczenia o wynikach ponownie przeprowadzonych wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy.

■ **Do 16 października 2009 r.** ogłoszenie w biuletynie okręgowej izby lekarskiej listy delegatów na okręgowy zjazd lekarzy kadencji 2009–2013.

■ **Od 17 października do 6 grudnia 2009 r.** zwołanie sprawozdawczo-wyborczych okręgowych zjazdów lekarzy i przeprowadzenie wyborów delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy.

■ Ogłoszenie bezwzględne w formie obwieszczenia przez przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej na internetowej stronie Biuletynu Informacji Publicznej okręgowej izby lekarskiej wyników wyborów do organów izby i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy oraz delegatów Okręgowej Komisji Wyborczej.

■ **28–30 stycznia 2010 roku** – Krajowy Zjazd Lekarzy.

Terminy zebrań wyborczych w rejonach



Nr 2 – 29 maja, godz. 11.00
Nr 3 – 22 maja, godz. 11.00
Nr 4 – 21 maja, godz. 10.00
Nr 5 – 28 maja, godz. 12.00
Nr 8 – 7 maja, godz. 13.00
Nr 9 – 8 maja, godz. 12.00
Nr 11 – 25 maja, godz. 13.00
Nr 12 – 2 czerwca, godz. 13.00
Nr 13 – 26 maja, godz. 13.00
Nr 14 – 27 maja, godz. 12.00
Nr 15 – 20 maja, godz. 13.00
Nr 16 – 8 maja, godz. 12.00
Nr 21 – 22 maja, godz. 13.00
Nr 22 – 12 maja, godz. 13.00
Nr 25 – 18 maja, godz. 13.00
Nr 26 – 25 maja, godz. 10.00
Nr 27 – 26 maja, godz. 11.30
Nr 28 – 21 maja, godz. 10.30
Nr 29 – 11 maja, godz. 13.00
Nr 30 – 26 maja, godz. 10.30
Nr 31 – 21 maja, godz. 9.00
Nr 32A – 6 maja, godz. 14.30
Nr 32B – 6 maja, godz. 14.30

Wystano zawiadomienia!

Wykaz rejonów wyborczych VI kadencji

Nr rejonu	Liczba lekarzy w rejonie	Siedziba delegatów wybieranych w rejonie	Nazwa rejonu	Przedstawiciel OKW
Nr 1A	284	9	Szpital Uniwersytecki nr 1, Collegium Medicum	Radosława Staszak-Kowalska
Nr 1B	282	9	Szpital Uniwersytecki nr 1, Collegium Medicum	Zygmunt Mackiewicz
Nr 2	336	11	Szpital Uniwersytecki nr 2, Collegium Medicum	Witold Hryniewicz
Nr 3	84	3	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski, Hospicjum	Jacek Fórmaniak
Nr 4	55	2	Wojewódzki Szpital Dziecięcy	Iwona Sadowska-Krawczyńska
Nr 5	43	1	Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii	Iwona Sadowska-Krawczyńska
Nr 6	100	3	Centrum Onkologii, Opieka Paliatywna	Witold Hryniewicz
Nr 7	168	6	Szpital MSWiA, resortowe zoz-y, cywilni lek. wojskowi	Grażyna Mierzwa
Nr 8	35	1	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny, Wojewódzka i Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidem.	Maciej Borowiecki
Nr 9	42	1	NFZ, ZUS, KRUS	Maciej Borowiecki
Nr 10	145	5	Bydgoszcz – Centrum	Elżbieta Pech
Nr 11	66	2	Bydgoszcz – Zachód	Elżbieta Pech
Nr 12	53	2	Bydgoszcz – Północ	Małgorzata Juraniec
Nr 13	30	1	Bydgoszcz – Wschód	Elżbieta Narolska-Wierczyńska
Nr 14	94	3	Bydgoszcz – Południe	Małgorzata Juraniec
Nr 15	68	2	Bydgoszcz – Fordon	
Nr 16	32	1	powiat bydgoski – gm. Solec Kujawski, Białe Błota, Nowa Wieś Wielka	Jolanta Kwaśniewska
Nr 17	47	2	powiat bydgoski – gm. Koronowo, Dobrcz, Sicienko, Osielsko, Dąbrowa Chełmińska	Zbigniew Petrykowski
Nr 18	261	9	Inowrocław	Tadeusz Dereziński
Nr 19	38	1	powiat inowrocławski	Marek Bronisz
Nr 20	64	2	powiat mogileński	Jacek Fórmaniak
Nr 21	57	2	powiat nakielski – gm. Nakło, Mrocza, Sadki	Małgorzata Juraniec
Nr 22	31	1	powiat nakielski – gm. Szubin, Kcynia	Iwona Sadowska-Krawczyńska
Nr 23	44	1	powiat sępoleński	Andrzej Chrobot
Nr 24	87	3	powiat świecki	Andrzej Chrobot
Nr 25	29	1	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu	Jolanta Kwaśniewska
Nr 26	53	2	powiat tucholski	Elżbieta Narolska-Wierczyńska
Nr 27	75	2	powiat żniński	Jacek Fórmaniak
Nr 28	264	9D	Lekarze dentyści – miasto Bydgoszcz	Paweł Białyżyk
Nr 29	106	4D	Lekarze dentyści – powiaty: inowrocławski, mogileński, żniński	Jolanta Kwaśniewska
Nr 30	66	2D	Lekarze dentyści – powiaty: tucholski, sępoleński, świecki	Andrzej Kuliński
Nr 31	68	2D	Lekarze dentyści – powiaty: bydgoski, nakielski	Elżbieta Pech
Nr 32A	261	7+2D	Lekarze i lekarze dentyści emeryci i renciści – miasto Bydgoszcz	Elżbieta Narolska-Wierczyńska
Nr 32B	275	7+2D	Lekarze i lekarze dentyści emeryci i renciści – miasto Bydgoszcz	Maciej Borowiecki
Nr 33	104	3	Lekarze i lekarze dentyści stażyści z całego obszaru działania BIL	Stanisław Prywiński

D – lekarze dentyści

Psychiatria potrzebuje terapii

Po 10 latach walki lekarze psychiatrii i ich pacjenci doczekali się wreszcie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Niestety, na razie wyłącznie na papierze... Mamy bowiem już prawie koniec kwietnia, a akt wykonawczy – rozporządzenie, określające jak przełomowy akt prawny ma być realizowany, nadal nie zostało podpisane przez Prezesa Rady Ministrów. Program, który miał „wejść w życie” z początkiem 2009 r., ciągle więc czeka na swój właściwy moment... Kiedy on nastąpi? Nikt nie wie.

Dyrektor Biura Prasowego Ministerstwa Zdrowia, Krzysztof Suszek informuje – 15 marca 2009 – „ze względu na fakt, że nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego została podpisana przez Prezydenta 30 września 2008, prace nad aktem wykonawczym do niej nie zostały jeszcze ukończone”... Czy ta odpowiedź może tłumaczyć „poślizg” w uruchomieniu Programu?! Raczej nie wynika z niej nic... Co z ciągle niepodpisanym aktem prawnym dzieje się teraz? „Obecnie trwają prace związane z opracowaniem i ewentualnym uwzględnieniem uwag do projektu” – odpowiada dyrektor Soszyński na moje pytanie dotyczące terminu podpisania rozporządzenia. Kolejne moje zapytania o „losy” rozporządzenia, ostatnie w kwietniu, Biuro Prasowe Ministerstwa Zdrowia pozostawia już bez odpowiedzi...

Program ma diametralnie zmienić system opieki psychiatrycznej w Polsce. Przenieść główny ciężar opieki nad chorym z zaburzeniami psychicznymi z całodobowego lecznictwa zamkniętego, jak jest obecnie, na opiekę środowiskową. Z pomocy szpitala chory ma korzystać tylko wtedy, gdy będzie to naprawdę konieczne np. w momencie zaostrenia choroby, a potem znowu znajdzie się w przyjaznym, znanym otoczeniu, ale nie pozostawiony sam sobie.

Teraz do ośrodków, które udzielą mu wsparcia w chorobie będzie miał blisko, bo w każdym regionie mają powstać centra zdrowia psychicznego, obejmujące np. jedną dzielnicę. W ramach takiego centrum chory będzie mógł korzystać z pomocy oddziałów dziennych, poradni interwencji kryzysowej, ze specjalnie przygotowanych hosteli i mieszkań chronionych. Nowy model opieki psychiatrycznej będzie w pełni zintegrowany z pod-

stawową opieką zdrowotną, pomocą społeczną, urzędami pracy.

Filar nowego systemu opieki nad osobami chorymi psychicznie – pomoc środowiskowa, musi mieć jednak wsparcie w stacjonarnym lecznictwie całodobowym. „Bez dobrej opieki stacjonarnej, opieka środowiskowa nie będzie dobrze funkcjonować – podkreśla prof. Aleksander Araszkiewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – bo przecież chory w fazie zaostrenia choroby musi natychmiast zostać skierowany do szpitala.” Tymczasem, na razie, w tej dziedzinie również nie jest dobrze – w całej Polsce drastycznie brakuje łóżek ogólnopsychiatrycznych. Konieczność ich uzupełnienia także zapisano w Programie.

Odpowiednią bazą łóżkową nie dysponuje na pewno kujawsko-pomorskie, gdzie jest tylko 561 łóżek ogólnopsychiatrycznych, czyli 3 łóżka na 10 tys. mieszkańców – powinny być minimalnie 4! Tymczasem, jak planowano jeszcze w 1995 r., województwo w 2005 r. miało dysponować 1390 łóżkami! „Mamy do czynienia z kuriozalną sytuacją. U nas pacjent, często w ostrym kryzysie, bezwzględnie wymagający natychmiastowego przyjęcia, czeka na łóżko, a przecież powinno być dla niego zapewnione – bulwersuje się prof. Araszkiewicz, który obok funkcji prezesa PTP, jest konsultantem wojewódzkim z dziedziny psychiatrii oraz kierownikiem Kliniki Psychiatrii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 – Oddziały psychiatryczne w naszym województwie od kilku miesięcy nie dysponują wolnymi miejscami dla pacjentów chorych psychicznie! Nie ma ich w szpitalach w Bydgoszczy, Świeciu, Toruniu, Lipnie, Aleksandrowie Kujawskim. Jeszcze niedawno woziliśmy chorych do szpitala w Gnieźnie, ale teraz i tam wszyst-

ko jest zajęte. Natychmiast potrzebujemy około 400 łóżek!”

Tymczasem od 2002 roku liczba łóżek w naszym województwie, zamiast rosnąć systematycznie spada... Dramatyczna sytuacja nastąpiła w 2008 roku, w momencie restrukturyzacji Szpitala dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Świeciu. Po remoncie w lecznicy ponad 20. łóżkowe sale zamieniono na mniejsze, co drastycznie zmniejszyło ilość łóżek. Placówka została także zobowiązana do uruchomienia dwóch oddziałów sądowych dla osób chorych psychicznie, a dopuszczających się przestępstw, co również ograniczyło ilość ogólnodostępnych łóżek. Tylko sąd może skierować chorego na taki oddział, a więc zdarza się, że łóżka stoją puste, a lekarz nie ma prawa nikogo tam „położyć”. Jednostka dysponuje teraz 307 miejscami, a będzie ich jeszcze mniej, bo wszystkie szpitale psychiatryczne do 2012 roku muszą się dostosować do standardów unijnych i zapewnić chorym 2–3 osobowe pokoje. Podobnie wygląda sytuacja w szpitalu w Lipnie – ze 110 łóżek, zostało 75. Lecznica ograniczyła ilość miejsc, bo nie była w stanie ich utrzymać. Lekarze psychiatrii podkreślają wprawdzie, że likwidacja dużych szpitali to dobry trend w lecznictwie psychiatrycznym, ale zaznaczają, że w ich miejsce muszą powstawać nowe, mniejsze. Tak się jednak nie dzieje.

Szansą na poprawę sytuacji ma być Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Psychicznego, gdzie funkcjonować będzie Bydgoska Klinika Psychiatrii. Inwestycja Collegium Medicum UMK stanie przy Szpitalu Uniwersyteckim im. Jurasza. W pierwszym etapie zaplanowano tu 118 łóżek. „Centrum jest zaprojektowane zgodnie z ideą Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego – mówi prof. Araszkiewicz – W planach jest stworzenie tu kilku oddziałów stacjonarnych: ogólnopsychiatrycznego dla dzieci, psychogeriatrycznego, uzależnień, leczenia psychoz, nerwic i chorób afektywnych oraz oddziałów dziennych.” Budowa Centrum ma ruszyć jeszcze w tym roku.

Agnieszka Banach



Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Psychicznego

O implantach, „BAHAch” i „FESSach”

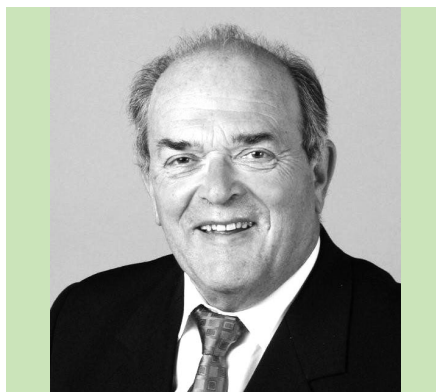
z dr. n. med. Adamem Piziewiczem, ordynatorem Oddziału Otolaryngologii Dziecięcej w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy rozmawia Agnieszka Banach

■ Pod koniec maja (28–30.05) Bydgoszcz „opanują” laryngolodzy dziecięcy z Polski i z zagranicy. Ponad 400 specjalistów od gardła, uszu i nosa przyjedzie na XVI Dni Otolaryngologii Dziecięcej, które po raz pierwszy odbywać się będą w naszym mieście i, co warto dodać, dopiero po raz drugi w historii tej konferencji organizowane są przez ośrodek pozakliniczny. Będziecie Państwo rozmawiać „o postępach w diagnostyce i leczeniu w otolaryngologii dziecięcej” – pod tym hasłem „kryje” się wiele zagadnień. Pomożemy chociaż o najczęstszych problemach medycznych, z którymi spotykają się otolaryngolodzy dziecięcy.

Jednym z bardzo częstych problemów w praktyce laryngologa jest konieczność ratowania słuchu. Zajmujemy się między innymi rekonstrukcjami kosteczek słuchowych i błony bębenkowej. Są to bardzo skomplikowane operacje wymagające doskonałego sprzętu i dużej wiedzy. Na naszym oddziale, szczęśliwie, dobry sprzęt posiadamy a kwalifikacje nieustannie podnosimy. Nie bez znaczenia jest tu 15. letnia współpraca Oddziału z Kliniką Otolaryngologiczną w Arhus w Danii. Nasi lekarze uczyli się też m.in. w jednej z najlepszych na świecie klinik w Nowym Jorku, a także we Francji, Holandii i oczywiście Danii, jeździli na praktyki do Austrii, Wielkiej Brytanii. To, że jako pierwszy oddział laryngologii dziecięcej w Polsce zakładamy poprawiające słuch implanty kostne – jest możliwe tylko dzięki naszemu bogatemu doświadczeniu. Aparaty słuchowe wprowadzane do kości są znakomitymi urządzeniami! Tak zwane „Bahy”, co niezmiennie istotne dla chorych, są prawie niewidoczne, bo bardzo łatwo schować je pod włosami. Dzieci już nie muszą mieć kompleksów i, co najważniejsze, bardzo dobrze słyszą.

■ Słuch można „odzyskać” również dzięki implantom ślimakowym.

Implant ślimakowy wprowadza się do ucha wewnętrznego w przypadku uszkodzenia słuchu typu odbiorczego, u osób prawie niesłyszących lub u takich, które słuch straciły nagle. W tym ostatnim przypadku urządzenie trzeba zastosować jak najszybciej, póki istnieje tzw. pamięć słuchowa. My na razie takich urządzeń nie zakładamy, ale mamy nadzieję, że w niedalekiej przyszłości stanie się to możliwe. Jesteśmy do tego wyzwania przygotowani teoretycznie i praktycznie. Trudnością jest wysoki koszt implantu – jeden kosztuje około 100 tys. zł.



Kłopoty ze słuchem wiążą się też z inną nagminnie występującą chorobą – wysiękowym zapaleniem ucha środkowego u dzieci. Nie leczone lub źle leczone prowadzi do przykrych następstw – w uchu tworzą się zrosty, perlak i może dojść do trwałego niedosłuchu. Dlatego bardzo istotne jest, by w pierwszym, wysiękowym okresie, dobrze prowadzić terapię chorego, zakładając w odpowiednim momencie specjalne rurki wentylacyjne, wyrównujące ciśnienie w uchu środkowym.

■ Kolejną częstą chorobą w Państwa dziedzinie jest przewlekłe zapalenie zatok. Jak je leczyć – stosować – chirurgiczne czy zachowawcze?

Jak zwykle w medycynie zdania są podzielone. My jesteśmy zwolennikami chirurgii zatok i takie operacje, stosując technikę endoskopową, tzw. FESS, wykonujemy. Zabieg polega na minimalnej ingerencji chirurgicznej w okolicy ujść zatok, co przywraca ich fizjologiczną czynność. Oczywiście, dziecięce zatoki wyglądają inaczej niż u dorosłych, nie są jeszcze w pełni rozwinięte, dlatego operacja przeprowadzana jest tu w mniejszym zakresie. Innym rodzajem chirurgicznej operacji zatok, o którym będzie mowa na konferencji, jest tzw. balonikowanie. Metoda polega na wprowadzeniu do ujścia zatoki poszerzającego je balonika. I tu, jeżeli chodzi o skuteczność metody, opinie wśród lekarzy są różne.

■ Innym „popularnym” schorzeniem są ostre zapalenia ucha u dzieci. Jak je teraz standardy leczenia, a jak postępowano w przypadku takich chorych kiedyś.

Obecnie regułą jest, że niemowlęta do trzeciego miesiąca życia z zapaleniem ucha środkowego muszą być leczone przez specjalistę, w warunkach szpitalnych. Starsze dzieci mogą być już leczone w warunkach ambulatoryjnych. Sporna pozostaje tu długość podawania antybiotyków, a także to, czy należy je podawać od samego początku choroby.

W Europie są kraje, gdzie antybiotyków początkowo się nie zaleca – stosując zasadę „wait and see”. My powoli zmierzamy w tym kierunku. Chociaż i tu znowu zdania są podzielone.

Ostre zapalenie ucha środkowego leczą obecnie nie tylko laryngolodzy, ale także pediatrzy i lekarze rodzinni. My powinniśmy wkraczać tylko w przypadku powikłanego lub przewlekłego przebiegu choroby. Taki jest właśnie światowy standard, jednak w Polsce nie zawsze stosowany. Trochę przesadzamy, za szybko wysyłając pacjenta do specjalisty.

Jak zmieniło się leczenie tego schorzenia? Paracenteza, czyli nacięcie błony bębenkowej, jest wykonywane o wiele rzadziej. Teraz stosujemy je tylko w naprawde koniecznych przypadkach, tymczasem kiedyś był to bardzo powszechny zabieg. 30 lat temu nagminnym postępowaniem u niemowląt były także zabiegi tzw. antrotomii, otwierające wyrostek sutkowy. Wykonywano je przy każdej bieguncie, w tzw. zespole uszno – jelitowym (teraz to pojęcie prawie nie występuje).

■ A jaka będzie przyszłość laryngologii? Czy będzie można przywrócić słuch komuś, kto nigdy nie słyszał?

Częściowo już się to osiąga przy pomocy implantów ślimakowych np. u głuchych od urodzenia dzieci. Oczywiście przywrócenie słuchu zależy od rodzaju uszkodzenia. Jeżeli chodzi o ucho środkowe, to takie próby już są podejmowane. Dokonuje się przeszczepu ucha środkowego razem z błoną bębenkową i podobno uzyskuje się korzystne efekty. Jeżeli chodzi o odcinek odbiorczy ucha – nerw słuchowy i ślimak – przyszłość jest w elektronice. Już widać postępy – implanty pniowe zakładane do pnia mózgu, implanty ślimakowe. Będą coraz lepsze, mniejsze i na pewno tańsze.

■ Wojewódzki Szpital Dziecięcy planuje rozbudowę. Jaka będzie laryngologia w nowym budynku szpitala?

Zyskamy drugą salę operacyjną, co dla nas bardzo ważne, bo jedna bardzo ogranicza naszą działalność zabiegową. Oddział będzie miał tyle samo łóżek – 21, ale sale chorych będą przestronniejsze.

Dr n. med. Adam Piziewicz pracuje na Oddziale Laryngologii Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego od 1966 roku, od 23 lat pełni tu obowiązki ordynatora. Jest konsultantem wojewódzkim w dziedzinie laryngologii dziecięcej. Ma dwoje dzieci i dwoje wnuków. Interesuje się turystyką, przez lata uprawiał caravanning – z przyczepą zjechał Europę m.in. całą Skandynawię. Należy do Polskiej Federacji Caravanningu i Campingu. Lubi rower, pływanie, góry i dobre wino. Jak sam mówi – po prostu kocha życie.

Po zawale można żyć lepiej

z dr. n. med. Andrzejem Hoffmannem, orydnatorem Oddziału Kardiologii i Rehabilitacji Kardiologicznej w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim w Bydgoszczy, organizatorem konferencji „Wyzwania rehabilitacji kardiologicznej w XXI w. (16.05.2009) rozmawia Agnieszka Banach

■ **Kilkudniowe unieruchomienie w pozycji leżącej, a następnie stopniowe, w kolejnych dniach, sadzanie i pionizowanie chorego, jeszcze później wyjazd na wózek do toalety i wreszcie ostrożny spacer na własnych nogach oraz pobyt w szpitalu od 14 do 21 dni – takie postępowanie z pacjentem po świeżym zawale serca zalecano w 1997 r. – czytamy w wydany w tym czasie poradniku dla chorych: „Życie z nadzieją po zawale”. Teraz leczenie „zawałowców” wygląda inaczej...**

Zupełnie inaczej. Aż trudno w to uwierzyć, ale do 1960 roku zasady postępowania z pacjentem po zawale były jeszcze bardziej restrykcyjne – chorych obowiązywał ścisły reżim unieruchomienia, w szpitalu przebywali nawet do 6 tygodni, a późniejszy wyjazd do sanatorium, co teraz jest normą, był przeciwwskazany. Dopiero wprowadzenie rehabilitacji kardiologicznej zupełnie zmieniło sposób podejścia do takich osób. Okazało się bowiem, że ruch po zawale serca powoduje lepsze ukrwienie oboczne, dzięki czemu czas pobytu chorych w szpitalach mógł zacząć się skracać. Kolosalny postęp w zakresie leczenia zawałów nastąpił jednak w momencie wprowadzenia kardiologii inwazyjnej. Dzisiaj standardem w postępowaniu z chorym w zawale jest natychmiastowe przeprowadzenie koronarografii, która uwidoczni miejsce zamknięcia tętnicy odpowiedzialnej za zawał, a potem wykonanie ewentualnej angioplastyki, co spowoduje udrożnienie naczynia. Teraz, jeżeli chory ze świeżym zawałem w ciągu 1,5 godziny od momentu bólu zawałowego (czyli w tzw. złotej godzinie) trafi do ośrodka wykonującego koronarografię i angioplastykę i nie wystąpią żadne powikłania, w piątą dobę idzie do domu! Tymczasem kiedyś, w tym samym czasie, mógł ewentualnie przyjąć półsiedzącą pozycję na łóżku. Serca dzisiejszych „zawałowców” także wyglądają zupełnie inaczej. U pacjenta z odpowiednio szybko udrożnionym naczyniem praktycznie nie widać śladów zawału. Serca nie leczone inwazyjnie miały gorszą wydolność, tworzyły się w nich tętniaki, powstawała tak zwana miokardiopatia pozawałowa z objawami niewydolności krążenia.

■ **A jak wygląda teraz szpitalna rehabilitacja?**

W drugiej, trzeciej dobie chory już wstaje i chodzi. Tymczasem, jeszcze w latach 70-

-tych, w czasie moich studiów na gdańskiej akademii, kiedy chciałem osłuchać chorego w trzeciej dobie po zawale i poprosiłem go, by usiadł na łóżku, asystent uznał takie postępowanie za zagrażające życiu chorego! Teraz, w piątą dobę wykonujemy próbę wysiłkową i jeżeli wszystko jest w porządku, pacjent wychodzi ze szpitala. Potem trafia do ośrodka zajmującego się wczesną rehabilitacją po zawale. Rehabilitacja nie polega tu tylko na ćwiczeniach ruchowych. Do zawału chorzy często byli palaczami tytoniu, z nadwagą, podwyższonym poziomem cholesterolu, złymi nawykami żywieniowymi. Teraz muszą diametralnie zmienić swój sposób funkcjonowania. Rehabilitacja kardiologiczna stała się zakresem działań kompleksowych. Tymczasem jeszcze w 1963 r., o czym pisze ówczesne „Życie Warszawy”, chorym po zawale zalecano tylko zredukowanie wagi. Wtedy jeszcze nie było wiadomo, że na chorobę wieńcową, w tym zawał serca mają wpływ takie czynniki jak podwyższony poziom cholesterolu, cukrzyca, czy palenie papierosów – wtedy paliło się nawet w szpitalach!

■ **Pozostańmy jeszcze przy historii – gdy chory po zawale serca, po długim pobycie w szpitalu, trafił wreszcie do domu musiał żyć bardzo „oszczędnie”. Przez kilka pierwszych tygodni właściwie prawie wcale się nie ruszał, wszystkie czynności w domu wykonywał w pozycji siedzącej, a jego pierwszy spacer miał mieć zaledwie 100 m**

i to po płaskim terenie, zalecano wprowadzić ćwiczenia, ale bardzo lekkie. Radzono też, by „zawałowiec” spotkania towarzyskie ograniczył do 2–3 godzin, a wstrzeźliwość seksualną zachował nawet przez 2–3 miesiące. Jak to wygląda teraz?

Dzięki temu, że mamy coraz większą wiedzę na temat postępowania w chorobie wieńcowej i coraz doskonalsze metody terapeutyczne, z takim chorym postępujemy teraz zupełnie inaczej. Kiedyś dominowało unieruchomienie – teraz jak najwcześniej włączamy ruch. Pięć dni po zawale chory może już chodzić po ulicy! Jeżeli nie ma żadnych dolegliwości, to po wykonanej próbie wysiłkowej uczymy pacjenta jak – mierząc tętno – może wybrać wskazany dla siebie wysiłek fizyczny. Teraz nie istnieje tzw. profilaktyka przy zbliżeniach seksualnych – jeżeli nie ma bólów zamostkowych, prawidłowo wypadła próba wysiłkowa to nie ma żadnych przeciwwskazań. Pojawiający się ból może oznaczać, że doszło do zakrzepu w stencie lub kolejne naczynie uległo zamknięciu i trzeba wykonać ponowną koronarografię, by to zwerifikować.

■ **Jednym z tematów organizowanej przez Państwa konferencji jest, między innymi, rehabilitacja po zabiegach kardiologicznych. Aż trudno sobie wyobrazić, że chory np. po założeniu by-passów, jeszcze ze „zdrutowanym” mostkiem, już zaczyna ćwiczenia ruchowe...**



Doktor Andrzej Hoffmann z pacjentami po rehabilitacji kardiologicznej

→ Na oddziale rehabilitacji w naszym Szpitalu mamy chorych tylko po zabiegach kardiologicznych. Trafiają do nas najczęściej w 7.–10. dobie po zabiegu i od razu rozpoczynają rehabilitację. Najpierw oceniamy ich wydolność fizyczną za pomocą 6 minutowego testu marszowego i – w zależności od wyniku – dobieramy dla nich odpowiednie ćwiczenia. Zaczynamy od ćwiczeń oddechowych i wzmacniających mięśnie piersiowe, potem wprowadzamy ćwiczenia na ergometrze rowerowym, bieżni – a wszystko pod kontrolą EKG, rehabilitanta i lekarza. Chorzy przebywają u nas najczęściej od 24 do 28 dni. Na koniec jeszcze raz sprawdzamy, jaki dystans mogą pokonać w ciągu 6 minut i w 90 procentach okazuje się, że wynik po rehabilitacji jest znacznie lepszy.

■ **Wyzwania rehabilitacji kardiologicznej w XXI w. – tak zatytułowaliscie**

Państwo swoją konferencję. Przed jakimi wyzwaniami stoi ta dziedzina medycyny?

Wyzwaniem są dla nas np. chorzy z niewydolnością serca, którzy po przejściu kilku metrów już odczuwają silną duszność, sinieją im usta. Kiedyś, jeszcze kilka lat temu, takich chorych się baliśmy. Teraz, odpowiednie metody rehabilitacji, pozwalają nam im pomagać. Będziemy o tym mówić na jednej z sesji.

■ **Nasze województwo było jednym z pionierów w rehabilitacji kardiologicznej. Tu w Inowrocławiu w 1963 r. powstaje pierwszy 40-lóżkowy ośrodek rehabilitacji kardiologicznej, utworzony przez profesora Zdzisława Askanasa, gdzie przyjeżdżają pacjenci z całej Polski. Bardzo prędko w naszym regionie działają też sami pacjenci np. Fundacja Corda Cordis, której jest Pan przewodniczącym.**

Fundację Corda Cordis, pomagającą osobom po przebytym zawale serca wrócić do pełnego życia, stworzyli sami chorzy, po likwidacji w 1991 r. bydgoskiej poradni rehabilitacji kardiologicznej. Teraz Fundacja ma pod opieką ok. 200 osób, a chętnych jest coraz więcej i nie tylko tych po zawale. Przychodzą osoby z nadciśnieniem, czy lekką nadwagą, u których stosujemy profilaktykę pierwotną. Dwa razy w roku organizujemy dla nich 10-dniowe turnusy rehabilitacyjne w Przyjezierzu, gdzie codzienne ćwiczenia ruchowe takie jak: pływanie, rowery, spacer, siatkówka, czy gimnastyka zajmują od 4–6 godzin. Owocem takich działań jest to, że nasi chorzy po zawale serca, podczas rozgrywanych kilka razy w roku meczów siatkówki z młodzieżą 15–17 letnią – zawsze wygrywają. To dowód na to, że po zawale serca można żyć i to żyć lepiej!

Z najwyższym certyfikatem jakości

Bydgoski Wielospecjalistyczny Szpital Miejski jest jedyną jednostką w regionie, która może się pochwalić najnowszym certyfikatem jakości – ISO 9001:2008! Firma certyfikująca „prześwietliła” funkcjonowanie placówki w zakresie: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, rehabilitacji, diagnostyki obrazowej oraz laboratoryjnej, uznając, że szpital postępuje zgodnie z wymaganymi standardami europejskimi.

„Teraz pracuje się nam o wiele łatwiej, bo postępujemy według określonych, szczegółowo opisanych procedur. Wszyscy pracownicy, od lekarza do salowej, dokładnie wiedzą co mają robić – podkreśla Krzysztof Tadrzak, dyrektor Szpitala. A Krzysztof Motyl, dyrektor ds. medycznych placówki dodaje: „Dla pacjenta certyfikat niezależnej instytucji jest dowodem na to, że lecznica działa według standardów najlepszych szpitali w Europie i na świecie. Chory wie, że każdy lekarz tutaj zatrudniony musi posiadać odpowiednie kwalifikacje, ma aktualne dokumenty, łącznie z prawem wykonywania zawodu i potrafi wykonywać to, czego się od niego oczekuje. ISO jest dla pacjenta znakiem, że szpital jest bezpieczny.”

Zmiany w Miejskim widać nie tylko w sposobie pracy Szpitala – po kilkudziesięciu latach odnawia się tu elewację; placówka zyskuje coraz lepszy sprzęt – aktualnie jest w trakcie przetargu na najnowocześniejszy w województwie, 64 rzędowy tomograf kom-

puterowy, który będzie wykorzystywany m.in. do badań serca; może też pochwalić się świetnym blokiem operacyjnym, spełniającym wszystkie europejskie normy; lecznica przygotowuje się także do gruntownej modernizacji położnictwa i ginekologii.

Czy zmieni się forma organizacyjno-prawna Miejskiego? „To dobre pytanie – odpowiada Krzysztof Motyl – Jeśli ktokolwiek przedstawi nam korzyści, dla których warto teraz przekształcić szpital w spółkę czy nroz, to my, jako nowocześni menadżerowie,

to wyzwanie podejmiemy. Na razie wszystkie przesłanki wskazują jednak na to, że przekształcenie nie da szpitalowi, przypomnijmy, jednostce bez zobowiązań publiczno-prawnych, żadnych znaczących korzyści. Wręcz przeciwnie, dopóki nie zostanie uregulowana kwestia VAT-u od darowizny, myślę tu o wkładzie sprzętu i budynków, czy kwestia opodatkowania niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, to przekształcenie nie daje nam żadnych dodatkowych zysków.”

Tekst i zdjęcie: Agnieszka Banach



Dyrektor Szpitala Krzysztof Tadrzak z certyfikatem ISO, obok po prawej – prezydent Konstanty Dombrowicz, po lewej – Michał Złoczewski, przedstawiciel firmy certyfikującej „Dekra”



Kilka pytań (nie)homeopatycznych

Ostatnio obserwujemy nasilenie ataków na homeopatię, wynikające z nieznamomości i niezrozumienia tej metody leczniczej. Niepokój budzi fakt, że inspirują je lekarze, którzy oceniają tę metodę wyłącznie przez pryzmat swojej (choćby niemałej) znajomości aktualnej medycyny konwencjonalnej. Jednocześnie lekarzom stosującym homeopatię nie daje się praktycznie żadnej szansy podjęcia poważnej, merytorycznej dyskusji i wyjaśnienia wątpliwości. Dlatego pragnę podzielić się przemyśleniami dotyczącymi dziedziny, którą my, jako lekarze, się zajmujemy.

Przede wszystkim – czy nie leży nam na sercu to samo – czyli zdrowie?

Czy nie warto rzetelnie, bez emocji, zastanowić się nad zjawiskiem homeopatii, a w rzeczy samej nad istotą ukierunkowania wpływu umysłu na ciało, co medycyna akademicka praktycznie pomija? Po co z góry przesądzać niemożność działania „rozcieńczonej wody” stojąc na gruncie aktualnej wiedzy teoretycznej, zanim nauka tego ostatecznie nie wyjaśni? Czy bezkrytyczne negowanie jest najlepszą, zdrową postawą, która pacjentom długoterminowo się opłaca?

Czy ekspert medycyny konwencjonalnej zna się także na homeopatii, jeśli nigdy się tym praktycznie nie zajmował i nie skończył żadnego kursu z tego zakresu? Dlaczego przeciwnicy homeopatii posługują się ogólnymi, wynikającymi ze światopoglądu przesłankami, a zwolennicy – praktycznym, własnym doświadczeniem?

Czy mówienie o braku badań w homeopatii jest uczciwe, gdy w samej medycynie konwencjonalnej tylko 13% obecnie stosowanych procedur terapeutycznych jest popartych definitywnymi dowodami skuteczności, zgodnymi z obowiązującymi standardami badań EBM (wg BMJ Clinical Evidence)? Czy można ufać temu, że nie przeprowadza się w szerszym zakresie badań wpływu leków konwencjonalnych na psychikę?

Jeśli dzisiaj ktoś chciałby przeprowadzić poważne badanie w dziedzinie homeopatii przy współpracy z konwencjonalnymi lekarzami i ośrodkami – jakie ma na to szanse? Czy celem takich badań nie powinno być rzetelne wyjaśnienie wątpliwości, również takich, które mają homeopaci?

Czy nie może być tak, że leki homeopatyczne mają taki sam „punkt uchwytu” jak placebo, tyle że potrafią to placebo (wpływ umysłu) ukierunkować? Czy lek homeopatyczny nie może być dla organizmu rodzajem np. falowego bodźca? Czy jest wykluczone, że reakcja na taki bodziec może być na tyle indywidualna – zależna od nastawienia, stanu organizmu, przebytych chorób – że bardzo trudna do statystycznego

ujęcia, choć przejawiająca się ewidentnie w obserwacjach? Czy powinien mieć wątpliwości ktoś, kto widział jak szybko po zastosowaniu leczenia homeopatycznego goją się zranienia, urazy czy oparzenia i jak szybko ustępuje ból?

Czy nie może być najbardziej kłopotliwą „wadą” homeopatii to, że pomimo braku naukowego wyjaśnienia mechanizmu jej działania, umiejętnie zastosowana w chorobach ostrych, częstokroć tak szybko i sprawnie stymuluje organizm do wyleczenia, że żaden „racjonalista” potem nie wierzy relacjom pacjentów i ich rodzin i że wydaje mu się to po prostu niemożliwe? I jak to wytłumaczyć, że wykształceni i racjonalnie myślący ludzie, w tym wielu lekarzy, niekoniecznie parających się homeopatią, stosują te leki u siebie i swoich dzieci i są zadowoleni z efektów ich działania?

Czy lekarz mający doświadczenie w leczeniu homeopatycznym, który uzyskuje dzięki homeopatii długotrwałą (wieloletnią), znaczącą poprawę stanu zdrowia w dużej grupie dzieci, intensywnie uprzednio chorujących, leczonych konwencjonalnie, powinien na siłę stosować powszechnie zalecaną leczniczą chemię, obarczoną często ubocznymi efektami niepożądanymi? Czy leki chemiczne nie są sposobem na znieczulanie własnego organizmu, na odcinanie się od sygnałów z niego płynących, od bólu, który tak ochoczo zagłuszamy? Czy sztucznie wymuszana i podtrzymywana chemią równowaga organizmu, służy poprawie jego samodzielnej regulacji, czy ją w rzeczy samej zaburza?

Czy nie przyjmujemy nazbyt pochopnie, wbrew statystykom WHO, założenia, że medycyna konwencjonalna oferuje nam prawdziwe zdrowie? Czy dłuższe życie bez dolegliwości jest zawsze tożsame ze zdrowiem? Czy jako populacja stajemy się rzeczywiście zdrowsi, czy też tylko zmienia się profil chorób z ostrych na przewlekłe, a w istocie nieuleczalne? Czy można zauważyć różnicę pomiędzy staruszką zdrową, a staruszką „zdrową” z naszpikowania lekami? Czy porównywanie kogoś, kto pełnymi garściami korzysta z kredytu leków chemicznych, wykonujących pracę za jego ciało, z kimś, kto zmie-

rza do zdrowia siłami własnego organizmu, rzeczywiście wykazuje wyższość tego pierwszego?

Parafrazując słowa piosenki Boba Dylana (*Blowin in the wind*):

Ile lekarstw musi zażyć człowiek, zanim zauważy, że nadal jest chory?

Czy zdrowie to tylko usunięcie objawów bez głębokiej przemiany autodestrukcyjnego umysłu?

Czy nie może być tak, że niechęć do homeopatii jest przejawem podświadomego lęku przed spojrzeniem w siebie? Czy nie dlatego ignorujemy działanie placebo (umysłu), bo tak naprawdę boimy się siebie, własnych słabości i kłamstw, jakie sobie sami serwujemy? (co zostało pięknie opisane w „Błędą wszyscy (ale nie ja)” – Carol Tavis i Elliota Aronsona, oraz w „Koniecznych kłamstwach” Daniela Golemana).

Czy nie lepiej byłoby wypracować kompromis i rozważyć zakresy możliwych pól działania dla medycyny konwencjonalnej i homeopatycznej? Czy nie warto przy leczeniu w rozsądny sposób uszanować decyzję pacjenta, zamiast tworzyć dwa wrogie obozy, które się wzajemnie zwalczają?

Czy nie warto zastanowić się nad tym, że tak samo jak nie można całkowicie zrezygnować z medycyny konwencjonalnej, tak samo nie służy pacjentowi negowanie doświadczeń homeopatów?

Skoro medycyna konwencjonalna ma wiedzę, argumenty i wykształcenie propagujących ją lekarzy, jak to się dzieje, że nie zawsze zyskują oni zaufanie swoich pacjentów, którzy sami znajdują alternatywy?

Licząc na owocną dyskusję zapraszam do lektury mojego szerszego tekstu pt. „Medycyna a zdrowie”, który można pobrać ze strony: www.homeopatia.home.pl

Lek. med. Tomasz Kokoszczyński

Specjalista medycyny rodzinnej, sekretarz Polskiego Towarzystwa Homeopatycznego (PTH), Krajowy Wiceprezydent na Polskę Międzynarodowej Medycznej Ligi Homeopatycznej (LMHI)

Honorowe członkostwo Paryskiego Kolegium Naczyniowego

W dniach 23–24 marca 2009 roku w Paryżu podczas międzynarodowego kongresu College Francaise de Pathologie Vasculaire profesor Zygmunt Mackiewicz został mianowany członkiem honorowym tego Towarzystwa, skupiającego angiologów i chirurgów naczyniowych Francji.

Zaszczytne wyróżnienie profesora Mackiewicza było związane z 15-leciem Polsko-Francuskiego Stowarzyszenia Angiologicznego /Association Franco-Polonaise de Angiologie/ którego założycielem i prezesem w latach 1994–2001 był profesor Mackiewicz. APFA jest członkiem College Francaise de Pathologie Vasculaire. Obecnie siedzibą Stowarzyszenia jest Warszawa, a prezesem jest profesor dr hab. Piotr Ciostek. Równocześnie honorowe członkostwo Paryskiego Kolegium Naczyniowego otrzymali pani Monika Lecomte Głowiczki z Rochester USA oraz panowie Piotr Ciostek i Karol Chakkour z Warszawy.



VII Światowy Kongres Polonii Medycznej

Toruń 16–19 września 2009



Mamy zaszczyt w imieniu Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych oraz Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej zaprosić Państwa do Torunia, gdzie w dniach od 16 do 19 września 2009 roku odbędzie się VII Światowy Kongres Polonii Medycznej. Współorganizatorami Kongresu są Naczelna Izba Lekarska, Stowarzyszenie „Wspólnota Polska”, Urząd Miasta Torunia i Urząd Marszałkowski w Toruniu.

Piętnaście lat temu w 1994 roku powstała Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych, skupiając kilkanaście stowarzyszeń i związków działających od lat w wielu środowiskach polonijnych na świecie. Stworzenie takiej platformy umożliwiło bliższą współpracę między członkowskimi organizacjami oraz sprzyjało zacieśnianiu kontaktów z polskim środowiskiem lekarskim. Jednym z ważniejszych zadań Federacji jest przygotowywanie Światowych Kongresów Polonii Medycznej.

W 2009 roku, kiedy Federacja obchodzić będzie XV-lecie swojego istnienia odbędzie się już VII Światowy Kongres Polonii Medycznej. Będzie to Kongres specyficzny, gdyż wiele czasu zostanie poświęcone pracy nad tworzeniem nowego modelu Federacji odpowiadającemu wyzwaniom medycyny XXI wieku i zmieniającym się potrzebom Polonii Medycznej. Obecnie coraz bardziej wyraźnie zarysowuje się konflikt między terapeutyczno-technologicznymi możliwościami medycyny, etycznymi podstawami lekarskiego postępowania a ekonomicznymi uwarunkowaniami działania ochrony zdrowia. Jednocześnie obserwujemy niespotykany dotychczas rozwój coraz mniej inwazyjnych metod leczenia podbudowany superdokładną diagnostyką pozwalającą na bardzo wczesne wykrywanie schorzeń. Odkrycia nauk medycznych ostatnich czasów są szybko wdrażane do klinicznej praktyki, dzięki bliskiej współpracy naukowców z przemysłem. Ten pozytywny trend ma jednak swoje cienie wśród których najważniejsze to wzrastające koszty leczenia i ryzyko negatywnych efektów ubocznych dla pacjentów. Te niełatwe, a nieuniknione kwestie będą przedmiotem debat w trakcie Kongresu. Stąd też tematyka VII Kongresu ogniskować się będzie wokół głównego hasła jakim jest "Medycyna XXI wieku; możliwości i zagrożenia."

W czasie naukowych sesji będziemy mogli zapoznać się z tymi problemami poprzez pryzmat doświadczeń lekarzy specjalizujących się w leczeniu chorób układu pokarmowego. Jeszcze bardziej wyraziście ujawnią się dylematy współczesnej medycyny podczas sesji dotyczących zdrowia młodego i starego pokolenia. Każdy z nas, bez względu na specjalizację, powinien być zorientowany jaki diagnostyczny arsenał jest aktualnie do dyspozycji lekarzy. Diagnostycznej

rzeczywistości z jej wspaniałymi osiągnięciami i zarazem ograniczeniami, przyjrzeć się będzie można w czasie obrad kongresowych. Ponadto zorganizowane będą satelitarne konferencje: okulistyczna, stomatologiczna, informatyki medycznej oraz warsztaty etyczne.

Celem Kongresu poza naukowymi prezentacjami i debatami jest integracja środowisk medycznych polonijnych i polskich. Sprzyjać temu powinien bogaty program imprez towarzyszących o charakterze artystycznym, krajoznawczym i sportowym. Toruń to miasto sławne na cały świat nie tylko dzięki Mikołajowi Kopernikowi. Z racji wartości historycznej Toruń został w 1997 r. wpisany na listę Światowego Dziedzictwa UNESCO, ale i tak wszystkim kojarzy się z głównie z wielkim astronomem i piekarnikami... Toruń liczy ponad 200 tysięcy mieszkańców. To miasto ponad trzystu zabytków, dostojnie stare w centrum, nowoczesne i zielone na obrzeżach, przecięte wielką wstęgą Wisły.

W imieniu organizatorów zapraszamy do magicznego Torunia i uczestnictwa w VII Światowym Kongresie Polonii Medycznej.
Jan W. Borowiec
Prezes Federacji Polonijnych
Organizacji Medycznych
Maciej Z. Czerwiński
Przewod. Komitetu Organizac.
VII Światowego
Kongresu Polonii Medycznej

Z Ratusza

W Ratuszu na sesji Rady Miasta, w kwietniu 2009 r., prezydent Bydgoszczy Konstanty Dombrowicz uhonorował radnego dr. Zbigniewa Fronczka, obchodzącego jubileusz 50-lecia pracy zawodowej.



Zakupy za 5 milionów



Trzy oddziały Szpitala Uniwersyteckiego nr. 2 im. Biziela „wzbogaciły” się o – wart ponad 5 mln zł – nowy sprzęt. Zakupy były możliwe dzięki środkom z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (ponad 3 mln zł) oraz Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego (prawie 2 mln zł). Inwestycje zrealizowano w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2007-2013.

„Przyjmujemy 40 tys. pacjentów rocznie, więc regularne odtwarzanie sprzętu jest niezbędne – podkreśla dyrektor Szpitala Andrzej Motuk - Trudno jednak temu sprostać, bo żeby odnawiać urządzenia medyczne w szpi-

talu co 4-5 lat, jak powinno być, musiałbym mieć dodatkowe 5 mln co roku.”

Na razie jednak Biziel cieszy się z tego, co właśnie otrzymał. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z 11 łózkami intensywnymi leczy setki chorych w roku, a znieczula ok. 10 tys. szpitalnych pacjentów. Teraz zyskał m.in. 5 aparatów do znieczuleń, 5 respiratorów, defibrylatory, pompy infuzyjne, różnego typu kardiomonitoring, 8 łóżek do intensywnej terapii. „Wreszcie nie musimy dokonywać wyborów, który pacjent dostanie lepszy respirator.” – mówi Piotr Marcinkowski, zastępca ordynatora Oddziału.

Nowe urządzenia trafiły też na blok operacyjny – m.in. 3 stoły operacyjne, 28 kompletów narzędzi chirurgicznych, laparoskop

z torem wizyjnym, USG śródoperacyjne, rtg z ramieniem C, wiertarki operacyjne, nóż harmoniczny oraz na Oddział Noworodków i Wcześnieaków z Intensywną Terapią – m.in. respiratory neonatologiczne, CPAP, kardiomonitoring, inkubatory, pompy infuzyjne, pulsoksymetry, EEG. „Tylko nowoczesny, niepowodujący urazów sprzęt daje szansę na uratowanie życia nawet 700 g dzieciom oraz ogranicza późniejsze możliwe powikłania neurologiczne czy retinopatię – zaznacza ordynator ostatniej wymienionej jednostki, Piotr Korbal.

Agnieszka Banach

Odtworzyli oś kręgosłupa

10 marca 2009 roku w Klinice Neurochirurgii Szpitala Uniwersyteckiego im. Jurasza przeprowadzono wyjątkowo trudny i rzadki zabieg odtworzenia osi złamanego kręgosłupa w odcinku piersiowym.

U 50-letniej chorej po upadku z wysokości 15 metrów doszło do wielopoziomowego złamania trzonów kręgów 3, 4 i 6 w odcinku piersiowym, z 45 stopniowym zagięciem kątowym kręgosłupa ku przodowi. Przed operacją pacjentka zgłaszała silne dolegliwości bólowe, przeculicę skóry oraz stałe uczucie duszności, które utrudniało jej normalne poruszanie się i oddychanie.

Wykonano szereg badań dodatkowych obejmujących rezonans magnetyczny kręgosłupa, angio-CT naczyń klatki piersiowej, tomografię komputerową kręgosłupa, spirometrię. Odrobno się także konsylium, w którego skład weszli specjaliści z dziedziny torakochirurgii, neurochirurgii, psychiatrii i anestezjologii. Dodatkowo drogą elektroniczną poproszono o opinię dr. Williama D. Toblera specjalizującego się w chirurgii deformacji kręgosłupa w Mayfield Clinic w Stanach Zjednoczonych.

Niezbędne do zabiegu elementy stabilizujące zostały przesłane z Holandii. Użyto zestawów firm: Medtronic- stabilizacja boczna, Vantage i Stryker- proteza trzonu V-Lift.

Celem operacji było usunięcie dwóch złamanych trzonów kręgów Th3 i Th4, zastąpienie ich tytanową protezą, odbarczenie kanału kręgowego oraz odtworzenie osi kręgosłupa. W drugiej kolejności zaplanowano

wzmocnienie wewnętrzne trzonu Th6 przy użyciu cementu kostnego.

Dostęp do kręgosłupa na tej wysokości umożliwiał zastosowanie wysokiej torakotomii tylnobocznej z odsunięciem łopatk oraz częściową resekcją żeber III i IV. W tym etapie operacji uczestniczyli torakochirurdzy z Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy. Następnie rozpoczął się drugi etap zabiegu polegający na uwidocznieniu złamanych trzonów i ich wycięciu, przy użyciu wiertarki szybkoobrotowej. Dodatkową trudność na tym etapie stanowiła praca w okolicy fizjologicznie najgorszego ukrwienia rdzenia oraz sąsiadującego łuku aorty i przełyku. W kolejnym etapie dopasowano i zamontowano protezę trzonów. Całość stabilizacji dodat-

kowo zabezpieczono poprzez zamocowanie na bocznej powierzchni kręgosłupa płytki, którą dokręcono zestawem czterech śrub.

W przebiegu pooperacyjnym stosowano drenaż czynny jamy opłucnej (usunięto w 3 dobie) oraz środki przeciwbólowe.

Uzyskano znaczące zmniejszenie dolegliwości bólowych (VisualAnalogScale przedoperacyjnie 8, pooperacyjnie 2), całkowite zniesienie uczucia duszności. Nie obserwowano deficytu ruchowego. Odtworzono fizjologiczną oś kręgosłupa. Pacjentkę samodzielnie poruszającą się przekazano celem dalszego leczenia usprawniającego do Oddziału Rehabilitacji Szpitala w Inowrocławiu. Planowany jest drugi etap leczenia – stabilizacja cementem stabilnego złamania trzonu Th6 co pozwoli na całkowite usunięcie dolegliwości bólowych zgłaszanych przez pacjentkę.

Maciej Prywiński

Katedra i Klinika Neurochirurgii



Od prawej: dr n. med. Maciej Śniegocki, doktor Maciej Prywiński, doktor Tomasz Tykwiński podczas zabiegu...

„Kości mogą ulec złamaniu, mięśnie zanikowi, gruczoły mogą próżnować, nawet mózg może zapaść w sen nie powodując bezpośredniego zagrożenia życia. Jeśli jednak nerki zawiodą, to nie przeżyją ani kości, ani mięśnie, gruczoły ani mózg.”

prof. Homer Smith

W 2003 roku Joel Kopple, założyciel Międzynarodowej Federacji Fundacji Nefrologicznych, wpadł na pomysł zorganizowania Światowego Dnia Nerki. Zainspirowały go do tego następujące fakty: przewlekła choroba nerek, która stanowi powszechne zagrożenie zdrowia, znajduje się na szarym końcu listy priorytetów władz odpowiedzialnych za ochronę zdrowia; choroba nerek może zostać wykryta za pomocą prostych i tanich testów, jednak ogólnokrajowe akcje propagujące te badania są rzadkie i ponad 90% z występujących przypadków PChN pozostaje nierozpoznana; ponadto uwidocznia się rozbieżność pomiędzy łatwo dostępnymi i efektywnymi terapiami przewlekłej choroby nerek a opieką medyczną, jaką w rzeczywistości otrzymują pacjenci.



Czy jesteś zagrożony?



Dbaj o swoje niskie ciśnienie tętnicze

- ☐ Czy masz nadciśnienie tętnicze?
- ☐ Czy masz cukrzycę?
- ☐ Czy masz nadwagę?
- ☐ Czy palisz papierosy?
- ☐ Czy masz ponad 50 lat?
- ☐ Czy w Twojej rodzinie ktoś chorował na nerki?
- ☐ Czy cierpisz z powodu innych chorób nerek?

Jeśli odpowiedziałeś TAK na jedno lub więcej z tych pytań, proszę porozmawiaj ze swoim lekarzem.

W naszym regionie po raz pierwszy Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum UMK, wspólnie z konsultantem wojewódzkim ds. interny dr. n. med. Grzegorzem Pulkowskim, uczestniczyła w promowaniu idei Światowego Dnia Nerki w 2007 roku. Wówczas, rozesłano do wszystkich ordynatorów oddziałów wewnętrznych województwa kujawsko-pomorskiego, materiały edukacyjne i płytę CD, która zawierała m.in. program do obliczania GFR wg skróconego wzoru wg MDRD. Wzór ten jest nadal dostępny na stronie internetowej www.nerka.cpro.pl. W ubiegłym roku do akcji dołączył się Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Zorganizowano akcję skierowaną do lekarzy rodzinnych, którzy otrzymali materiały informacyjne i ulotki dla pacjentów, oraz materiały edukacyjne dotyczące przewlekłej choroby nerek.

W tym roku Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych przy współudziale Zakładu Lekarskiego Rodzinnego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Fundacji NERKADAR i Hypertension Excellence Centre Bydgoszcz już, po raz trzeci, w dniu 12 marca, włączyła się do poparcia tego ogólnoswiatowego projektu.

Rozesłaliśmy plakaty informacyjne do Praktyk Lekarzy Rodzinnych, Stacji Dializ i Szpitali w naszym regionie. Mamy nadzieję, że umieszczone na nich pytania zachęcą pacjentów do wizyty u lekarza, celem wykonania prostych badań przesiewowych i sprawdzenia czy nie są

w grupie ryzyka chorób nerek. Hasło tegorocznych obchodów brzmi „Utrzymuj niskie ciśnienie tętnicze”. Ma ono zwrócić uwagę na problem nadciśnienia tętniczego, które może być przyczyną, a także następstwem przewlekłej choroby nerek. Zobowiązuje ono do kontroli ciśnienia tętniczego i utrzymywania jego wartości na jak najniższym poziomie. Pragniemy zachęcić naszych pacjentów do kontroli ciśnienia tętniczego krwi i leczenia nadciśnienia tętniczego.

W tym roku obchody Światowego Dnia Nerki zyskały poparcie organizatorów Światowego Dnia Nadciśnienia Tętniczego. Obchodzony on będzie 17 maja, a jego hasła brzmią – „Ogranicz sól w diecie”; „Sól i wysokie ciśnienie tętnicze – dwóch cichych zabójców”. Te dwie ogólnoswiatowe kampanie połączył wspólny problem jakim jest nadciśnienie tętnicze. W Polsce na nadciśnienie cierpi około 8 mln ludzi, z tego połowa nie wie o swojej chorobie, lecz się tylko 2 mln, a prawidłową kontrolę ciśnienia tętniczego udaje się uzyskać tylko u 1 mln osób. Chcemy także zwrócić uwagę na problem spożycia soli w diecie, której nadmiar jest czynnikiem ryzyka nadciśnienia tętniczego i jego powikłań. Wg badań Instytutu Żywności i Żywienia codzienne spożycie soli ogółem na osobę około trzykrotnie przekracza zalecenia. Około 50–60% łącznego spożycia stanowi sól kuchenna jodowana, użytkowana przez gospodarstwa domowe i sektor gastronomiczny. Światowa Organizacja Zdrowia, zaleca zmniejszenie spożycia soli do 5 g NaCl na osobę na dzień, co stanowi odpowiednik 2 g sodu. Mamy nadzieję, że nasze działania, pomogą we wczesnym rozpoznawaniu nadciśnienia tętniczego, co pozwolić przerwać prawdopodobny tok zdarzeń prowadzących m.in. do rozwoju przewlekłej choroby nerek. Regularne proste badania – pomiar ciśnienia tętniczego krwi, badanie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, badanie ogólne moczu oraz zdrowy tryb życia, to niezawodne metody, by ustrzec się przed chorobami, które długo przebiegają bez objawów, a mogą prowadzić do śmierci.

Nasze działania mają ogromne znaczenie, ponieważ problem przewlekłej choroby nerek wciąż narasta. Ponad 500 milionów osób na całym świecie – czyli w przybliżeniu jedna na dziesięć – cierpi z powodu przewlekłej choroby nerek, a każdego roku miliony ludzi umiera przedwcześnie na skutek zawału serca i udaru mózgu, chorób mających ścisły związek z przewlekłą chorobą nerek. Ok. 80% chorych leczonych przez kardiologów i diabetologów i 50% chorych pozostających pod opieką lekarzy rodzinnych ma przynajmniej jeden z czynników ryzyka progresji PChN. Wiemy, że następstwem nielezionej PChN może być ich niewydolność, która będzie wymagać leczenia nerkozastępczego.

Liczba chorych leczonych w ten sposób rośnie w błyskawicznym tempie. Ponad półtora miliona ludzi na świecie żyje dzięki dializom albo transplantacjom nerek. Ilość ta podwoi się prawdopodobnie w następnej dekadzie. W Polsce liczba dializowanych chorych zwiększyła się z 497 w 1981 r. do 13 513 w 2004 r., co oznacza ponad 27-krotny wzrost. Szacuje się, że w 2010 r. dializami objętych będzie 27 500 chorych. Będzie to dwukrotnie więcej niż w roku 2005, a należy też wspomnieć o tym, że rok leczenia dializami jednego pacjenta to wydatek kilkudziesięciu tysięcy złotych. Jest to duży problem ekonomiczny i ogromne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. Do roku 2015 przewlekła choroba nerek i choroby serca mogą zabić 36 milionów ludzi. Światowy Dzień Nerki ma na celu podniesienie wśród ludzi świadomości jak wielkim zagrożeniem dla życia może być przewlekła choroba nerek. Jego obchody są istotną i widoczną okazją do tego, aby zwiększać świadomość i informować władze odpowiedzialne za służbę zdrowia i ogół ludzi o tym, że choroby nerek są powszechne, groźne, lecz można je leczyć i wykryć często za pomocą prostych i niedrogich testów.

lek. Joanna Wiechecka-Korenkiewicz
prof. dr hab. med. Jacek Manitius

Liczmy na współpracę internistów, lekarzy rodzinnych, ginekologów

Fenyloketonuria matczyna

Fenyloketonuria (PKU) jest wrodzonym błędem metabolizmu, dziedziczonym w sposób autosomalnie recesywny. Przyczyną choroby jest brak lub częściowy deficyt aktywności hydroksylazy fenyloalaninowej (pah).

Blok przemiany fenyloalaniny (phe) do tyrozyny skutkuje kumulacją fenyloalaniny we krwi i płynach tkankowych. Wysokie stężenie fenyloalaniny jest przyczyną uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, co u chorych nie leczonych przejawia się głównie upośledzeniem umysłowym. Dzięki wprowadzonemu powszechnie skринin-gowi noworodkowemu rozpoznajemy chorobę przed wystąpieniem objawów klinicznych i nieodwracalnych zmian w mózgu. Leczenie jest wprowadzane w ok. 2–3 tygodniu życia.

Szczególnie istotne jest zapobieganie zespołowi fenyloketonurii matczynnej (MPKU). W latach przed wprowadzeniem skринin-gu i leczenia PKU chore kobiety bardzo rzadko zachodziły w ciążę głównie z powodu zbyt głębokiego upośledzenia umysłowego. Obecnie coraz więcej kobiet z PKU decyduje się świadomie lub nie na macierzyństwo. Fenyloketonuria matczyna dotyczy uszkodzenia płodu w przebiegu ciąży kobiety chorej na fenyloketonurię. Jeśli kobieta z PKU w okresie ciąży nie stosuje diety, wysokie poziomy fenyloalaniny w jej krwi mają szkodliwy wpływ na rozwój dziecka. Oznacza to, że wrodzone zaburzenie metabolizmu u matki może spowodować wystąpienie wad wrodzonych u dziecka. (Samo dziecko nie musi być chore na PKU). Ryzyko wystąpienia uszkodzeń u płodu jest tym większe, im wyższe są poziomy fenyloalaniny we krwi matki. Fenyloalanina we krwi płodu jest prawie dwukrotnie większa niż u matki, ponieważ istnieje aktywny transport przez łożysko.

U ciężarnej kobiety z PKU występuje zwiększone ryzyko poronień samoistnych oraz dystrofii wewnątrzmacicznej. W przypadku braku przestrzegania diety niskofenyloalaninowej przez matkę toksyczne działanie wysokich poziomów fenyloalaniny na rozwijający się ośrodkowy układ nerwowy płodu powoduje w 90% przypadków upośledzenie umysłowe dziecka. U noworod-

ków z zespołem fenyloketonurii matczynnej stwierdza się niską urodzeniową masę ciała, małą głowę, wady serca pod postacią tetralogii Fallota, koarktacji aorty, VSD lub ASD. Fenotypowo obserwuje się zmiany dysmorficzne twarzy: zmarszczki nąkątne, niedorozwój żuchwy, płaską nasadę nosa, hipertelorizm, spłaszczoną lub skróconą ry-nienkę wargową. Cechy te przypominają płodowy zespół alkoholowy. W zespole fenyloketonurii matczynnej obserwuje się także wady układu kostnego: poli lub syndaktylię, stopy końsko-szpotałe lub nieprawidłowości budowy klatki piersiowej.

Stwierdzono, że przy narażeniu płodu na stężenie phe u matki wynoszące >20 mg/dl częstość występowania małągłowie wynosiła 73%. Wrodzonych wad serca nie obserwowano u potomstwa kobiet, u których stężenie phe było mniejsze niż 10 mg/dl, przy stężeniu >20 mg/dl częstość ich występowania sięgała 12%.

Badania prowadzone w licznych ośrodkach na świecie, w tym również w Polsce, prowadzą do wniosku, że prawidłowy rozwój dziecka w łonie matki z PKU jest możliwy jedynie w „środowisku” wolnym od nadmiaru fenyloalaniny.

Jak więc zapobiegać niekorzystnym skutkom zespołu matczynnej PKU? Jeżeli kobieta nie przestrzegała diety niskofenyloalaninowej to powinna zacząć ją stosować najlepiej trzy miesiące przed planowaną koncepcją. Jeśli ciąża nie była planowana, powrót do diety powinien być natychmiastowy, nie później niż w 8 tygodniu ciąży. Kontrola poziomów fenyloalaniny prowadzona powinna być 1 raz w tygodniu. Z uwagi na bezpieczeństwo dziecka zalecane poziomy fenyloalaniny powinny utrzymywać się w granicach 2–4 mg % (max. 6 mg %).

Niestety, część dorosłych kobiet z PKU, zwłaszcza tych, które usamodzielniały się i nie mieszkają z rodzicami, przerywa leczenie dietetyczne. Wprowadzane są jednak wciąż nowe metody mające na celu poprawę przestrzegania zaleceń dietetycznych. Należą do nich odpowiednio częste kontrole w Poradni Metabolicznej, ścisła współpraca między pacjentką, lekarzem „metabolikiem”, dietetykiem i psychologiem. W naszej Poradni Metabolicznej dążymy do tego, by dzieci już w wieku szkolnym przejmowały odpowiedzialność za przestrzeganie diety oraz przeprowadzanie

badan krwi, co ma sprawić, że planując ciążę, bardziej odpowiedzialnie podejda do swojego leczenia. Jeżeli kobieta zajdzie w ciążę w okresie metabolicznego niewy-równania PKU, udzielamy jej jak najszybciej porady tak, by uzyskała szybko kontrolę metaboliczną. Organizujemy również wyjazdy szkoleniowe dla pacjentów, w czasie których wykłady medyczne połączone są z warsztatami dietetycznymi, nauką gotowania przy użyciu produktów niskobiałkowych, nauką tworzenia niskofenyloalaninowych jadłospisów.

Obecnie w całej Polsce działa system opieki i edukacji dla chorych na PKU dziewcząt oraz kobiet w wieku rozrodczym. Od kilku lat w Łodzi prowadzone są cieszące się sporym zainteresowaniem warsztaty dla kobiet z fenyloketonurią prowadzone przez dr med. Ewę Starostecką z Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki. Nastolatki oraz młode kobiety przechodzą szkolenie w zakresie planowania rodziny i świadomego macierzyństwa. Podczas spotkań przekazywane są informacje dotyczące leczenia PKU u kobiet w ciąży.

Od ubiegłego roku w całym kraju prowadzona jest akcja adresowana do kobiet z PKU, które z różnych względów odeszły od diety. Wysyłane są do nich materiały edukacyjne wraz z listą poradni mogących udzielić pomocy. Liczymy w tym zakresie na współpracę ze strony internistów, lekarzy rodzinnych i ginekologów, którzy mając do czynienia z ciężarną pacjentką z niepełnosprawnością umysłową i już np. jednym dzieckiem z małągłowie o skierowanie jej do Poradni Metabolicznej. Dotyczy to również kobiet, u których w dzieciństwie zdiagnozowano tzw. łagodną hiperfenyloalaninemię i odstąpiono od leczenia dietetycznego.

Uważa się obecnie, że badaniami przesiewowymi w kierunku fenyloketonurii należałoby objąć: kobiety z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku PKU i hiperfenyloalaninemi, kobiety, które urodziły dziecko z małągłowie lub niedorozwojem umysłowym, oraz kobiety, których iloraz inteligencji znajduje się na granicy lub w przedziale nieznacznego upośledzenia umysłowego.

Szczegółowych informacji udzielimy w Poradni Metabolicznej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy (lekarze: dr n. med. Danuta Kurylak, dr n. med. Agnieszka Chrobot, dietetyk: Izabela Horka).

*Dr. n. med. Agnieszka Chrobot
Poradnia Metaboliczna
Wojewódzki Szpital Dziecięcy
w Bydgoszczy*

(piśmiennictwo u autorki)



Jeden dzień z życia

Jan Styczyński

Nie będzie to opis zupełnie typowego dnia, bo przecież jestem na Columbia University w Nowym Jorku, jednym z najlepszych uniwersytetów na świecie. Jednak aktualnie jest to dla mnie mój typowy dzień kwietniowy 2009 roku. Dzień z pobytu w Dziecięcej Klinice Transplantacji Komórek Hematopoetycznych w Centrum Medycznym Columbia University. W Klinice tej wykonuje się ponad 50 transplantacji rocznie, co w pediatrii jest dużą liczbą. Zazwyczaj nie są to jednak transplantacje typowe, lecz realizowane w ramach badawczych programów naukowych.

7.00. Pobudka i typowy poranny rytuał. Dzisiaj telefonowałem też do Polski (różnica 6 stref czasowych).

7.50. Wychodzę do pracy i jadę metrem. Nowojorskie metro uchodzi za jedno z najbrzydszych na świecie, ale na pewno jest bezpieczne, a poza tym pewnie i szybko dowozi do celu.

8.30. Rozpoczyna się tzw. wizyta w Oddziale. Najpierw omówienie pacjentów. Wszyscy siedzą przy dużym stole. Prowadzący to tzw. Attending (lekarz po specjalizacji, w tym przypadku z pediatrii oraz z hematologii i onkologii dziecięcej), osoba która pracuje w Klinice na stanowisku profesora (klinicznego). W Klinice są 4 takie osoby, w tym szef. Kolejnych pacjentów referują osoby prowadzące, niekoniecznie te same każdego dnia. W tej Klinice osobami tymi są niemalże wyłącznie pielęgniarki odpowiednio wykwalifikowane i zarejestrowane do prowadzenia praktyki leczniczej (tzw. nurse practitioner, NP), sporadycznie są to rezydenci. Każdego dnia są 4–5 NP, każda zajmuje się 2–3 pacjentami (w niektórych ośrodkach takie osoby to asystenci lekarza, czyli PA, physician assistant). Pracę NP nadzoruje lekarz pediatra, w trakcie 3-letniej specjalizacji z hematologii i onkologii dziecięcej (fellow). Attending wypełnia kilka stron formularzy dla każdego pacjenta (których w dniu dzisiejszym jest 12). W zależności od wagi aktualnych problemów medycznych, ta część pracy zajmuje około 2,5–4 godzin. Potem jest rzeczywista wizyta z badaniem pacjentów i rozmowami z nimi i ich rodzicami. Trwa to około godziny.

Oddział jest nowy, ładny, kolorowy, przestronny. Został otwarty 4 lata temu. Poprzedni oddział, po 10 latach pracy został zamknięty i przeznaczony na inne cele. Jak to w USA, wszędzie uwagę zwracają ogromne pojemniki na odpady. Pracy towarzyszy atmosfera spokoju i zadowolenia. Nikt się nie spieszy, a nad bezpieczeństwem 12 pacjentów czuwa w sumie 6–7 pielęgniarek i 6–7 osób zajmujących się terapią.

10.30–11.00 Dzisiaj dodatkowo była wizyta w dziecięcym OIOM, czyli oddziale intensywnej opieki medycznej. Od kilku dni przebywa tam jeden pacjent. Niestety, jego sytuacja pogarsza się. Attending z OIOM w naszej obecności przeprowadził z rodzicami rozmowę o nieuchronnie zbliżającej się śmierci ich dziecka.

13.00 Koniec wizyty. Krótka przerwa na lunch.

13.30 Wyjście po komórki hematopoetyczne szpiku do przeszczepu allogenicznego. W czasie porannego omówienia i wizyty, inna część personelu (Attending, fellow i NP) pobierała szpik kostny od dawcy.

13.30 Rozpoczyna się infuzja komórek szpiku kostnego. Zaskakująca dla mnie była liczba osób obecnych w czasie zabiegu przeszczepienia (cała rodzina i cały personel uczestniczący w porannym omówieniu w tym dniu). Towarzyszyła nam też typowa (w naszym rozumieniu) pielęgniarka. Pielęgniarka ta co 10 minut dokonywała pomiarów temperatury i ciśnienia, a przez cały czas wpisywała wszystkie dane w odpowiednie arkusze w komputerze, który znajduje się na każdej sali.

W inne dni – jest to zazwyczaj pora na zebrania naukowe i szkoleniowe lub pracę własną lub wizytę w Poradni Przeszczepowej.

15.30 Koniec zabiegu przeszczepiania szpiku. Idę jeszcze zobaczyć do oddziału dziennego (czyli do Poradni). Tutaj inny Attending (czasami dwóch, zwłaszcza gdy są konsultowani pacjenci do przeszczepu) wraz ze swoim pomocnikiem (NP) przyjmuje około 10 pacjentów dziennie. Są to kandydaci do przeszczepu, rodinni dawcy, pacjenci po przeszczepie. Niektórzy z pacjentów otrzymują infuzje leków, wszyscy mają wykonywane jakieś badania. Lekarz zajmuje się badaniem pacjenta i rozmową z nim i rodziną. Wszystkie sprawy administracyjne: dokumentacja w komputerze, zlecenia na badania, spisanie lub wydrukowanie wyników

z komputera, wypisywanie zaświadczeń o stanie zdrowia itp., wykonuje NP.

16.30 Wracam do części biurowej Kliniki (w innym budynku). Tutaj są gabinety dla Attendings, fellows, data-managerów, pielęgniarek naukowych (research nurse), kordynatorów transplantacji i osób zajmujących się pracą administracyjną Kliniki. To tutaj tworzy się programy badawcze, naukowe, przygotowuje się publikacje naukowe. Tutaj kilka razy w tygodniu odbywają się zebrania naukowe i szkoleniowe (najczęściej w porze lunchu lub po południu).

Jak łatwo wyliczyć, każdy Attending w cyklu 4-tygodniowym zajmuje się przez 1 tydzień oddziałem, przez 1 tydzień poradnią, a przez 2 tygodnie pracą twórczą obejmującą pracę naukową, pracę nad tworzeniem nowych protokołów badawczych (w tym również kwalifikacją pacjentów do transplantacji i rozmowami z nimi). Jest to również czas, który jest przeznaczony na wyjazdy naukowe.

Zasiadam do komputera, przez który mam dostęp do większości istotnych publikacji. Biblioteka medyczna pełni rzeczywiście rolę wirtualną. Szukam dostępnych materiałów źródłowych dla kilku tematów naukowych które były analizowane w dniu dzisiejszym w różnych okolicznościach.

17.30 Wychodzę ze szpitala. Dzisiaj jest dość ciepło, ale pochmurnie i wietrznie. Ten wiatr jest nieprzyjemny. To dlatego nowojorczyki używają bluz z kapturem. Wszedłem jeszcze do sklepu medycznego przy szpitalu.

18.30 Powrót do domu. Kolacja. Siadam do komputera, przeglądam maile, wiadomości o Polsce. Zajmuję się pracą, pisanie. Na tym upływa cały wieczór.

Słowniczek wyrazów trudnych:

- *Attending* – lekarz nadzorujący pracę personelu zajmującego się prowadzeniem pacjentów
- *Nurse practitioner (NP)* – pielęgniarki, odpowiednio wykwalifikowane i zarejestrowane do prowadzenia praktyki leczniczej
- *Asystent lekarza (PA, physician assistant)* – pomocnik lekarza
- *Fellow* – lekarz w trakcie specjalizacji
- *Lunch* – przerwa w pracy przysługująca każdemu pracownikowi, na posiłek i odpoczynek, w środku dnia pracy
- *Data manager* – osoba, która wpisuje wszystkie dane dotyczące pacjentów w odpowiednie miejsce w komputerze, w odpowiedni raport i formularz
- *Research nurse (RN)* – pielęgniarka, która jest pomocnikiem lekarza w pracy naukowej

Dr hab. Jan Styczyński, prof. UMK, pracuje w Oddziale Transplantacji Szpiku Kostnego w Katedrze i Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, obecnie przebywa w Columbia University w Nowym Jorku.

NFZ informuje

● Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ informuje, iż z dniem **1 kwietnia 2009 roku**, świadczenia z zakresu: **STOMATOLOGICZNA POMOC DORAŻNA** dla ubezpieczonych z terenu byłego województwa bydgoskiego, udzielane będą tylko w **10 Wojewódzkim Szpitalu Klinicznym z Polikliniką**, Bydgoszcz ul. Powstańców Warszawy 5 tel 0 523 787 210 bądź 052 378 70 07, przez wszystkie dni tygodnia w godzinach 19.00–7.00 rano, oraz całonocowo w soboty, niedziele i święta.

● Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ informuje również, iż z dniem **1 kwietnia 2009 roku**, ulegają zmianie godziny przyjęć

w NZOZ „STOMED” Bydgoszcz ul. Dworcowa 47, dodatkowo, od poniedziałku do piątku, w godzinach od 19.00–23.00, gdzie udzielane będą świadczenia z zakresu: świadczenia ogólnostomatologiczne, nie zaś jak dotychczas z zakresu stomatologicznej pomocy doraźnej.

● Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ uprzejmie informuje, iż z dniem **30 marca 2009 roku** (poniedziałek) **Dział Lecznictwa Uzdrawiskowego** zostaje przeniesiony z ul. Stowackiego 3 w Bydgoszczy na ul. Warszawską 10, do Wydziału Służb Mundurowych NFZ w Bydgoszczy.

Nowe nr telefonów: (052) 582 31 25 – informacja uzdrawiskowa, (052) 582 31 21 – kierownik Działu Lecznictwa Uzdrawiskowego, p. Elżbieta Wilczyńska.

KURSY • KONFERENCJE

W TORUNIU

● **30 maja 2009**, Hotel FILMAR, ul. Grudziądzka 45, Toruń, **dr n. med. Marcin Aluchna** – „Odbudowa zębów po leczeniu endodontycznym z zastosowaniem włókien szklanych.”



● **20 czerwca 2009**, Hotel Bulwar, ul. Bulwar Filadelfijski 18, Toruń, **prof. dr hab. med. Jerzy Krupiński** – „Najnowsze osiągnięcia endodoncji w praktyce lekarskiej”
Sekwencja instrumentów rotacyjnych:

● **19 września 2009**, Toruń, **dr n. med. Maciej Żarow** – „Odbudowa zniszczonych zębów wypełnieniami typu inlay/onlay”
Odbudowa zębów metodą pośrednią inlay/onlay:

● **15 listopada 2008 r.** „Estetyczna korona ceramiczna”, wykładowca **dr Jerzy Pytko**. Hotel FILMAR, Toruń.

Uczestnicy wszystkich kursów otrzymają punkty edukacyjne. Organizatorem jest Centrum Konferencji i Wystaw Expo-Andre, ul. Prosta 19/7, 87–100 Toruń. Informacje i zgłoszenia uczestnictwa tel.: 056 657 35 05, 621 11 27, tel. kom. 516 037 516, lub poprzez formularz zgłoszeniowy dostępny na stronie internetowej www.expo-andre.pl

KONFERENCJE

● **16–17 października 2009 r.** odbędzie się **XV Ogólnopolska Konferencja Stomatologiczna oraz XV Targi Stomatologiczne „Expodent 2009”**. Konferencji towarzyszą targi oraz wystawa najnowocześniejszego sprzętu stomatologicznego. Dla lekarzy przewidziane są punkty edukacyjne.

Konferencja odbędzie się w Auli UMK, ul. Gagarina 11 w Toruniu. Organizatorem jest Centrum Konferencji i Wystaw Expo-Andre, ul. Prosta 19/7, 87–100 Toruń. Informacje i zgłoszenia uczestnictwa tel.: 056 657 35 05, 621 11 27, tel. kom. 516 037 516, lub poprzez formularz zgłoszeniowy dostępny na stronie internetowej www.expo-andre.pl.

W CIECHOCINKU

● **Kurs 30 maja 2009** – Najczęstsze choroby błony śluzowej jamy ustnej – diagnostyka i postępowanie terapeutyczne. Wykładowca:



pani prof. dr hab. n. med. Anna Kurnatowska – kierownik Zakładu Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

● **Kurs 20 czerwca 2009** – **Rekonsytucje zębów bocznych. Inlay-Onlay czy odbudowa bezpośrednia?** Wykładowca: **prof. dr hab. Jerzy Sokołowski** kierownik Zakładu Propedeutyki i Diagnostyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kurs organizuje: Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów pod patronatem Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej. Szkolenia odbędą się w sali konferencyjnej Sanatorium Kolejowego w Ciechocinku przy ul. Zdrojowej 17. Początek zajęć o godzinie 10.00. Opłata za kurs w wysokości 240 zł (koszt szkolenia + obiad, kawa, napoje, ciastka). Wpłaty na konto: 06 1020 5170 0000 1202 0065 1620, Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, 87-800 Włocławek, ul. Królewiecka 1a/2. Będą wydawane rachunki oraz zaświadczenia o ukończeniu kursu z przyznanymi 8 punktami edukacyjnymi. Prosimy o wypełnienie i przesłanie Internetem formularza zgłoszeniowego znajdującego się na stronie internetowej www.stomatologia.edu.pl lub przesłanie zgłoszenia – zawierające dane konieczne do wystawienia rachunku – pod adresem: Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, 87-800 Włocławek, ul. Królewiecka 1a/2. Informacje i zgłoszenie uczestnictwa: 054 231 51 57, lub 694 724 871.

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

40 lat pisania o zdrowiu

Moja córka oświadczyła niedawno, że nie będzie weterynarzem, tylko pediatrą, tak jak tata i mama. Przyznam się, że przyjęłam tę decyzję z umiarkowanym aplauzem. A jeszcze dwadzieścia lat temu sama chciałam pójść w ślady mojej mamy, bynajmniej nie lekarskie...



Moja Mama, Maria Wróblewska, obchodząca w styczniu tego roku 70-te urodziny przez 40 lat zajmowała się tematyką ochrony zdrowia na łamach prasy. Przychodząc do redakcji „Gazety Pomorskiej” jako absolwentka polonistyki Uniwersytetu Mikołaja Kopernika zamierzała zająć się teatrem i sztuką, jednak ówczesny naczelny redaktor przydzielił jej ochronę zdrowia. Na moje pytanie jak dała sobie radę z tak specyficzną, czasem niewdzięczną tematyką oraz nierzadko trudnymi rozmówcami, Mama odpowiada:

„Najważniejsza była konieczność samokształcenia, czasem godzinami przygotowywałam się do rozmowy z wybitnym przedstawicielem świata medycznego. Siedziałam w bibliotece medycznej i czytałam. Robiłam to z szacunku do rozmówcy i do czytelników. Moją naczelną zasadą było pytać tak długo, aż zrozumiem i będę mogła żargon medyczny »przetłumaczyć« w sposób jasny dla odbiorców.”

Kamieniami milowymi były wywiady z profesorami: Antonim Działkowiakiem, Julianem Aleksandrowiczem, Wiktorem Degą. W Bydgoszczy szczególnie inspirujące były rozmowy z profesorami: Anną Balcar-Boroń, Józefem Kałużnym, Bogdanem Romańskim, Zygmunt Mackiewiczem i Adamem Bilikiewiczem. Wywiady cieszyły się dużą popularnością wśród czytelników, przybliżały osiągnięcia i problemy ówczesnej medycyny. Rozmówcy byli nie tylko wybitnymi lekarzami, ale także wielkimi humanistami. Na łamach „Gazety Pomorskiej” Mama towarzyszyła wszystkim istotnym wydarzeniom medycznym naszego regionu, włącznie z powstaniem Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

Zapytana o to, jakie wydarzenia były dla niej najważniejsze, odpowiada:

„Największą satysfakcję dała mi prowadzona pod koniec lat dziewięćdziesiątych, przez trzy lata, akcja badań profilaktycznych dla kobiet (nowotwór piersi) i mężczyzn (nowotwór prostaty). Były to jedne z pierwszych akcji profilaktycznych adresowanych do mieszkańców małych miast i wsi naszego województwa. Brali w nich udział wspólnie lekarze: prof. Roman Makarewicz, dr Anna Kuźmińska, dr Joanna Terlikiewicz, dr Krzysztof Kwela, dr Iwona Kusiak.”

Agnieszka Chrobot

(Na zdjęciu: Maria Wróblewska)

Mój jest ten kawałek podłogi!...

„Przyszła do nas wiosna.
Przyszła do nas hoża
Nasiała nam kwiecica
Między trawy, zboża.”

Maria Konopnicka



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Chciałem na te majowe dni, w których ten numer zawita w Waszych domach mili Czytelnicy, napisać coś miłego, coś ciepłego, coś być może o zabarwieniu erotycznym. Dlatego też, aby uzupełnić swoją wiedzę sięgnąłem do źródeł, a jak wiadomo w obecnych czasach takim niezastąpionym źródłem jest sieć www.

Sięgnąłem i rozczarowałem się wielce!

Na hasło „maj w poezji” nie znalazłem odpowiednika mnie zadawalającego. Spróbowałem inaczej!

Następnym hasłem było zapytanie, a może „maj w wierszu”? Odpowiedź taka sama!

Zbaraniałem! Czy miesiąc, w którym to żywiej biją serca młodym ludziom nie wzbudził nigdy zainteresowania żadnego ze znanych poetów? Ano widać chyba nie!

Idę dalej. Szukam na upartego „maj w piosence”, no i nareszcie coś tam drgnęło, ale też w ilości zbyt małej, bo to w latach siedemdziesiątych zespołowi „Partita” „wiosna buchnęła majem”, a historia nieszczęsnej „Małgośki” w wykonaniu pani Maryli zaczęła się w maju na Saskiej Kępie, natomiast upadek z konia książniczki Anny był znakiem, że „przybył kolega Maj”. No i wreszcie Starsi Panowie mieli w sercu „zawsze maj”, co mnie nie dziwi, bo nie da się ukryć: jestem już starszym panem i w sercu zawsze mam maj.

Co do tego stwierdzenia przypuszczam, że najbliższa mi Osoba będzie głośno protestować.

Wreszcie, szukając dalej znalazłem śliczny wierszyk na majową okazję, który to wierszyk cytowana poetka napisała dzieciom.

Wierszyk bardzo mi się spodobał!

Ergo! Dziecinnieje!

Z tym stwierdzeniem najbliższa mi Osoba w pełni się będzie zgadzać!

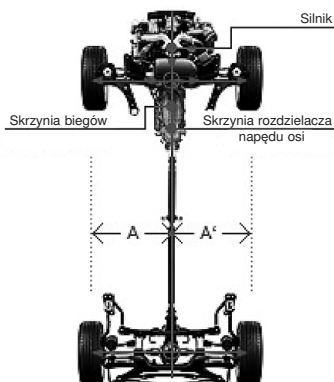
Czego to się nie robi dla świętego spokoju w miesiącu miłości?

Liczymy na współpracę internistów, lekarzy rodzinnych i ginekologów!

A. Martynowski

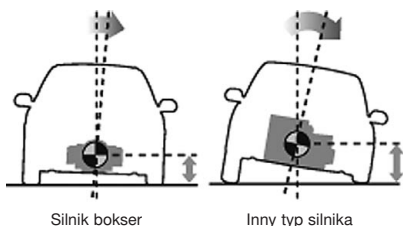
SĄ SAMOCHODY I JEST **SUBARU**

Dlaczego SUBARU, co czyni tę markę wyjątkową i dlaczego ma przewagę w wielu aspektach jezdnych, konstrukcyjnych, technologicznych. Zaprezentuję Państwu kilka głównych cech każdego modelu SUBARU w celu pokazania jak technologia i wspiane rozwiązania konstrukcyjne służą Klientom tej marki na co dzień.



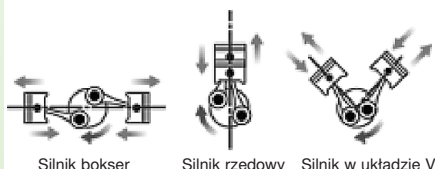
SYMMETRICAL AWD

Stały napęd wszystkich kół Symmetrical AWD stworzono w Subaru w 1972 roku. Od tamtej pory układ ten był przedmiotem wielu technologicznych i konstrukcyjnych udoskonaleń w wyniku zwiększających się wymagań użytkowników Subaru. Symmetrical AWD charakteryzuje się osiową symetrią skrzyni biegów, wału napędowego i mechanizmów różnicowych umieszczonych za silnikiem SUBARU BOXER. Oznacza to, że w porównaniu z innymi układami napędowymi typu All-Wheel Drive system ten stanowi unikalne, proste rozwiązanie zachowujące obustronną równowagę z nisko położonym środkiem ciężkości. Ponadto w przypadku poślizgu kół rozkład momentu obrotowego pomiędzy osią przednią i tylną jest automatycznie kontrolowany. Rozwiązanie takie daje pewność prowadzenia samochodu znanego z naturalnej stabilności.



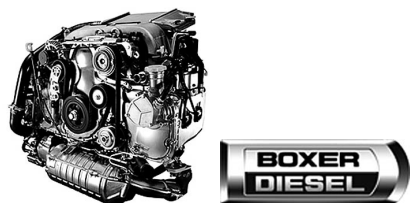
Nisko położony środek ciężkości

Gdy pokonujesz zakręt, siła odśrodkowa zawsze stara się skierować samochód na zewnętrzną stronę drogi. To, w jak wysokim stopniu ten efekt zajdzie, zależy od położenia środka ciężkości. Gdy jest on położony wysoko, trudniej jest odzyskać stabilność i kontrolę nad pojazdem. Gdy jest nisko, mniejsze jest przechylenie nadwozia i odchylenie od obranego toru jazdy, dając tym samym większą stabilność i bezpieczeństwo.



Mniej drgań

Konstrukcja silnika SUBARU BOXER radykalnie redukuje drgania poprzez wzajemne znoszenie się sił dynamicznych pochodzących od pracujących naprzeciw siebie tłoków. Niespotykany przy innych konstrukcjach silnika komfort pracy w całym zakresie obrotów i szybsze, bardziej spontaniczne reakcje na zmianę położenia pedału gazu to bezpośrednie zalety stosowanej konstrukcji.



Rewolucyjny silnik BOXER DIESEL

Rewolucjonizując technologię silników wysokoprężnych, Subaru przeszło ze swoim flagowym silnikiem typu bokser do zupełnie nowej ligi. Oprócz wybitnie niskiego zużycia paliwa i potężnego momentu obrotowego, silnik ten cechuje się również niskim poziomem wibracji oraz dużą sztywnością. Zalety te korzystnie uzupełniają podstawową cechę SUBARU – przyjemność z jazdy.

Innowacyjny system ISR

System ISR wykorzystuje GPS i sieć komórkową. Po wypadku urządzenie automatycznie powiadamia centrum odbiorcze 112 – wysyła tam informację z namiarami zdarzenia (czas, miejsce i opis kolizji). Lokalizacja jest określana z dokładnością do 10 metrów. Operator próbuje nawiązać łączność z kierowcą – po prostu dzwoni na jego komórkę. W tym samym czasie są wzywane służby ratunkowe (w pierwszej kolejności pogotowie). Jeśli z danych wysłanych przez ISR wynika, że auto np. kilkakrotnie dachowało alarm dostaje jednocześnie także straż pożarna (specjalistyczny sprzęt do rozcinania karoserii). Zbawienny ISR dostaną za darmo wszystkie nowe modele SUBARU. Przez rok właściciel takiego auta będzie „chroniony” bezpłatnie. Trzeba dodać, że mając ISR w aucie można liczyć na zniżki w ubezpieczeniach.



AUTORYZOWANY DEALER SUBARU REISKI

Łukasz Dołasiński
Specjalista ds. Sprzedaży
tel. kom 0 691 443 774

Salon: ul. Gajowa 2, Bydgoszcz
Serwis: ul. Fordońska 75, Bydgoszcz
E-mail: reiski@subaru.pl

KAMIENICA RETRO

Mam przyjemność poinformować Państwa o możliwości
wynajęcia GABINETÓW LEKARSKICH
dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych
z windą i innymi udogodnieniami zgodnymi z wymaganiami Sanepidu
w kamienicy przy **ul. Szerokiej w Inowrocławiu.**

Budynek ulokowany jest w bardzo atrakcyjnym punkcie w centrum miasta.
Cała kamienica z zewnątrz i wewnątrz jest odrestaurowana.

▶ *Wszystkich zainteresowanych zapraszamy do współpracy.*
Kontakt: Katarzyna Chmielewska, tel. 608 024 868 ◀

Agencja Ubezpieczeniowa Tomasz Czajkowski

zajmujemy się obsługą:



| **PZU SA**

- 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.

www.czajkowski-ubezpieczenia.pl

Uwaga!

PZU S.A. obniża cenę!

zadzwoń

Tomasz Czajkowski ul. Opławiec 48 85-469 Bydgoszcz

tel, 601 672 559, 052 581 66 33

Tablice ogłoszeniowe o 20 zł droższe

Na wniosek wykonawcy lekarskich tablic ogłoszeniowych – p. Ryszarda Wieteckiego, Prezydium ORL BIL 2 kwietnia 2009 rozpatrzyło i zaakceptowało wniosek o podwyższenie ceny za wykonanie tablic lekarskich o 20 zł tj.:

format A4 – 120 zł • format A3 – 135 zł • format A2 – 150 zł

PRACA

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie nawiąże współpracę z **lekarzem okulistą** w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Kontakt: 86-010 Koronowo ul. Dworcowa 55, tel. 052 3822353, fax: 052 3822448.

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie zatrudni **lekarzy specjalistów z chirurgii ogólnej** do pracy w oddziale chirurgicznym w godzinach ordynacji i poza godzinami ordynacji (dyżury medyczne). Rodzaj umowy i wynagrodzenie do uzgodnienia. Zainteresowanych naszą ofertą prosimy o kontakt: telefon +48 566772607, E-mail: sekretariat@zoz.chelmno.pl

NZOZ Przychodnia Kapuściska zatrudni **lekarza internistę**. Informacje i zgłoszenia: 052 3610148, 052 3611363.

Sanatorium "Metalowiec" w Inowrocławiu zatrudni **lekarza o specjalności rehabilitacja lecznicza** w charakterze ordynatora. Zgłoszenia prosimy wysłać pod adres e-mail: metalowiec@sanatoria.com.pl. W celu uzyskania dodatkowych informacji prosimy dzwonić pod numer telefonu: 052 3551122.

NZOZ Wielospecjalistyczny Ośrodek Zdrowia GRYF-MED w Bydgoszczy zatrudni **lekarzy do pracy w poradni POZ**. Kontakt pod nr tel. 052 3208720 lub e-mail: nzo_z_gryfmed@wp.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim zatrudni do pracy w Szpitalu Powiatowym **lekarzy specjalistów lub chcących się specjalizować w dziedzinie: chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne** (specjalizacja w ramach rezydentury) oraz **lekarzy do pracy: w Dziale Pomocy Doraźnej w Lidzbarku Warmińskim lekarz systemu w karetce „S” oraz Szpitalnej Izbie Przyjęć**. Warunki płacowe i mieszkaniowe do uzgodnienia na miejsc. Kontakt: 089 7672271 do 76. Dyrektor: 089 7672561.

WYNAJME

Udostępnię lokal w Osieku n. Notecią o powierzchni 35 m kw. z przeznaczeniem na gabinet lekarski – np. stomatologiczny. W tej 4 tys. miejscowości nie ma stomatologa. Kontakt tel. 067 2865200 lub 601213522.

Jubileusze!

W dniu **5 czerwca 2009 r. o godz. 19.00** w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej odbędzie się uroczystość z okazji jubileuszy lekarzy – członków naszej Izby. Jubilatami są lekarze obchodzący w 2009 roku: 60-lecie, 50-lecie i 40-lecie wydania dyplomu. Zapraszamy Jubilatów oraz wszystkich, którzy chcą wraz z nimi świętować!

II MISTRZOSTWA
POLSKI LEKARZY
w PIŁCE NOŻNEJ
SZEŚCIOOSOBOWEJ

ŁÓDŹ 6–7 czerwca 2009 r.

- Zawody odbędą się na obiekcie Szkoły Mistrzostwa Sportowego w Łodzi przy ul. Milionowej 12.
 - Koszt zakwaterowania i wyżywienia ponoszą uczestnicy.
- Proponujemy zakwaterowanie w hotelach w pobliżu miejsca imprezy:
- HOTEL „FOCUS” ul. Łąkowa 23/25 tel. 042 6371200
 - HOTEL „IBIS” ul. Piłsudskiego 11 tel. 042 6386700 www.ibishotel.com
 - HOTEL „Boss” ul. Tatrzańska 11 tel. 042 6763113, 6724889
- Prosimy o indywidualne rezerwacje pokoi.
- Regulamin rozgrywek zostanie rozesłany do zgłoszonych drużyn.
 - W turnieju mogą brać udział wyłącznie drużyny złożone z lekarzy.
 - Wszelkich informacji udzielają organizatorzy:
 - Mariusz Maroszyński tel. 504 121 832
 - Łukasz Rajchert tel. 501 418 718
 - Piotr Gąsiński tel. 880 507 293

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

Spotkanie
lekarzy seniorów

3 czerwca gościem lekarzy – seniorów na comiesięcznym, środowowym spotkaniu będzie bydgoski artysta – malarz Ignacy Bulla. Zapraszamy! Spotkanie – jak zwykle – rozpocznie się o godz. 14.30, półgodzinną częścią organizacyjną, „roboczą”, od godziny 15. – czas na rozmowę o malarstwie.

Zaproszenia
dla Czytelników do Teatru!

- **26 maja** Elfriede Jelinek **O zwierzętach**, 17.00 – 1x2
- **27 maja** Elfriede Jelinek **O zwierzętach**, 17.00 – 1x2
- **28 maja** Antoni Czechow, **Trzy siostry**, 19.00 – 1x2
- **29 maja** Antoni Czechow, **Trzy siostry**, 19.00 – 1x2

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

Repertuar
maj 2009

- **16.05** Krasiński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna WARSZAWSKIE SPOTKANIA TEATRALNE, 19.00
- **17.05** Jan Brzechwa **Pchła Szachrajka** Mała Scena TPB, 11.00
- Krasiński. **Nie-Boska Komedia**. Instalacja teatralna WARSZAWSKIE SPOTKANIA TEATRALNE, 19.00
- **23.05** Antoni Czechow **Trzy siostry** Duża Scena TPB – spektakl kameralny, PREMIERA, 19.00
- **24.05** Antoni Czechow **Trzy siostry** Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 19.00
- **26, 27.05** Elfriede Jelinek **O zwierzętach** Mała Scena TPB, 17.00, 20.00
- **28, 29.05** Antoni Czechow **Trzy siostry** Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 19.00
- **30.05** Jan Brzechwa **Pchła Szachrajka** Mała Scena TPB, 16.00
- Antoni Czechow **Trzy siostry** Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 19.00
- **31.05** Jan Brzechwa **Pchła Szachrajka** Mała Scena TPB, 11.00
- Antoni Czechow **Trzy siostry** Duża Scena TPB – spektakl kameralny, 19.00

Repertuar może ulec zmianie