

Primum

ISSN 2353-6055 Nr 3 (308) 2017

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ





W NOWYM ROKU WSZYSTKO CI VOLVO

Teraz **Volvo XC60** już od **1299 zł** miesięcznie.

BEZ WPŁATY WŁASNEJ.

Odwiedź najbliższy Autoryzowany Salon Volvo
i poznaj szczegóły promocji.

www.volvocars.pl



Szczegóły oferty u dealerów Volvo. Niniejsza informacja nie stanowi oferty w rozumieniu Kodeksu cywilnego. Prezentowane zdjęcia są przykładowe i mogą obejmować wyposażenie dodatkowe nieujęte w wycenie. W zależności od wersji silnika zużycie paliwa w cyklu mieszanym wynosi od 4,5 do 7,7 l/100 km; emisja CO₂ od 117 do 179 g/km. Informacje o działaniach dotyczących odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji na www.volvocars.pl. Oferta dotyczy leasingu.

NORDIC MOTOR Sp. z o.o.
Autoryzowany Dealer Volvo

ul. Fordońska 307, 85-766 Bydgoszcz
ul. Szosa Lubicka 15, 87-100 Toruń

tel. 52 33 907 00
tel. 56 66 000 66

www.nordicmotor.dealervolvo.pl

W NUMERZE

Z BIL.....	2
Z NFZ Fundusz namawia na KOC i DOK.....	3
PIERWSZY PRZESZCZEP WĄTROBY W REGIONIE	4
INFORMUJEMY	6
ŚWIATOWY DZIEŃ NERKI	8
REUMATOLOGIA Leczenie biologiczne – fakty i mity.....	9
PROBLEMY I DYLEMATY MŁODYCH LEKARZY	10
Z HISTORII MEDYCYNY Andrzej Wezaliusz – twórca nowoczesnej anatomii.....	12
Z CM UMK Doktoraty.....	15
LEKARZ W GAŚCZU PARAGRAFÓW	16
KĄCIK KRWIODAWSTWA	17
LEKARSKI SPORT	18
FELIETON	19
W PIGUŁCE	20



Okładka: fot. Jolanta Klewicz

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Biurokracja, zbyt mało czasu dla chorego, za mało lekarzy i pielęgniarek – to najczęściej wymieniane przyczyny frustracji białego personelu. W takich warunkach nietrudno o błąd. Konsekwencje oczywiście ponosi pracownik. Jednak pracownik nie musi się godzić na proponowane odgórnie warunki pracy. Może odejść lub nie zatrudniać się w miejscu, które nie odpowiada jego wyobrażeniom lub wymogom. Można również sobie wytłumaczyć, że proponowane warunki ustalane są odgórnie, nie mam na nie wpływu i godzę się na kontynuowanie pracy, będąc całkowicie poddanym i uległym. Można to drogo okupić: odpowiedzialnością za ewentualne błędy w leczeniu, własnym zdrowiem, a nawet życiem, szkodząc rodzinie oraz chorým.



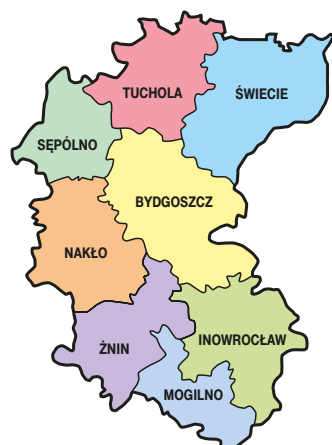
Zdjęcie: NIL

Zastanówmy się więc i odpowiedzmy na pytanie: kto jest odpowiedzialny za moje Zastanowisko pracy? Dyrektor, szef czy urzędnicy? Za błędy najczęściej płaci lekarz, nawet jeśli nie był za określoną sytuację odpowiedzialny. Oskarżony lekarz, postawiony przed sądem, nie jest w stanie odbudować swojej reputacji po nagonce w mediach, nawet jeśli wyrok sądu był dla niego korzystny.

W naszym Kodeksie Etyki Lekarskiej zawarty jest punkt 11: „Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swojego zawodu w warunkach, które zapewniają odpowiednią jakość opieki nad pacjentem”. Z tego zdania wynika obowiązek reakcji w sytuacjach, gdy ktoś lub coś uniemożliwia lekarzowi prawidłowe wykonywanie obowiązków. W psychologii określa się taką postawę jako asertywną, czyli powinniśmy wywierać konstruktywny wpływ na innych ludzi, aby zmienić ich zachowanie lub postępowanie z nieefektywnego lub błędnego na prawidłowe lub efektywne. O to jednak bardzo trudno. Pod tym względem mam osobiste, przykre doświadczenia. Często zapominamy, że sami ponosimy odpowiedzialność za warunki swojej pracy.

Najczęściej nie bronimy swoich praw. Nie walczyliśmy o nie z obawy przed zwolnieniem. W publicznych placówkach, jeśli chcielibyśmy zaprotestować czy zasugerować zmiany, musimy wkroczyć na drogę urzędową lub szukać sojuszników, którzy pomogą nam lobbować za określonymi rozwiązaniami. Nasz zawód jest uznawany za służbę. Idziemy więc na ustępstwa i ulegamy. Z tej uległości rodzi się frustracja i błędy, które nie służą ani choremu, ani placówce, w której pracujemy. Zawarte w podręcznikach dla menedżerów piękne zasady i wskazówki dotyczące zarządzania zwykle są celowo lub beztrzesko ignorowane. Organ założycielski zazwyczaj rozlicza ich głównie z wyników finansowych. Niewątpliwym ułatwieniem w egzekwowaniu swoich praw jest posiadanie przez szpital akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Przeglądając Internet, ze zdziwieniem stwierdziłem, że wszystkie bydgoskie szpitale posiadają akredytację CMJ, oprócz jednego – Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego im. dr. Emila Warmińskiego w Bydgoszczy. Natomiast na powitalnej stronie wymienionego szpitala widnieje informacja o uzyskaniu tytułu „Lidera Polskiego Lecznictwa” jako „nagrody w prestiżowym ogólnopolskim programie!”. Ocenę wartości tej nagrody pozostawiam Koleżankom i Kolegom.

Dr n. med. Stanisław Prywiński
Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej



Primum BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

REDAKCJA e-mail: primum@bil.org.pl, agnieszka.banach@hipokrates.org, tel. 523 460 785

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska,
85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11;
telefony: 52346 00 84, 52346 07 80;

Red. naczelny: Agnieszka Banach-Dalke
Numer konta BIL: PKO BP II O/Bydgoszcz
95102014750000830200191197;
e-mail: bil@bil.org.pl; www.bil.org.pl

• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:
e-mail: rzecznik@bil.org.pl, tel. 52346 12 57
• Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków:
lek. med. Wojciech Kosmowski. Kontakt: 605550017

RADA PROGRAMOWA: przewod.: dr n. med. Wojciech Szczęśny;
członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiwicz, red. nac. Agnieszka
Banach-Dalke, red. Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszynski,
dr n. med. Marek Jurgowiak, lek. dent. Marek Rogowski, dr n. med. Zofia
Ruprecht, dr n. med. Hanna Słowińska.

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Przewodniczący Rady
Programowej: Wojciech Szczęśny, tel. 602395654; redaktor naczelny:
Agnieszka Banach-Dalke, tel. 696016262, agnieszka.banach@hipokrates.org;
redaktor: Magdalena Godlewska, magodlewska@poczta.onet.pl
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i poprawiania materiałów oraz
zmian w tytułach. Za treść reklam nie odpowiadamy. Nakład: 4200 egz.



2017

do 14 kwietnia

Przyjmowanie wniosków lekarzy o umieszczenie ich na liście innego rejonu wyborczego i ogłoszenie ostatecznych list członków rejonów wyborczych

do 15 maja

Zgłaszanie kandydatów na delegatów w trybie określonym przez OKW

do 31 maja

Opublikowanie list kandydatów na delegatów i rozpoczęcie kampanii wyborczej

Sprawdzamy listy wyborcze!



W lutowym numerze „Primum” oraz na stronie internetowej Bydgoskiej Izby Lekarskiej ogłoszone zostały **wstępne listy członków 27 rejonów wyborczych**, na które – uchwałą ORL z 19 stycznia 2017 r. – podzieleni zostali wszyscy członkowie naszego lokalnego samorządu lekarskiego (wg stanu na 31 grudnia 2016).

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy! We własnym, ale i samorządowym interesie sprawdźcie opublikowane listy i zgłoście ewentualne wnioski o zmianę rejonu wyborczego. Tylko członkowie własnego, konkretnego rejonu wyborczego będą mogli (do 15 maja) zgłaszać kandydatów na delegatów swojego środowiska wyborczego!

Wniosek o zmianę rejonu wyborczego (jego wzór zamieszczamy poniżej) można przesłać lub złożyć zarówno w celu sprostowania nieprawidłowości w przypadku rejonu niewłaściwego z tytułu miejsca zatrudnienia lub zamieszkania, jak i zamiaru uczestniczenia w wyborach w dowolnie przez siebie wybranym rejonie wyborczym. Wniosek musi dotrzeć do naszej Izby do 11 kwietnia, aby OKW mogła go rozpatrzyć na posiedzeniu w dniu 13 kwietnia.

Pełne i ostateczne listy członków poszczególnych rejonów wyborczych zostaną zamieszczone na stronie internetowej Izby i będą dostępne w siedzibie BIL od 14 kwietnia. Lekarze, którzy złożą w ww. terminie wnioski o przeniesienie do innego rejonu, zostaną poinformowani o jego zatwierdzeniu przez Okręgową Komisję Wyborczą

Z koleżeńskim pozdrowieniem
Maciej Borowiecki
Sekretarz OKW

Panu Doktorowi
Dariuszowi Ratajczakowi

z powodu śmierci

Teściów

szczerze wyrazy współczucia
składają

*pracownicy Oddziału Urologii i Chirurgii
Dziecięcej Szpitala Dziecięcego w Toruniu*

Harmonogram wydań **Primum**

W 2017 r. Primum będzie wysyłane w następujących terminach:

- ▶ numer 4 – 10 kwietnia
- ▶ numer 5–6 – 22 maja
- ▶ numer 7–8 – 26 czerwca
- ▶ numer 9 – 4 września
- ▶ numer 10 – 2 października
- ▶ numer 11 – 30 października
- ▶ numer 12/2017–1/2018 – 11 grudnia



Z radością informujemy, że w dniach **20–23 lipca** odbędzie się **siódma edycja Ogólnopolskiego Zlotu Lekarzy – Motocyklistów Chełmno MotoBridge 2017**. Impreza ma charakter turystyczno-krajoznawczy. Dysponujemy ograniczoną liczbą miejsc w hotelu. Zgłoszenia przyjmujemy do końca kwietnia w miarę wolnych miejsc. Decyduje kolejność zgłoszeń. Więcej informacji i kontakt przez stronę internetową: www.motobridge.fabrykasnu.eu
Wszystkich zainteresowanych lekarzy – motocyklistów serdecznie zapraszamy.

Organizatorzy
Bożena i Stanisław Leks, Hanna Śliwińska

WNIOSEK O PRZENIESIENIE DO INNEGO REJONU WYBORCZEGO I WPISANIE NA LISTĘ TEGO REJONU

imię nazwisko

LEKARZ LEKARZ DENTYSTA

numer prawa wykonywania zawodu

numer i nazwa rejonu, na listę którego wpisany jest lekarz

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

adres osoby wypełniającej wniosek

data, podpis i pieczęć

Fundusz namawia na KOC i DOK

Siedem szpitali z kujawsko-pomorskiego spełnia warunki, by przystąpić do realizacji rządowego projektu „Za życiem”, czyli objąć kompleksową i skoordynowaną opieką kobiety ciężarne spodziewające się narodzin dziecka z ciężkimi uszkodzeniami, upośledzeniami, nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu (zakres KOC) oraz ich dzieci (zakres DOK). Chodzi o to, by pacjentka, a później jej dziecko, w jednym ośrodku uzyskiwała wszelką konieczną w czasie ciąży pomoc – diagnostykę, leczenie, wsparcie psychologiczne, i to bez kolejek i limitów. Na deklaracje świadczeniodawców z oddziałami położniczymi drugiego i trzeciego stopnia referencyjności oraz poradni neonatologicznych, które są zlokalizowane przy oddziałach neonatologicznych 3 poziomu referencyjnego, od początku stycznia czeka Narodowy Fundusz Zdrowia. Można je składać do 10 każdego miesiąca. Do 10 lutego regionalny oddział NFZ nie otrzymał zgłoszenia od żadnego z siedmiu szpitali.

Agnieszka Banach

K-P OW NFZ cały czas prowadzi rozmowy i konsultacje ze świadczeniodawcami. Jesteśmy w stałym kontakcie – informuje rzeczniczka instytucji Barbara Nawrocka.

Dlaczego dyrektorzy jednostek, które mogłyby włączyć się w nowy pomysł Funduszu, do tej pory takiej decyzji nie podjęli? „Na razie analizujemy założenia obu zakresów i wyjaśniamy nasze wątpliwości – mówi Kamila Wicińska, rzeczniczka Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. Bizziela (III stopień referencyjności) – Poważnie zastanawiamy się nad przystąpieniem do świadczenia Dziecięcej Opieki Koordynowanej (DOK), bo właściwie i tak ją realizujemy”

Dyrektor ds. medycznych bydgoskiego Wielospecjalistycznego Szpitala Miejskiego (III stopień referencyjności) dr n. med. Jerzy Maciejewski wypowiada się w podobnym tonie: „Informuję, że Szpital jest obecnie na etapie rozważania wszelkich aspektów organizacyjnych związanych z ewentualną realizacją programu” i dodaje, że Szpital „podejmie decyzję w tym zakresie po zgromadzeniu pełnych danych warunkujących prawidłową realizację opieki koordynowanej”.

Na czym dokładnie ma polegać realizowany w ramach ustawy „Za życiem” tzw. KOC, czyli program koordynowanej opieki nad ciężarną, oraz DOK, czyli dziecięca opieka koordynowana dla dzieci, które zostały dotknięte chorobą w życiu płodowym lub okresie okołoporodowym, do których nie przystąpił na razie żaden szpital z naszego regionu – wyjaśniał Wojciech Zawalski, autor rozwiązań dotyczących opieki skoordynowanej oraz współtwórca założeń ustawy „Za życiem”, dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali NFZ, z zawodu ginekolog-położnik, który 31 stycznia przyjechał do Bydgoszczy na spotkanie ze wszystkimi potencjalnymi realizatorami programu.

Oco chodzi w KOC i DOK? „Ośrodek w ramach koordynowanej opieki przejmuje pełną odpowiedzialność za prowadzenie ciąży, porodu i urodzone dziecko. Ciężarna, zgodnie z potrzebami zdrowotnymi, w dowolnym momencie musi w takim ośrodku otrzymać pomoc. Opieka jest dostępna 24 h na dobę, łącznie z infolinią, na którą kobieta może o każdej porze zadzwonić i rozwiązać swoje wątpliwości dotyczące stanu zdrowia jej lub dziecka. Za całą opiekę płacimy szpitalowi ryczałtowo – tłumaczy Wojciech Zawalski i podkreśla – Największa zmiana dla szpitali jest taka, że procedury, które do tej pory były limitowane, teraz limitom podlegać nie będą. To, co wynika ze wskazań klinicznych w opiece nad ciężarną i noworodkiem NFZ finansuje w ramach opieki koordynowanej.”

Finansowane przez NFZ będą m.in. operacje wewnątrzmaciczne wykonywane w ośrodkach z trzecim poziomem referencyjnym, np. odbarczanie wodogłowia czy pęcherza moczowego w przypadku wady układu moczowego.

Dziecięca Opieka Koordynowana dotyczy dzieci urodzonych z upośledzeniem, tych, u których doszło do urazu okołoporodowego, np. porażenia mózgowego, i wcześniaków urodzonych przed 33 tygodniem. „W dotychczasowej opiece matka, wychodząc z dzieckiem do domu, dostawała plik skierowań, a potem szukała okulisty, neurologa, rehabilitacji – mówi dyrektor Zawalski i zaznacza – w przypadku DOK to poradnia neonatologiczna w ośrodku, w którym doszło do porodu, zapewni jej pełną opiekę. Przez neonatologa i innych lekarzy specjalistów przeprowadzany zostanie tzw. bilans startowy, a potem zaproponowany plan opieki, zawierający zarówno leczenie specjalistyczne, jak i rehabilitację. Matka nie będzie stała w kolejkach, jej dziecko nie



foto: Agnieszka Banach

Od lewej: dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ – Wojciech Zawalski, dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ – Elżbieta Kasprończak

będą dotyczyły limity, także te dotyczące zaopatrzenia medycznego, np. pieluchomajtek. W takiej opiece dziecko będzie przebywać do 3 roku życia. Potem lekarz – koordynator opieki podejmie decyzję, czy dziecko nadal potrzebuje opieki w tym ośrodku czy zostanie przekazane do poradni specjalistycznej lub POZ. NFZ w żaden sposób nie będzie ingerował w decyzję lekarską.”

Ośrodki, które zobowiążą się prowadzić opiekę koordynowaną nad matką i jej dzieckiem będą musiały zapewnić im również pomoc psychologiczną. „Mama, która dowiaduje się że jej dziecko będzie chore, przeżywa ogromną traumę i dlatego należy się jej wsparcie psychologiczne – uważa Zawalski – NFZ będzie wymagał, żeby w ośrodkach realizujących program przez cały okres trwania ciąży, także w okresie porodu i połogu, takie wsparcie było zapewnione. To szczególnie istotne, gdy dziecko jest dotknięte wadą letalną. Dzięki ustawie „Za życiem” wsparcie psychologiczne jest możliwe w sposób nielimitowany i w pełni finansowany przez NFZ.”

WPolsce w styczniu tylko trzy ośrodki realizowały program koordynowanej opieki nad matką w ciąży powikłanej. Dlaczego tylko tyle? Wojciech Zawalski uważa, że musi się zmienić podejście personelu medycznego do pacjenta. „Nowy system wymaga pewnego przestawienia mentalnego – mówi – Do tej pory to lekarz siedział i czekał w gabinecie, potem wypisywał skierowanie, a pacjentka sama musiała szukać kolejnych specjalistów. W opiece skoordynowanej to ośrodek, który ją sprawuje, ma obowiązek zapewnić np. diabetologa, endokrynologa czy ortopedę, szybko i bez kolejek – a my wszystko opłacimy w ryczałcie. Na pewno taki system wymaga od ośrodków przebudowania swojej struktury. Myślę jednak, że głównie chodzi o kwestie zmiany pewnych przyzwyczajeń – zamiast czekać na pacjenta, trzeba wyjść do ciężarnej z ofertą.”

W kujawsko-pomorskim warunki konieczne, by realizować KOC i DOK spełnia 7 szpitali – trzy na III poziomie referencyjności: 2 w Bydgoszczy (Biziel i Miejski), jeden w Toruniu, oraz cztery na II poziomie – w Inowrocławiu, Włocławku, Grudziądzu, Bydgoszczy (MSW). W każdym oddziale wojewódzkim NFZ powołano koordynatora, który będzie udzielał informacji w ramach obu skoordynowanych programów. W naszym województwie na pytania świadczeniodawców i pacjentów odpowiada pani Alina Kaszyńska (alina.kaszynska@nfz-bydgoszcz.pl, tel. 52 325 27 31, ul. Słowackiego 3, pok. 102, I piętro).

Dokończenie na str. 6



Fot. Piotr Myczko

Klinika Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszcy przeprowadziła pierwszą transplantację wątroby. Tym samym dołączyła do 7 innych placówek przeszczepiających ten narząd w Polsce. Wątrobę dawczyni – pacjentki szpitala, u której stwierdzono śmierć pnia mózgu – pobrał zespół dr. hab. Macieja Słupskiego, kierownika Kliniki, 27 stycznia, w godz. 11–15. Tego samego dnia, półtorej godziny później, rozpoczął hepatektomię, czyli usunięcie z ciała 24-letniej biorczyni (z marskością spowodowaną zapaleniem wątroby typu C) chorego organu, a następnie wszyl w jego miejsce wątrobę dawcy. Operacja, w którą zaangażowanych było 18 osób, zakończyła się o godzinie 21.

Z dr. hab. Maciejem Słupskim – kierownikiem Kliniki Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Jurasza – rozmawia Magdalena Godlewska

► **Transplantacja rozpoczęła się o godzinie 11, zakończyła o 21. To chyba niezbyt długo jak na tego typu procedurę?**

Wszystko przebiegało szybko i sprawnie. Pobranie wątroby od dawczyni zajęło 3 godziny. W tym czasie biorczyni już leżała w szpitalu. Oceniano, czy kwalifikuje się tego dnia do zabiegu. Wątroba ma krótki okres niedokrwienia – od zatrzymania krążenia u dawcy do reperfuzji, czyli przywrócenia krążenia, nie może upłynąć więcej niż 12 godzin. Przeszczepianie zaczęło się o 16.30. Dzięki gościom z Warszawy pracowało się nam komfortowo. Podczas hepatektomii i przy dużych zespoleniach pomagał mi dr hab. Krzysztof Dudek. W czasie gdy wycinaliśmy pacjentce chorą wątrobę, dr Michał Skalski opracowywał tę, którą pobrałem od dawczyni, sprawdzał, czy wszystko jest w porządku. Potem pomógł przy tzw. małych zespoleniach, czyli zespoleniu tętniczym i żółciowym.

► **Przeszczepienie wątroby uważane jest za jeden z najbardziej skomplikowanych rodzajów transplantacji. Dlaczego?**

Najtrudniejsza jest hepatektomia. Nie zawsze, ale z reguły. Marskość prowadzi do nadciśnienia wrotnego, co powoduje przede wszystkim, że naczynia, które przy typowej operacji u osoby ze zdrową wątrobą nie stanowią żadnego problemu, nagle zamiast milimetrowej mają średnicę centymetra. W efekcie u pacjenta dojść może do masywnej utraty krwi. Zupełnie inaczej jest w przypadku ostrej niewydol-

NAWET NAJBARDZI CHIRURG SAM TEGO

ności wątroby, do której dochodzi za sprawą czynnika toksycznego typu: muchomor sromotnikowy, fosfor, czterochlorek węgla, związki fosforu, paracetamol. Taka wątroba na pozór wygląda normalnie, tylko że nie działa. Zdrowy człowiek nagle zmienia się w umierającego. Wątrobę trzeba mu przeszczepić w ciągu kilku dni. Ale ponieważ nie doszło jeszcze do nadciśnienia wrotnego, jej usunięcie jest technicznie proste. Natomiast ogromny problem ma anestezjolog, hepatolog czy neurolog, bo u pacjenta gwałtownie rozwija się encefalopatia wątrobowa – ludzie giną z powodu obrzęku mózgu. W piorunującym uszkodzeniu wątroby śmiertelność wynosi 30–40% – mimo przeszczepienia.

Kolejnym powodem, dla którego transplantacja wątroby należy do najtrudniejszych, jest konieczność umieszczenia narządu przeszczepianego w tym samym miejscu, które zajmował chory. Tego typu przeszczepy noszą nazwę ortotopowych, należy do nich m.in. również przeszczepienie płuc. W przypadku przeszczepów heterotopowych, aby uzyskać optymalny efekt, nie trzeba umieszczać zdrowego narządu w miejscu chorego. Zatem zabiegi te są łatwiejsze do wykonania i co za tym idzie – bezpieczniejsze dla pacjenta. Nerkę np.

umieszczamy w prawym lub lewym dole biodrowym, trzustkę natomiast – w miednicy mniejszej.

► **W pierwszym przeszczepie przeprowadzonym przez Pańską Klinikę udział wzięło dwóch chirurgów, anestezjolog i instrumentariuszka z Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie. Czy zespół z Bydgoszczy nie jest samowystarczalny?**

Uważam, że pionierstwo to piękna rzecz, tylko że można być pionierem przewidującym i zapobiegliwym albo pionierem głupim. Ośrodek warszawski ma ogromne doświadczenie – w roku 2015 r. zajął pierwsze miejsce w Europie pod względem liczby przeszczepień wśród ośrodków przeszczepiających wątroby, a łączna liczba wykonanych tam transplantacji zbliża się do 2 tys. Ja natomiast podczas pobytu we Francji przeszczepiłem 22 wątroby, jednak ostatnią prawie 5 lat temu. Co prawda robię dużo zabiegów resekcyjnych, bo w Klinice wykonujemy ich około 200 rocznie, biorę też udział w transplantacjach nerek w Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, której szefem jest prof. Zbigniew Włodarczyk, ale to jednak nie to samo. Dlatego uważam, że byłbym niepoważny, gdybym nie poprosił o pomoc. Jeżeli stawką jest życie pacjenta, jego dobro, to jesteśmy zobowiązani zapewnić mu jak największy margines bezpieczeństwa.

Do drugiego przeszczepu poprosimy ponownie kolegę anestezjologa i kolegów chirurgów z Warszawy, bo tak się umówiliśmy, ale trzeci i następne zrobimy już sami,

► **Pacjentka po transplantacji opuściła szpital, a do Poltransplantu Klinika zgłosiła już kolejnych sześciu biorców. Z jakich powodów osoby te kwalifikują się do przeszczepienia wątroby?**

Mamy dwie osoby z marskością alkoholową, już od lat niepijące, dwie z marskością spowodowaną zapaleniem wątroby typu C, jedną ze zwężającym zapaleniem dróg żółciowych, jedną z chorobą Wilsona.

► **Ile przeszczepów, szacunkowo, będziecie wykonywać rocznie?**

Ponieważ aktywnych ośrodków transplantacji jest 7, a pobrań ok. 300–320, to na naszą Klinikę przypada ich rocznie czterdzieści kilka. Ale nie każda wątroba, mimo zgodności grup krwi, będzie się dla

rzecz dla powodzenia transplantacji), hepatolodzy (wielką entuzjastką tego, co robimy, jest prof. Małgorzata Pawłowska z Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego, bardzo zaangażowały się też dr Dorota Kozieliwicz i Dorota Dybowska oraz dr Paweł Rajewski), hematolodzy, instrumentariuszki (dwie: Barbara Grabowska i Anna Burczyk połąkny bakcyła, mogą też liczyć na cztery inne), technicy krwiodawstwa, radiolodzy, patomorfolog, transplantolog internista (bardzo chętnie pomaga nam Maria Tomczak z Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej Jurasza), diagnosta laboratoryjny, goniec, koordynator. Tutaj każdy jest ważny.

► **Ale Pana nie może zabraknąć...**

Niestety, jeżeli ja zrobię sobie urlop, to przeszczepy trzeba będzie zawiesić. Ale tylko na razie. Mamy w Klinice znakomitego chirurga – Stanisława Pierścińskiego. Opanował pełen zakres operacji z chirurgii wątroby i trzustki, przez dwa miesiące szkolił się w Warszawie w transplantologii. Planujemy, że początkowo będzie się kształcił, asystując mi na pierwszej asyście, po kilku przeszczepieniach ze trzy razy będzie przeszczepiał w mojej asyście, a potem już sam. Mamy również trójkę młodych ludzi – znakomych, pełnych werwy, manualnie sprawnych, rokujących. Jest moja wychowanka Emilia Wojtał. Pracuje w Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, ale bardzo chętnie nam pomaga. I Marek Masztalerz, bardzo doświadczony chirurg, wyważony, rozsądny, z którym na transplantologii przeszczepiam nerki.

Transplantacja to jest praca zespołowa – nawet najbardziej doświadczony chirurg sam tego nie udźwignie. Potrzebna jest współpraca, to nie jest zadanie dla jednego człowieka. Był taki ośrodek transplantacyjny w Polsce, w którym przeszczepiał tylko jeden człowiek, nikogo innego nie dopuszczał. To był świetny chirurg. Ale efekt jest taki, że ten ośrodek już nie przeszczepia, program został zawieszony.

JEJ DOŚWIADCZONY NIE UDŹWIGNIE

naszych biorców nadawać. Przykładowo, pierwsza wątroba dla naszej zoperowanej 27 stycznia biorczynie była za duża – obwód brzucha dawcy wynosił 90 cm, jej – 70. A nie mieliśmy z tą grupą krwi innego biorcy. Szacuję, że z tego typu powodów wykorzystamy zaledwie 2/3 tych czterdziestu kilku wątrób. A po odjęciu narządów, które się nie nadają, bo jest stłuszczenie, marskość czy nowotwór, zostaje około 20.

Moje szacunki potwierdza prof. Małgorzata Pawłowska – tyłu mniej więcej chorych Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźnego wysyłał rocznie do kwalifikacji do transplantacji do innych ośrodków.

► **Do przeszczepienia wątroby potrzebny jest spory sztab ludzi. Kto musi się znaleźć w takim zespole i czy udało się Panu skompletować na tyle dużą grupę, żeby podczas choroby czy urlopu któregoś z jej członków transplantacje nadal mogły się odbywać?**

Udało się. W skład naszego zespołu wchodzi chirurgzy, anestezjolog (grupa 7 specjalistów i kilkunastu pielęgniarek – kapitalna



Fot. Piotr Myczko



Ogólnopolski Plener Fotograficzny

Komisja Kultury Opolskiej Izby Lekarskiej zaprasza na Ogólnopolski Plener Fotograficzny (**14–18 czerwca**). Zajęcia odbywać się będą w przepięknym Pałacu w Rogowie Opolskim. Zgłoszenia prosimy kierować na adres Opolskiej Izby Lekarskiej, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 77 4545939, e-mail: opole@hipokrates.org. Liczba miejsc ograniczona do 25. Osobami prowadzącymi są Jolanta Serkowska-Mokrzycka i Marta Rodziewicz-Kabarowska.

II Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie”

27–28 października 2017 • Warszawski Uniwersytet Medyczny

Konferencja w 2016 r. pokazała ogromną **potrzebę mówienia o różnorodnych problemach dotyczących komunikacji w medycynie**. W odpowiedzi na tę potrzebę zapraszamy na dwudniową konferencję, która będzie złożona z trzech głównych części: naukowo-badawczej – skupiającej naukowców podejmujących w swoich pracach problemy z zakresu komunikacji (medycznej, społecznej, językowej), a szczególnie te dotyczące porozumiewania się z pacjentem; dydaktycznej – obejmującej wystąpienia doświadczonych dydaktyków, wprowadzających na polskich uczelniach medycznych nowoczesne standardy kształcenia kompetencji komunikacyjnych oraz warsztatowo-szkoleniowej.

Wszystkich zainteresowanych zapraszamy do przesyłania zgłoszeń. Abstrakty wystąpień, nie dłuższe niż 300 słów, prosimy przysyłać na adres: komunikacjamedyczna@gmail.com. Zachęcamy także do zgłaszania propozycji poprowadzenia warsztatów z zakresu komunikacji w medycynie.

Na zgłoszenia warsztatów czekamy **do 31 maja 2017 r.** Abstrakty referatów i plakatów można przysyłać **do 31 lipca 2017 r.** Organizatorzy: Zespół Języka Medycznego Rady Języka Polskiego przy Prezydium PAN, Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej, Zakład Bioetyki i Humanistycznych Podstaw Medycyny WUM. Szczegółowe informacje na stronie: komunikacjamedyczna.wum.edu.pl

Bez kolejki do lekarza i apteki

Od 1 stycznia 2017 r. poszerzył się krąg osób uprawnionych do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej i usług farmaceutycznych w aptekach.

„W związku z wejściem w życie ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, która zgodnie z par. 18 wprowadza m.in. zmianę w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rozszerzeniu uległ krąg osób uprawnionych do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej i usług farmaceutycznych w aptekach: o kobiety w ciąży i świadczeniobiorców do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, posiadających odpowiednie zaświadczenie” – informuje Barbara Nawrocka, rzeczniczka Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Aktualnie więc poza zasłużonymi honorowymi dawcami krwi, zasłużonymi dawcami przeszczepu, inwalidami wojennymi i wojskowymi korzystanie ze świadczeń bez kolejki przystępuje także kobietom w ciąży oraz „świadczeniobiorcom do 18 roku życia na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii lub pediatrii”.

K-P OW NFZ przypomina, „iż korzystanie ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością w szpitalach i ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. W przypadku, gdy nie jest możliwe udzielenie świadczeń w dniu zgłoszenia pacjenta, świadczeniodawca wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej listy oczekujących.” *a.b.*

NFZ namawia na KOC i DOK

Dokończenie ze str. 3

A pytania i wątpliwości są ...I jak nieoficjalnie zapowiadają niektórzy potencjalni realizatorzy KOC i KOD – do programu nie przystąpią dopóty, dopóki ich nie wyjaśni.

Świadczeniodawcy obawiają się m.in. niejasno określonych kryteriów, na podstawie których do programu klasyfikowana jest ciężarna, a potem jej dziecko; problemów z infolinią, która ma 24 h na dobę odpowiadać na pytania dotyczące stanu zdrowia matki – „bo jak lekarz przez telefon ma wziąć odpowiedzialność za zdrowie pacjenta?!” – bulwersują się; oraz konieczności zatrudnienia dodatkowych osób, które mogą okazać się zupełnie zbędne, jeśli pacjentka się nie pojawi, a płacić im trzeba.

Jak zwykle kwestią, która najbardziej jest brana pod uwagę są pieniądze. Chodzi o regulowanie płatności przez NFZ za świadczenia związane z koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży patologicznej. Otóż Fundusz płaci szpitalowi ryczałtem za całościową opiekę nad ciężarną aż do momentu urodzenia przez nią dziecka, w tym m.in. za opiekę ambulatoryjną, specjalistyczną różnego typu, prowadzenie ciąży i porodu. „Co się stanie jeżeli w trakcie ciąży kobieta z opieki

ZMIENIONY PAKIET
ONKOLOGICZNY
UCHWALONY PRZEZ SEJM

Specjalista będzie mógł wystawić DiLO

Zmiany przegłosowane 10 lutego przez Sejm dotyczą m.in. uproszczenia karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, możliwości wystawiania jej w przypadku podejrzenia nowotworu także przez lekarza specjalistę (wcześniej mógł to zrobić dopiero po zdiagnozowaniu nowotworu), ograniczenia zakresu informacji zapisywanych w karcie DiLO (zrezygnowano np. z danych dotyczących objawów, badań diagnostycznych oraz oceny jakości diagnostyki onkologicznej), uproszczenia sprawozdawczości w zakresie prowadzenia list oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie karty DiLO, dzięki modyfikacjom karta będzie miała teraz 2 zamiast dotychczasowych 9 stron, a lekarz wypełni ją tylko w formie elektronicznej.

Lecznice będą teraz zobowiązane do wyznaczenia koordynatora leczenia onkologicznego – ma informować pacjenta o organizacji procesu leczenia i organizować współpracę między placówkami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem.

Lekarzy POZ nie będzie już rozliczany ze wskaźnika rozpoznawania nowotworów. Do tej pory lekarz podstawowej opieki zdrowotnej mógł nawet stracić z tego powodu możliwość wydawania karty DiLO do czasu ukończenia przez niego dodatkowego szkolenia z zakresu wczesnego rozpoznawania nowotworów. *a.b.*

takiego ośrodka zrezygnuje? Czy świadczeniodawca otrzyma pieniądze za wykonane do tego momentu świadczenia?” – zastanawiają się potencjalni zainteresowani.

NFZ odpowiada: „Wyraźnie należy podkreślić, że wprowadzając założenia realizacji świadczeń w ramach koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC), zupełnie zmodyfikowano sposób rozliczania świadczeń, odstępując od metodologii finansowania fee for service (za określone usługi) na rzecz sfinansowania pełnej opieki sprawowanej w okresie prowadzenia ciąży i podczas porodu. Zgodnie z założeniami KOC – zarówno tego wdrożonego od 1 lipca 2016 r., jak i przyjętego zarządzeniem nr 125/2016/DSOZ (KOC II/III) – podstawą rozliczenia świadczeń KOC jest liczba świadczeń odpowiadająca liczbie porodów zakończonych wypisem ze szpitala – informuje Sylwia Wądrzyk, p.o. rzeczniczka prasowego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia – Dodatkowo świadczeniodawca posiadający umowę na KOC II/III w przypadku wystąpienia powikłań w przebiegu ciąży, porodu lub w opiece nad noworodkiem będzie mógł dosumować do odpowiedniego ryczałtu KOC II/III dodatkowe procedury, zgodnie z opisem w załączniku nr 1a lub 1b do zarządzenia, np. przetoczenie krwi, opiekę nad noworodkiem wymagającą intensywnej opieki/ terapii czy też wykonanie zabiegu wewnątrzmacicznego.” *Agnieszka Banach*

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne uhonorowało

Walne Zgromadzenie Delegatów PTP pod koniec roku 2016 – w uznaniu zasług dla polskiej psychiatrii – przyznało prof. Aleksandrowi Araszkiwiczowi honorowe członkostwo Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Prof. Aleksander Araszkiwicz – kierownik Katedry Psychiatrii CM UMK, Kliniki Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii województwa kujawsko-pomorskiego – jest członkiem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (w latach 2007–2010 pełnił funkcję prezesa PTP, od 2013 r. – rzecznika dyscyplinarnego zarządu głównego PTP), Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego (do 2013 r. wiceprezes Towarzystwa), Rady Naukowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, a także recenzentem Centralnej Komisji ds. Tytułów i Stopni Naukowych oraz ekspertem Komitetu Badań Naukowych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Od 1999 roku pełni funkcję prezesa Fundacji na Rzecz Rozwoju Psychiatrii Regionu Kujawsko-Pomorskiego, a od 2002 – Stowarzyszenia na Rzecz Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „MOST” (którego jest założycielem).

Aleksander Araszkiwicz w 1998 r. zorganizował XXXIX Zjazd Polskiego Towarzystwa

Psychiatrycznego pt. „Współczesna cywilizacja a zdrowie psychiczne człowieka”, który odbył się w Bydgoszczy i Toruniu. W latach 2003–2010 pełnił funkcję pełnomocnika rektora UMK ds. realizacji ogólnopolskiego programu „Uczelnie wolne od uzależnień, jest także twórcą Programu Psychoprofilaktyki Uzależnień. W 2007 r. przewodniczył Komitetowi Naukowemu IV Kongresu Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Rodzin Osób Chorujących Psychiczenie, w latach 2011, 2012 i 2013 był organizatorem Międzynarodowej Letniej Szkoły Psychiatrycznej.

W 2011 r. uzyskał certyfikat specjalisty terapii środowiskowej, przyznany przez Sekcję Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji PTP, a w 2012 – certyfikat superwizora, psychoterapii wydany przez SN Psychoterapii, SN Terapii Rodzin oraz Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. W 2013 r. stanął na czele zespołu badawczego realizującego projekt „Innowacyjne Techniki Badania Mózgu Człowieka w Zdrowiu i w Chorobie” w Interdyscyplinarnym Centrum Nowoczesnych Technologii UMK



w Toruniu. W ostatnich latach zainicjował budowę nowej bazy dydaktyczno-szpitalnej bydgoskiego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego CM. Od 2016 r. zasiada w Radzie Narodowego Komitetu Seniora.

Jest członkiem zespołu badawczego realizującego projekt GRADYS, którego celem jest wspomaganie rozwoju funkcji poznawczych osób starzejących się prawidłowo i w przebiegu chorób otępiennych. ■



Chór BIL nagrodzony na Ogólnopolskim Konkursie Kolęd i Pastoralek w Chełmnie (21 stycznia 2017)



Szpital dziękuje Medici Cantares za występ dla dzieci

Leczyć można na wiele sposobów, a muzyka jest jednym z nich. Sobotnie spotkanie było bardzo wyjątkowe i nietypowe dla chorych dzieci. W przyjemny i relaksujący sposób wszyscy spędzili swój wolny czas, integrując się jednocześnie ze szpitalną społecznością. Każde takie spotkanie to duża dawka pozytywnych emocji, które pozwalają odreagować stres związany z hospitalizacją, a dźwięki popularnych melodii zmieniły szpitalną rzeczywistość, wprowadzając przyjazną i serdeczną atmosferę – napisali do chóru Bydgoskiej Izby Lekarskiej, dziękując im za występ w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym, dyrektor ds. leczenia Szpitala dr n. med. Danuta Kurylak oraz dyrektor Zespołu Szkół nr 33 dla Dzieci i Młodzieży Przewlekłe Chorej mgr Izabela Maciejewska – Jesteśmy wdzięczni za pomysł dotarcia z występem do chorych dzieci, poświęcony im czas oraz za trud włożony w przygotowanie tego przedsięwzięcia. Dla małych pacjentów było to wyjątkowe wydarzenie, które na długo pozostanie w ich wspomnieniach.



Jak co roku Katedra i Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy – wspierając wspólną inicjatywę International Society of Nephrology (ISN) oraz International Federation of Kidney Foundations (IFKF) – promuje obchody Światowego Dnia Nerki (World Kidney Day). W tym roku Światowy Dzień Nerki przypada 9 marca i propaguje wiedzę na temat szkodliwych następstw otyłości, ze szczególnym uwzględnieniem jej wpływu na rozwój i przebieg choroby nerek.



9 marca 2017

Choroby nerek i otyłość

Otyłość (ang. obesity) to nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w organizmie – przekraczające jego fizjologiczne potrzeby i możliwości adaptacyjne, mogące prowadzić do niekorzystnych skutków dla zdrowia. Za otyłość uważa się stan, w którym tkanka tłuszczowa stanowi u mężczyzn więcej niż 20% całkowitej masy ciała, a u kobiety – więcej niż 25%. W praktyce do określenia zawartości tkanki tłuszczowej w organizmie używa się wskaźnika masy ciała (ang. body mass index, BMI) obliczanego na podstawie pomiaru masy ciała oraz wzrostu, który w warunkach prawidłowych wynosi od 18,5 do 24,9 kg/m². Wartość BMI pomiędzy 25 a 29,9 kg/m² świadczy o nadwadze, natomiast powyżej 30 kg/m² przemawia za otyłością.

W patofizjologii otyłości znaczenie ma nie tylko ilość, ale również rozmieszczenie tkanki tłuszczowej. Nagromadzenie trzewnej tkanki tłuszczowej, nazywane otyłością centralną lub brzusznią, a wyrażające się wzrostem stosunku obwodu pasa do obwodu bioder (ang. waist-hips ratio, WHR) do powyżej 0,9 u mężczyzn i 0,7 u kobiet – ma znacznie poważniejsze konsekwencje metaboliczne niż równomierne rozmieszczenie tkanki tłuszczowej.

Wiadomo od dawna, że otyłość zwiększa ryzyko zapadalności na niektóre choroby, w tym: nadciśnienie tętnicze, choroby serca, cukrzycę typu 2, dyslipidemie, obturacyjny bezdech senny, stłuszczenie wątroby, kamieć żółciową, niektóre typy nowotworów złośliwych czy chorobę zwyrodnieniową stawów, może także prowadzić do niepełnosprawności. To wszystko powoduje nie tylko obniżenie jakości życia osoby otyłej, ale również, a może przede wszystkim, skraca oczekiwaną długość życia. Niestety, częstość występowania otyłości na świecie stale rośnie i w 2014 r. liczba osób otyłych przekroczyła już 600 milionów. Prognozuje się, że w 2025 otyłość będzie dotyczyła 18% mężczyzn oraz ponad 21% kobiet na całym świecie, natomiast skrajna otyłość (BMI > 40 kg/m²) – aż 6% mężczyzn i 9% kobiet. W niektórych krajach otyłość już w chwili obecnej można stwierdzić u ponad 1/3 populacji ludzi dorosłych, co znacząco przyczynia się do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia oraz zwiększenia kosztów opieki zdrowotnej.

Otyłość stanowi również czynnik ryzyka rozwoju **przewlekłej choroby nerek**

(PChN, ang. chronic kidney disease, CKD), w tym również **schyłkowej niewydolności nerek (ang. end-stage renal disease, ESRD)**, nie tylko pośrednio – poprzez zwiększenie zapadalności na cukrzycę i nadciśnienie tętnicze w populacji osób otyłych, ale również bezpośrednio uszkadzając strukturę i upośledzając czynności nerek. Wzrost BMI powyżej wartości 25 kg/m² trzykrotnie zwiększa ryzyko rozwoju przewlekłej choroby nerek i to w sposób niezależny od występowania nadciśnienia tętniczego czy cukrzycy. Aby sprostać metabolicznym obciążeniom, jakie niesie ze sobą nadmierna masa ciała u osób otyłych, dochodzi do nasilenia nerkowego przepływu osocza, zwiększenia frakcji filtracyjnej oraz wzrostu przesączania kłębuszkowego (ang. glomerular filtration rate, GFR), co określa się mianem **hiperfiltracji**. W konsekwencji prowadzi to do pojawienia się białkomoczu, uszkodzenia podocytów oraz rozwoju zmian morfologicznych w kłębuszkach nerkowych, charakterystycznych dla **glomerulopatii związanej z otyłością (ang. obesity-related glomerulopathy, ORG)**, a w późniejszym okresie również do wtórnych zmian w śródmiąszku nerki. W obrazie histopatologicznym nerki stwierdza się przede wszystkim **powiększenie kłębuszków nerkowych (glomerulomegalia)**, przybytek macierzy oraz rozplum komórek mezangium, pogrubienie błony podstawnej oraz zmiany typowe dla ogniskowego segmentalnego stwardnienia kłębuszków nerkowych (ang. focal segmental glomerulosclerosis, FSGS), przy czym ryzyko wystąpienia tych zmian zależy przede wszystkim od wartości wskaźnika BMI, a nie od wartości ciśnienia tętniczego czy stopnia wyrównania współistniejącej cukrzycy.

Warto podkreślić, że w ostatnich latach częstość rozpoznania glomerulopatii związanej z otyłością wzrosła ponad 10-krotnie. Należy również wspomnieć, że w patogeniezie zmian w nerkach ważną rolę odgrywa hormonalna aktywność tkanki tłuszczowej, która nie bez powodu nazywana jest największym gruczołem wydzielania wewnętrznego człowieka. W przebiegu otyłości dochodzi do zwiększonego wydzielania takich adipokin jak leptyna, rezystyna, wisfatyna, waspina, białko wiążące retinol 4 (RBP-4), a także angiotensynogenu, insulinopodobnych czynników

wzrostu typu 1 i 2 (IGF-1, IGF-2) oraz cytokin prozapalnych, takich jak czynnik martwicy nowotworów alfa (TNF-alfa), interleukina 6 (IL-6) oraz inhibitor aktywatora plazminogenu typu 1 (PAI-1), przy jednoczesnym zmniejszeniu wydzielania omentyny i adiponektyny, co doprowadza do rozwoju insulinooporności, przewlekłego stanu zapalnego, pobudzenia układu współczulnego oraz wzmożonej aktywności układu renina-angiotensyna-aldosteron (RAA) i w konsekwencji hiperaldosteronizmu. Powyższe zmiany metaboliczne są najbardziej wyrażone u chorych z otyłością typu centralnego, związaną z nagromadzeniem i aktywnością wydzielniczą trzewnej tkanki tłuszczowej.

Dodatkowo otyłość ma również niekorzystny wpływ na przebieg pierwotnych kłębuszkowych zapaleń nerek, doprowadzając do nasilenia istniejącego wcześniej białkomoczu i co za tym idzie – przyspieszenia progresji przewlekłej choroby nerek. **W konsekwencji ludzie z nadwagą (BMI 25–29,9 kg/m²) i otyli (BMI > 30 kg/m²) są od 2 do 7 razy bardziej narażeni na rozwój schyłkowej niewydolności nerek wymagającej leczenia nerkozastępczego niż osoby z prawidłową masą ciała.** Ponadto znacznego stopnia otyłość może stać się przyczyną ograniczenia wyboru metody leczenia nerkozastępczego, utrudniając lub uniemożliwiając prowadzenie dializoterapii otrzewnowej, jak również przeszczepienie nerki, co skazuje chorego na konieczność hemodializoterapii do końca życia.

Coraz więcej danych wskazuje, że również **ostry uszkodzenie nerek (ang. acute kidney injury, AKI)**, czyli rozwijające się nagle pogorszenie czynności nerek, które może być związane z poważnym rokowaniem, występuje z większą częstością w populacji ludzi otyłych niż wśród osób z prawidłową masą ciała.

Pocieszającym niech będzie fakt, że zmniejszenie stopnia otyłości może odwrócić albo przynajmniej spowolnić postęp przewlekłej choroby nerek. Każde obniżenie wskaźnika BMI u osoby otyłej poprzez ograniczenie kaloryczności przyjmowanych pokarmów oraz regularne wykonywanie ćwiczeń aerobowych prowadzi nie tylko do lepszej kontroli ciśnienia tętniczego czy cukrzycy, ale również do zmniejszenia częstości powikłań narządowych, w tym do redukcji białkomoczu (i to w sposób niezależny od zmniejszenia wartości ciśnienia tętniczego) i związanego z tym zahamowania progresji przewlekłej choroby nerek.

Dokończenie na str. 18

Leczenie biologiczne

FAKTY I MITY

Za nami dekada kuracji biologicznych. To wystarczająco długo, żeby wokół leków biologicznych – kompleksów białkowych wytworzonych przez żywe, genetycznie zmodyfikowane komórki – narosło sporo półprawd i nieporozumień. Dzisiaj przyjrzymy się tym najpopularniejszym i spróbujemy je zweryfikować – pod okiem autorytetu w dziedzinie leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych – dr hab. n. med. Sławomira Jeka, profesora UMK (żeby nie być gołosłowną – przypominam, że jest on organizatorem niedawnej konferencji podsumowującej 10 lat leczenia biologicznego chorób reumatycznych w Polsce, a Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Bizuela, której jest kierownikiem, ma tak ogromne doświadczenie w tego rodzaju terapii, że odsetek chorych leczonych biologicznie w Bydgoszczy jest najwyższy w Polsce, 4-krotnie wyższy od średniej krajowej i zbliża się do poziomu we Francji).

Magdalena Godlewska

Leczenie biologiczne jest w Polsce trudno dostępne

FAKT

Leczenie biologiczne to najskuteczniejszy rodzaj terapii w chorobach reumatycznych – jego efektem często jest remisja, która może być trwała. W kraju objętych jest nim zaledwie 1–1,5% chorych. To najniższy odsetek w Europie (średnia europejska wynosi 15–20%). Aby pacjent mógł w Polsce otrzymać lek biologiczny, trzeba udowodnić nieskuteczność kilkumiesięcznej kuracji najpierw jednym, potem drugim lekiem syntetycznym. Dr hab. n. med. Sławomir Jeka szacuje, że leczenia biologicznego wymaga co najmniej 30–40% pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Nie tolerują oni pod żadną postacią leków syntetycznych (typu metotreksat, który jest lekiem pierwszego rzutu, czy leflunomid, lek drugiego rzutu), nie odpowiadają na leki syntetyczne lub przestali odpowiadać. W przypadku zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa leki syntetyczne są jeszcze mniej skuteczne, w zasadzie postęp choroby mogą zahamować jedynie leki biologiczne.

Leki biologiczne to ostatnia deska ratunku

FAŁSZ

Leczenie biologiczne powinno się wdrożyć natychmiast, jak tylko się okaże, że nie działają leki syntetyczne. *W leczeniu pacjenta najważniejsze są 3 pierwsze miesiące choroby – tzw. okno terapeutyczne. Jeżeli wejdziemy w tym okresie z leczeniem, chociażby syntetycznym, damy choremu szansę na osiągnięcie remisji, nawet trwałej – mówi Sławomir Jeka. – Skandynawowie, zwłaszcza Norwedzy, lek biologiczny podają od razu, jak tylko się zorientują, że syntetyczny nie wywołał reakcji, jakiej oczekiwali. Tam lekarz decyduje – kiedy podać i jaką dawkę. – I dodaje – U nas obowiązują sztywne reguły. Musimy postępować zgodnie z programem i czekać, aż minie ustawowy okres przeznaczony na leki syntetyczne.*

Od leków biologicznych się tyje

FAŁSZ

Pacjenci chorzy na RZS lub inne schorzenia reumatyczne często są wyniszczeni,

wychudzeni. Kacheksja spowodowana jest stanem zapalnym. Podając leki biologiczne, likwiduje się stan zapalny, a pacjent zaczyna się normalnie odżywiać, prawidłowo wchłaniać pokarmy (często współwystępują u tych osób nieswoiste zapalenia jelit). Zatem kuracja biologiczna pozwala pacjentowi jedynie odzyskać prawidłową masę ciała.

Leki biologiczne powodują niepłodność

FAŁSZ

Niejednokrotnie zdarza się, że pacjentki po rozpoczęciu kuracji biologicznej zachodzą w ciążę. Dlaczego? Stają się bardziej aktywne seksualnie, bo zmniejszyło się nasilenie depresji, która zazwyczaj towarzyszy chorobom reumatycznym, a zwłaszcza łuszczycowemu zapaleniu stawów. Poza tym nie są już takie obolałe. Ustępuje też dokucający im często wcześniej stan zapalny gonad, układowa choroba zapalna mogąca powodować nieregularne miesiączkowanie lub brak miesiączek. A że nie sądziły, że uda im się zająć w ciążę, to nawet nie próbowały się zabezpieczać. Więc leki biologiczne nie tylko nie powodują niepłodności, ale nawet poprawiają płodność! – wyjaśnia dr hab. S. Jeka.

Kobiety, które zaszły w ciążę podczas kuracji lekami biologicznymi, urodziły zdrowe dzieci (w Stanach Zjednoczonych, jeśli kobieta zajdzie w ciążę w trakcie stosowania leków biologicznych z grupy inhibitorów anty TNF alfa, decyzja o kontynuacji lub wstrzymaniu leczenia należy do lekarza – jeżeli aktywność choroby jest wysoka, leczenie warto utrzymać, jeśli niska, wówczas można je przerwać).

Od leków biologicznych można się uzależnić

FAŁSZ

Uzależnić można się od wielu różnych substancji, m.in. od opioidów, nikotyny, alkoholu, a także leków psychotropowych, jeśli się je stosuje przez długi czas. W przypadku przewlekłego stosowania glikokortykosteroidów może dojść do wtórnej niedoczynności

kory nadnerczy (nadnercza przestają produkować endogenne glikokortykosteroidy), w wyniku czego wymagana jest stała substytucja. Leki biologiczne nie powodują uzależnienia ani psychicznego, ani fizycznego. Mechanizm ich działania można przyrównać do bardzo nowoczesnych i zindywidualizowanych terapii przeciwzapalnych – wyjaśnia Sławomir Jeka.

Leczenie biologiczne sprzyja rozwojowi nowotworów

FAŁSZ

Osoby z zaburzeniami autoimmunologicznymi, a takimi są nasi pacjenci – tłumaczy S. Jeka – mają większe skłonności do schorzeń nowotworowych. Również komórki nowotworowe, których każdy z nas codziennie produkuje tysiące, nie są u nich tak skutecznie likwidowane, jak u zdrowych osób. Ponadto, są one obciążone wielorakimi rodzajami leków, które zażywają bardzo często przez wiele lat ze względu na liczne choroby współtowarzyszące.

To nie leki biologiczne są temu winne. Warto zauważyć, że część z nich, a zwłaszcza rytuksymab, są stosowane nie tylko przez reumatologów. Reumatolodzy leczą rytuksymabem ciężkie reumatoidalne zapalenia stawów, ciężkie układowe zapalenia naczyń, a onkolodzy i hematolodzy – chłoniaki i białaczki.

Lek biologiczny referencyjny można zastąpić biopodobnym

I TAK, I NIE

Lek biopodobny – twierdzi S. Jeka – pod względem jakości, bezpieczeństwa i struktury jest identyczny z lekiem referencyjnym. Nie jest też od niego bardziej immunogenny, a więc nie może spowodować większej odpowiedzi autoimmunologicznej na obce białko niż jego pierwowzór.

Uważa on, że nowych pacjentów – ze względu na oszczędności, a w konsekwencji możliwości przeprowadzenia terapii dla większej liczby chorych – powinno się od początku leczyć lekiem w danej grupie najtańszym. Natomiast osobie, która kontynuuje terapię, nieważne lekiem biosymilarnym czy referencyjnym, nie należy zmieniać leczenia. Chyba że różnica w kosztach jest bardzo duża, wtedy trzeba się zastanowić.

Kierownik Kliniki Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej jest przeciwnikiem częstszych zmian: *Nie wiemy, co się się będzie działo z pacjentem, jeśli przejdzie cztery kuracje czterema różnymi lekami biosymilarnymi, a tak już wkrótce będzie, choćby w przypadku leków z grupy inhibitorów anty TNF alfa. Obecnie mamy jedynie doświadczenia dotyczące przejścia pacjenta z jednego leku na drugi – z referencyjnego na biosymilarny. Okazuje się, że nie było żadnych następstw pod względem skuteczności ani profilu bezpieczeństwa.*

Uczelniana dżungla

Jednym z powodów, dla których poszłam na medycynę, był fakt, że jest ona dziedziną, która ze względu na ogromny zakres wiedzy już posiadanej, jak i nieustający rozwój, wymaga studiowania niekończącego się po zdobyciu dyplomu. Zdobycie wiedzy i doświadczenia zajmuje lekarzowi znaczną część jego życia. Sześćcioletni tryb studiowania ledwo pozwalał przygotować studenta do pracy, więc jak pięcioletnie studia mają to zrobić? Wspomnę tylko, że zakres materiału obowiązującego w trybie sześćcioletnim, jak i pięcioletnim jest niemal taki sam przy okrojonych godzinach dydaktycznych.

Marta Staszak

Zdaję sobie sprawę, że na studiach należy uczyć się na własną rękę. Studentowi dopiero zaczynającemu naukę bardzo trudno jest się odnaleźć w zagajniku wiedzy przedklinicznej, który przy skróconych studiach urasta do rangi gąszczu. Natomiast studenci wyższych lat, którzy swoje zajęcia odbywają w klinikach, wkraczają na teren dżungli i borykają się też z innymi problemami. Zaczyna się walka nie tylko pacjenta, ale i asystenta. Reforma skracająca studia spowodowała zmniejszenie liczby godzin, ale także modyfikacje w planie nauczania, sprawiając, że pewne przedmioty, takie jak m.in. okulistyka i ortopedia, które kiedyś odbywały się na VI roku, teraz realizowane są na roku IV. W związku z tym, że ostatni rocznik trybu sześćcioletniego kończy studia w 2017 r., zajęcia w pewnych klinikach odbywają się równocześnie dla obu tych trybów. Ba, zdarza się tak, że niektóre kliniki, np. klinika ginekologii, są oblegane przez nie dwa, ale trzy roczniki. Nie wspomnę, że równocześnie na tym samym oddziale odbywają się zajęcia dla innych kierunków. Takie warunki powodują, że studenci mają mniejsze szanse na zebranie wywiadu i zbadanie pacjenta. Nieszczęścia dopełnić mogą zajęcia z asystentem, który albo nie poczuwa się do bycia dydaktykiem, albo nie ma czasu.

Cała reforma powstała w celu jak najszybszego wykształcenia nowych lekarzy

zmniejszonym kosztem. Miała polegać na likwidacji płatnego stażu po zakończeniu trybu sześćcioletniego. Wskutek tej zmiany miał być on realizowany w ramach VI roku po skończeniu trybu pięcioletniego. Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA – Poland przeprowadziło ankietę, której wyniki pokazują, że zdecydowana większość studentów opowiedziała się za przywróceniem stażu podyplomowego. Wiedzą oni, że to jest szansa zdobycia praktycznej wiedzy, niezbędnej w pracy lekarza.

Kontrowersje związane z reformą spowodowały przywrócenie stażu podyplomowego. Stawia to duże wyzwanie przed uniwersytetami medycznymi: Co zrobić ze studentami, którzy swój staż mieli odbywać podczas VI roku studiów? Czy przez pięć lat zostaną zrealizowane wszystkie przedmioty z programu? Czy w związku z tym studenci będą odbywać dwa staże: pierwszy włączony w dodatkowy VI rok studiów, a drugi zaraz po ich skończeniu? Gdzie będą one realizowane, skoro szpitale uniwersyteckie już teraz nie są w stanie pomieścić wszystkich studentów? Pytań jest wiele, a odpowiedzi mało. Pierwszy rocznik realizujący studia na kierunku lekarskim w trybie pięcioletnim kończy V rok studiów już w czerwcu, a jak na razie nikt nie jest w stanie udzielić studentom odpowiedzi na temat ich dalszej edukacji.

Na jakość kształcenia przyszłych lekarzy ma wpływ nie tylko skrócenie studiów, ale również inny aspekt. O program w szkołach podstawowych, gimnazjach i liceach dba sztab specjalistów sprawdzających jakość kształcenia i stale pracujących nad programem nauczania. Celem powyższych instytucji, jak i uniwersytetu medycznego, jest edukacja. Tu nasuwa się pytanie, czemu uczelnie medyczne nie dbają o podobny rozwój? Od lat sposób przekazywania wiedzy się nie zmienia, a program nauczania to istna dżungla, do której dodawane są nowe rzeczy bez usuwania nieaktualnych już informacji. Trzeba sobie zdawać sprawę, że problem z edukacją medyczną dotyczy dużej ilości uczelni nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Dlatego powstało AMEE, czyli The Association for Medical Education in Europe. Stowarzyszenie to bada jakość kształcenia studentów uczelni medycznych poprzez stwarzanie standardów nauczania i egzaminowania oraz szkolenia dla dydaktyków. Uniwersytety medyczne mogą mieć dostęp do bazy tych informacji poprzez zostanie członkami AMEE, tak jak m.in. Uniwersytet Medyczny w Łodzi z działającym przy nim Centrum Edukacji Medycznej.

Problem edukacji medycznej jest wszechobecny. Wynika z tego, że stawiamy na szybkość wykształcenia przyszłych lekarzy, a nie na jakość. W dodatku nie pracuje się nad tym, by studenci byli uczeni w nowoczesny sposób, przez przeszkolonych dydaktyków. Co więcej sami studenci nie są świadomi, jak może wyglądać nauka i czego mogą oczekiwać od uczelni, by polepszyć swoją jakość kształcenia.

Autorka jest koordynatorem lokalnym Programu Stałego ds. Edukacji Medycznej Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland, studentką IV roku kierunku lekarskiego CM UMK

Sprawozdawczość statystyczna z zakresu ochrony zdrowia za rok 2016

Komunikat Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy Wydziału Zdrowia – Kujawsko-Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego:

Ustawa z 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1068) oraz coroczny program badań statystycznych statystyki publicznej w części „zdrowie i ochrona zdrowia”, nakładają na wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązek statystyczny polegający na sporządzeniu i przekazaniu sprawozdań statystycznych na formularzach sprawozdawczych do badań statystycznych prowadzonych m.in. przez Ministra Zdrowia (sprawozdania o symbolu MZ). **Obowiązek ten dotyczy również indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych praktyk lekarskich i lekarzy dentyków.**

Zgodnie z informacją na stronie startowej Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia (SSOZ), sprawozdań typu MZ **nie wypełniają**

praktyki zawodowe świadczące usługi wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego. W takim przypadku prosimy o przekazanie na adres: mkardasz@bydgoszcz.uw.gov.pl informacji o takiej formie działalności praktyki.

Jako podmiot koordynujący na terenie województwa kujawsko-pomorskiego wybrane badania statystyczne prowadzone przez Ministra Zdrowia przypominamy o obowiązku przekazania danych statystycznych za 2016 r. zgodnie z wzorami formularzy sprawozdawczych o symbolu MZ odpowiadających rodzajowi prowadzonej działalności.

Szczegółowe informacje zawierające zakres podmiotowy, przedmiotowy, terminy i formy przekazania danych sprawozdawczych zawierają komunikaty umieszczone na stronach internetowych Wydziału Zdrowia: <http://www.zdrowie.bydgoszcz.uw.gov.pl> oraz Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Warszawie: www.csioz.gov.pl.

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy **POSZUKUJE KANDYDATÓW NA LEKARZY SĄDOWYCH** specjalizujących się w **radiodiagnostyce, chorobach zakaźnych, dermatologii i wenerologii, medycynie rodzinnej, chorobach wewnętrznych i dermatologii.**

Kontakt: **52 32 53 250**

BMW BusinessDrive

Biznes napędzany radością

BMW X3

www.bmw-dynamicmotors.pl



Radość z jazdy



W TWOIM NAJLEPSZYM INTERESIE.

BMW X3 Z AUTOMATYCZNĄ
SKRZYNIA BIEGÓW W CENIE.

ZA 149 000 PLN BRUTTO W OFERCIE DLA BIZNESU*.

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Olimpijska 8

87-100 Toruń

Tel.: +48 56 645 21 70

www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Toruńska 272A

85-831 Bydgoszcz

Tel.: +48 52 339 51 10

www.bmw-dynamicmotors.pl

* Oferta dotyczy modelu BMW X3 sDrive18d z silnikiem wysokoprężnym o pojemności 2 litrów i mocy 150 KM. Cena brutto. Zużycie paliwa w cyklu miejskim: 5,7 l/100 km, pozamiejskim: 4,7 l/100 km, mieszanym: 5,1 l/100 km. Emisja CO₂: 133 g/km. Zdjęcie przedstawia model BMW X3 xDrive35i, którego oferta dostępna jest u Dealerów BMW.

Andrzej Wezaliusz

– twórca nowożytnej anatomii

Andrzej Wezaliusz z Brukseli (1514–1564) zyskał nieśmiertelność jako twórca nowożytnej anatomii. U zarania XVI w. profesorowie dzielili się ze studentami medycyny prymitywną wiedzą o budowie człowieka, bazując na odczytywaniu ksiąg starożytnego greckiego lekarza Klaudiusza Galena, który nie przeprowadził ani jednej sekcji człowieka, a swoje spostrzeżenia z zakresu anatomii zwierząt – głównie małpy i świni – przenosił *per analogiam* wprost na człowieka. Jego dzieła stały się dogmatem medycyny na 1400 lat (*Sic dicit Galenus*), aż do Wezaliusza.

Michał Szpinda



Trzej protoplaści Andrzeja Wezaliusza byli lekarzami, toteż tradycja rodzinna i zainteresowania własne skłoniły go do zainteresowania się medycyną. Dla nabycia nieodzownej biegłości językowej, Wezaliusz odbył studia lingwistyczne w Louvain (1528–1533) w dziedzinie łaciny, greki i języka hebrajskiego. W roku 1533 wyjechał do Paryża studiować medycynę, gdzie anatomię wykladał zagorzały zwolennik Galena Jacques Dubois (Jacobus Sylvius). Z uwagi na bezseksyjne nauczanie Wezaliusz pod osłoną nocy kradł ciała z Cmentarza Niewiniątek i placów kaźni, by je w domu potajemnie preparować. W 1536 r. Wezaliusz wrócił do Louvain, gdzie kontynuował studia medyczne, rozpoczął publiczne sekcje zwłok przed audytorium studenckim i opublikował swoją pracę licencjacką (1537). Z Louvain Wezaliusz udał się do Padwy, gdzie 5 grudnia 1537 r. odbyła się jego promocja doktorska, a już nazajutrz jako *profesor tertiaris* objął on katedrę anatomii i chirurgii, a poprzez jego nowatorskie wykłady uniwersytet w Padwie zaczął wywierać decydujący wpływ na rozwój anatomii w całej Europie.

Wezaliusz zazwyczaj preparował zwłoki osobiście, podczas gdy studenci gromadzili się wokół stołu sekcyjnego. W 1538 r. przygotował i oddał do druku w Wenecji swoje własnoręcznie wykonane plansze anatomiczne z zakresu układu kostnego, trzewi i naczyń krwionośnych jako *Tablice anatomiczne*. Wezaliusz był gorącym zwolennikiem równoległych preparacji, gdzie ciało zwierzęcia i zwłoki ludzkie preparowano jednocześnie, w celu łatwego wykazania różnic anatomicznych i obnażenia błędów Galena. Jednak autorytet Galena był tak dalece niepodważalny, że Jacobus Sylvius deklarował, że Galen nie mógł się mylić, a raczej ludzkie ciało musiało zmienić swą budowę od czasów Galena. W efekcie nazwisko Wezaliusza złośliwie zmieniano na *Vesanus* (szaleniec). Po 5 latach żmudnych badań anatomicznych, w roku 1543 r., w oficynie zaprzyjaźnionego Johanna Oporinusa w Bazylei wydał Wezaliusz swoje przełomowe dzieło z ok. 300 rycinami pt.: „*De humani corporis fabrica libri septem*”. Wezaliusz był bardzo cenionym lekarzem praktykiem i już w wieku 30 lat piastował godność trzeciego lekarza przybocznego cesarza Karola V, a później – Filipa II. Z końcem 1563 r. w tajemniczych okolicznościach Wezaliusz opuścił nagle cesarski dwór i odpłynął do Jerozolimy, a w drodze powrotnej zmarł 15 października 1564 r. na greckiej wyspie Zakhynthos.

Siedem tomów dzieła *Fabrica* obalilo ok. 200 doktryn Galena i położyło solidne podwaliny pod nowoczesną anatomię człowieka. Celem upowszechnienia wiedzy anatomicznej, Wezaliusz wprowadził – w miejsce dotychczasowych mian arabskich – racjonalną terminologię medyczną w języku łaciń-

skim. W celu ułatwienia opisów anatomicznych, upowszechnił on mianownictwo techniczne jak: zawias, bloczek, głowa, wyrostek, guzek, itd. Wezaliusz jako człowiek renesansu zrewolucjonizował anatomię we wszystkich jej układach. Był on przekonany, że układ kostny stanowi rusztowanie dla ludzkiego ciała. Wypreparowany przez Wezaliusza szkielet jest najstarszym preparatem anatomicznym na świecie i jest przechowywany w Muzeum Anatomicznym w Bazylei. Obalił on również powszechne przekonanie, że mężczyźni mają o jedno żebro mniej niż kobiety. Wezaliusz stwierdził, że żuchwa jest pojedynczą kością, mostek składa się z 3 części, a kość krzyżowa – z 5 kręgów. Poza pierwszym dokładnym opisem kości klinowej i miedniczej, a także dwóch kosteczek słuchowych – młoteczka i kowadełka – opisał on dokładnie przedsionek ucha wewnętrznego. Wezaliusz zatrudnił wielu wspaniałych artystów, w tym Jana Stephana van Calcar, który był uczniem Tycjana. Toteż przedstawione postacie są jak żywe w różnych dramatycznych pozach, wyrażających dynamikę i cierpienie.

Najbardziej imponujący wkład Wezaliusza w badania nad układem mięśniowym stanowią zadziwiająco szczegółowe ilustracje, które przedstawiają przyczepy i lokalizację wszystkich mięśni szkieletowych. Skóra i mięśnie wydają się stopniowo samoistnie rozpakowywać z „ubioru mięśniowego” aż do szkieletu sentymentalnego, który w skarżąco-lamentującej pozycji wyraża swą nieśmiertelność. Chociaż Wezaliusz uważał serce za narząd dwukomorowy, to jego ryciny przedstawiają także prawy i lewy przedsionek, tak jakby były one częściami odpowiednio żyły głównej i żył płucnych. Opisał on i nazwał zastawkę trójdzielną i mitralną, mięśnie brodawkowate i struny ściągiste w komorach, a nawet mięśnie grzebieniaste w uszkach przedsionków. Układ żylny był wręcz sportretowany, podczas gdy układ tętniczy został potraktowany pobieżnie. Zgodnie z tradycyjnym poglądem żyła główna była uważana za pojedyncze, ciągłe naczynie. Wezaliusz nie zgadzał się z poglądem Galena, że żyła główna rozpoczyna się w wątrobie. Obalił on również dotychczasowe przekonanie, że wątroba składa się z pięciu płatów. Wezaliusz przedstawił pierwszy szczegółowy opis odźwiernika, krezki, zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych, sieci większej i jej połączeń z żołądkiem, śledzioną i poprzecznicą.

W*Fabrica* Wezaliusz przedstawił nietypowe dla człowieka wyższe położenie nerki prawej, co wkrótce jednak skorygował. Nie dysponując zwołkami kobiet ciężarnych, nie był on w stanie poznać szczegółów budowy narządów płciowych żeńskich, trafnie stwierdzając jednak, że macica była dotychczas nieprawidłowo postrzegana jako narząd podwójny. Wezaliusz zdefiniował nerw jako sposób przekazywania czucia i ruchu, a mózg – jako ośrodek umysłu i emocji. Wezaliusz jako pierwszy opisał istotę szarą i białą mózgowia oraz cztery komory mózgu. Jego ryciny przedstawiają gałkę bładą, skorupę, torebkę wewnętrzną, jądro ogoniaste, blaszkę czworaczą, a nawet szyszynkę. Relacja Wezaliusza o siedmiu nerwach czaszkowych i zakresie ich unerwienia była jednak daleka od rzeczywistości. Nerw wzrokowy miał stanowić 1 parę, nerw okoruchowy – 2 parę, korzeń czuciowy nerwu trójdzielnego i nerw bloczkowy – 3 parę, korzeń ruchowy nerwu trójdzielnego – 4 parę, kompleks twarzowo-słuchowy – 5 parę, nerw językowo-gardłowy – 6 parę, a nerw błędny wraz z pniem współczulnym – 7 parę. W przeciwieństwie do nerwów czaszkowych, układ nerwów rdzeniowych i splotów somatycznych był bardzo zbliżony do rzeczywistości.

Poprzez obalenie tradycji Galena, Wezaliusz jest twórcą nowoczesnej anatomii, a jego *Fabrica* stanowi kamień milowy dla medycyny. Wezaliusz udowodnił, że niedopuszczalny jest dowód *per analogiam* przez porównanie anatomii zwierząt z anatomią człowieka. Jako prawdziwy człowiek renesansu stworzył on nową metodę naukową opartą na bezpośredniej obserwacji. Jego pragnienie dążenia do prawdy było najbardziej widoczne w korygowaniu własnych spostrzeżeń o budowie ciała. Dla uczczenia jego olbrzymich dokonań w dziedzinie anatomii, 5 następujących struktur anatomicznych nadal nosi eponimy Wezaliusza: twardówka, trzeszczki, gruczoły oskrzelo-



we, otwór i żyła wypustowa klinowa dodatkowa. Dzięki jego przywiązaniu do szczegółów, zapewnił on jasny opis i bezprecedensowy obraz anatomiczny struktur, wyznaczając nowe standardy dla przyszłych podręczników medycznych. Łacińskie motto wyryte na grobie, wokół którego kostny Hamlet wygłasza monolog, okazało się być prorocze dla Wezaliusza: „*Vivitur ingenio caetera mortis erunt*” (Geniusz trwa, reszta jest śmiertelna).

Prof. Michał Szpinda od 28 lat pracuje nieprzerwanie w Katedrze i Zakładzie Anatomii Prawidłowej, obecnie jako jej kierownik. Równoległe z pracą naukowo-dydaktyczną rozwijał on swoje zainteresowania zawodowe w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Naczyń, uzyskując pierwszy i drugi stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej. Dorobek naukowy prof. Michała Szpindy stanowi 220 prac, w tym 110 prac oryginalnych. Profesor jest nauczycielem akademickim mocno zaangażowanym w proces dydaktyczny i organizacyjny Uniwersytetu. Prowadzi wykłady dla studentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK. Od 12 lat przygotowuje pomyślnie studentów I roku kierunku lekarskiego do Międzyuczelnianego Konkursu Wiedzy Anatomicznej *Scapula Aurea*, którzy osiągają najwyższe miejsca na podium. Działalność organizacyjna prof. Szpindy przejawia się w kierowaniu przez 19 lat Katedrą i Zakładem Anatomii Prawidłowej. Zgromadził on bogate doświadczenie i wiedzę o mechanizmach funkcjonowania uczelni dzięki licznym funkcjom pełnionym w macierzystej uczelni w zakresie organizacji nauki, dydaktyki i rekrutacji, a w obecnej kadencji jest prodziekanem WL ds. studenckich.

BYDGOSKIE SPOTKANIA BIOETYCZNE

Konferencja Naukowa

ETYCZNE, MEDYCZNE I PRAWNE DYLEMATY WOKÓŁ ŚMIERCI MÓZGU

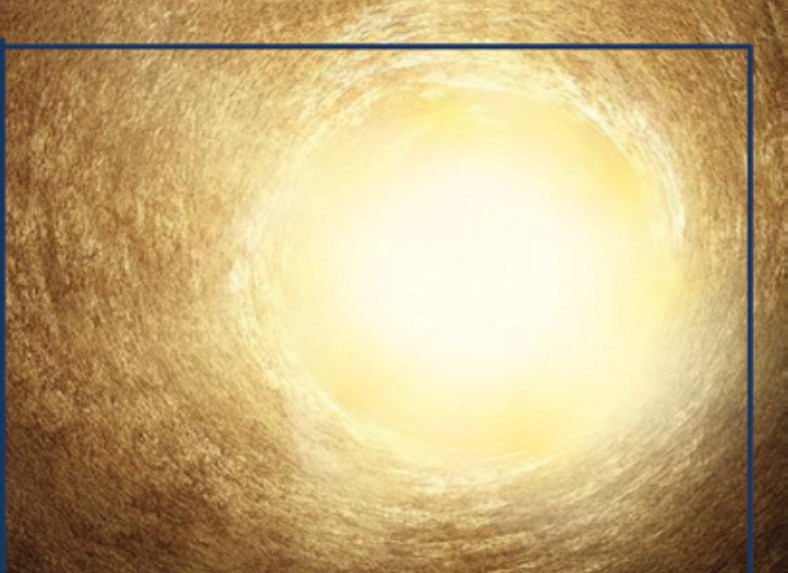
Pod patronatem:

dr. n. med. Stanisława Prywińskiego

Prezesa Bydgoskiej Izby Lekarskiej

prof. dr hab. Grażyny Odrowąż-Sypniewskiej

Prorektora ds. Collegium Medicum UMK



22 kwietnia 2017 godz. 10⁰⁰

Sala Audytoryjna CM UMK przy ul. Jagiellońska 13/15 w Bydgoszcy

PROGRAM :

- 10⁰⁰-10¹⁰ – **Wprowadzenie**
prof. Władysław Sinkiewicz
- 10¹⁰-10³⁰ – **Śmierć i etapy życia człowieka w perspektywie teologicznej**
ks. dr hab. Andrzej Bohdanowicz
- 10³⁰-10⁵⁰ – **Człowiek w obliczu śmierci. Refleksje psychologa**
prof. Roman Ossowski
- 10⁵⁰-11¹⁰ – **Dylematy etyczne śmierci mózgowej**
dr Tomasz Terlikowski
- 11¹⁰-11³⁰ – **Dylematy prawne śmierci mózgowej**
dr Małgorzata Chudzińska
- 11³⁰-12⁰⁰ – przerwa kawowa
- 12⁰⁰-12²⁰ – **Śmierć mózgu - spojrzenie lekarza anestezjologa**
dr Waldemar Iwańczuk
- 12²⁰-12⁴⁰ – **Śmierć mózgu - spojrzenie lekarza transplantologa**
prof. Zbigniew Włodarczyk
- 12⁴⁰-13⁰⁰ – **Śmierć mózgu i śpiączka mózgowa – spojrzenie neuropsychologa**
prof. Alina Borkowska
- 13⁰⁰-13²⁰ – **Czy śmierć mózgu jest śmiercią człowieka?**
Spojrzenie lekarza neurochirurga
prof. Marek Harat
- 13²⁰-13⁴⁰ – Odpowiedzi na pytania

Organizatorzy:

Bydgoska Izba Lekarska
II Katedra Kardiologii
CM UMK



WSTĘP WOLNY

Uczestnik konferencji otrzymuje 4 pkt edukacyjne
(Roz. MZ z dnia 06.10.2004r DZ. U. nr 231, poz. 2326)

We współpracy z:

- Katedrą Chirurgii i Transplantologii CM UM
- Katedrą Neuropsychologii Klinicznej CM UMK
- Katedrą Fizjoterapii CM UMK
- Studenckim Towarzystwem Naukowym
- Zakładem Podstaw Prawa Medycznego CM UMK
- Kliniką Neurochirurgii 10 WSK w Bydgoszcy
- Fundacją na Rzecz Rozwoju Kardiologii
- Fundacją WIATRAC



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

14 grudnia 2016 r.

■ **Martyna Rekowska** z Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii

Uzyskany stopień naukowy: dr n. med. w zakresie biologii medycznej

Tytuł rozprawy: „IgE niezależna nadwrażliwość na pokarm u niemowląt karmionych wyłącznie piersią”

Promotor: prof. dr hab. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska, emer., CM UMK

Recenzenci: dr hab. Elżbieta Jarocka-Cytra, prof. UWM w Olsztynie; dr hab. Piotr Albrecht, Warszawski UM

■ **Bartosz Sikorski** z Katedry i Kliniki Chorób Oczu

Uzyskany stopień naukowy: dr n. med. w zakresie medycyny

Tytuł rozprawy: „Mapy refleksyjności – nowy sposób obrazowania zewnętrznych warstw siatkówki za pomocą spektralnej optycznej koherentnej tomografii”

Promotor: dr hab. Jakub Kałużny, prof. UMK, CM UMK

Recenzenci: dr hab. Zofia Michalewska, Miejskie Centr. Med. w Łodzi; prof. dr hab. Anna Machalińska, PUM w Szczecinie

■ **Zuzanna Pujank** z Katedry Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej

Uzyskany stopień naukowy: dr n. med. w zakresie medycyny

Tytuł rozprawy: „Trudności diagnostyczne u pacjentów z przerzutami nowotworu złośliwego do węzłów chłonnych szyi z nieznanego ogniska pierwotnego”

Promotor: prof. dr hab. Henryk Kaźmierczak, CM UMK

Recenzenci: prof. dr hab. Magdalena Józefowicz-Korczyńska, UM w Łodzi; dr hab. Ireneusz Rzewnicki, UM w Białymstoku

■ **Maciej Harat** z Katedry i Kliniki Onkologii i Brachyterapii

Uzyskany stopień naukowy: dr n. med. w zakresie medycyny

Tytuł rozprawy: „Analiza porównawcza radioterapii glejaków wielopostaciowych planowanej z wykorzystaniem pozytonowej tomografii emisyjnej i rezonansu magnetycznego”

Promotor: prof. dr hab. Roman Makarewicz, CM UMK

Recenzenci: prof. dr hab. Jacek Fijuth, UM w Łodzi; prof. dr hab. Leszek Miszczyk, CO – IMSC Oddz. w Gliwicach

■ **Anna Sterkowicz** z Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii

Uzyskany stopień naukowy: dr n. med. w zakresie medycyny

Tytuł rozprawy: „Wybrane aspekty nadwrażliwości pokarmowej u dzieci z czynnościowym zaparciem stolca”

Promotor: dr hab. Anna Szaflarska-Popławska, prof. UMK, CM UMK

Recenzenci: prof. dr hab. Barbara Kamińska, Gdański UM; dr hab. Piotr Albrecht, Warszawski UM

■ **Leszek Popiołek** z Regionalnego Szpitala Specjalistycznego w Grudziądzu

Uzyskany stopień naukowy: dr n. med. w zakresie medycyny

Tytuł rozprawy: „Ocena wpływu polimorfizmów genów związanych z metabolizmem kłopidogrelu oraz wybranych zmiennych klinicznych na reaktywność płytek krwi zależną od difosforanu adenylicznego u pacjentów poddanych angioplastyce wieńcowej”

Promotor: dr hab. Marek Koziński, CM UMK

Recenzenci: dr hab. Paweł Burchardt, Centr. Biol. Med. w Poznaniu; dr hab. Anna Tomaszuk-Kazberuk, UM w Białymstoku

■ **Tomasz Fabiszak** z Katedry Kardiologii i Chorób Wewnętrznych

Uzyskany stopień naukowy: dr n. med. w zakresie medycyny

Tytuł rozprawy: „Wartość predykcyjna wybranych parametrów elektrokardiograficznych w przewidywaniu dysfunkcji skurczowej i przebudowy lewej komory serca u pacjentów z zawałem serca”

Promotor: dr hab. Marek Koziński, CM UMK

Recenzenci: prof. dr hab. Karol Kamiński, UM w Białymstoku; dr hab. Marcin Grabowski, Warszawski UM

■ **Justyna Zborowska-Skrobanek** z PODIMED w Szczecinku

Uzyskany stopień naukowy: dr n. med. w zakresie medycyny

Tytuł rozprawy: „Porównanie rogówkowych aberracji wyższego rzędu indukowanych korekcją krótkowzroczności i niezborności złożonej krótkowzrocznej za pomocą konwencjonalnej i przeznabłonkowej fotokeratektomii refrakcyjnej”

Promotor: dr hab. Bartłomiej Kałużny, CM UMK

Recenzenci: dr hab. Marcin Stopa, UM w Poznaniu; dr hab. Dorota Tarnawska, prof. UŚ w Katowicach

18 stycznia 2017 r.

■ **Dorota Urbaniak** z Kliniki Chorób Oczu

Uzyskany stopień naukowy: dr n. med. w zakresie medycyny

Tytuł rozprawy: „Zastosowanie kamery Scheimpfluga do oceny przedniego odcinka gałki ocznej u pacjentów z zespołem pseudoeksfoliacji i zmian zachodzących pod wpływem fakoemulsyfikacji zaćmy”

Promotor: dr hab. Bartosz Kałużny, CM UMK

Recenzenci: dr hab. Katarzyna Michalska-Matecka, UM w Katowicach; dr hab. Andrzej Grzybowski, UWM w Olsztynie.

Panu Doktorowi **Wojciechowi Świsłkowi**,
całemu **Zespołowi Oddziału Klinicznego
Hematologii i Chorób Rozrostowych
UKładu Krwiotwórczego**

Szpitala Uniwersyteckiego nr 2
im. dr Jana Bizuela
oraz

Pani Doktor **Renacie Heise** i **pracownikom
Hospicjum im. bł. ks. Jerzego Popiełuszki**

serdeczne podziękowania za leczenie
i troskliwą opiekę nad moją Siostrą
Joanną Teresą Felczykowską

składa
dr n. med. *Maria Starnawska*
z *Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej
i Tropikalnej w Gdyni*



Obowiązkowe OC – a jeśli to za mało?

Czy lekarz posiadający podstawową polisę OC jest wystarczająco chroniony? Istnieje takie przekonanie, niemniej jednak w wielu przypadkach może się ono okazać całkowicie błędne.

Wielokrotnie na łamach „Primum” podkreślałam, jak wzrasta zarówno ilość tzw. procesów lekarskich oraz wysokość zasądzanych w ich wyniku kwot odszkodowań czy zadośćuczynień. Tym samym można postawić tezę, że ryzyko odpowiedzialności prawnej staje się coraz większe. Lekarz, który nie udowodni w sposób wystarczający braku swojej winy, w sytuacji wystąpienia jakiegoś trudnego przypadku, gdy doszło do powstania szkody, może stracić dorobek całego życia. Takim przykładem był proces lekarza w województwie warmińsko-mazurskim, który zakończył się zasądzeniem na rzecz pacjenta kwoty **700 tys. złotych**. Ubezpieczyciel wypłacił pokrzywdzonemu **75 tys. euro**, natomiast pozostałą kwotą obciążono lekarza, który musiał pokryć ją z własnego majątku.

Przypomnijmy, iż lekarz wykonujący swoje obowiązki w ramach umowy o pracę, podlega ograniczonej odpowiedzialności, bowiem zgodnie z kodeksem pracy jego odpowiedzialność jest określona do wysokości wyrządzonej szkody, niemniej jednak, co do zasady, nie może ona przewyższać kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia. Lekarz zatrudniony na umowie cywilnoprawnej, tzw. kontrakcie, może ponieść pełną odpowiedzialność za działania w trakcie wykonywa-

nia swoich obowiązków zawodowych. Medyków pracujących na tej podstawie jest w aktualnej lekarskiej rzeczywistości ok ¼ ogółu zatrudnionych.

Pracownicy medyczni pracujący na podstawie kontraktów muszą – obligatoryjnie – zgodnie z wymogami prawa posiadać ubezpieczenie OC, w którym suma ubezpieczenia dla lekarza to 75 tys. euro, a pielęgniarki – 30 tys. euro. Odpowiednio w złotych to nieco ponad 300 tys. i 120 tys. złotych.

Czy jest to ochrona wystarczająco bezpieczna dla lekarzy, a także ich pacjentów? W tym kontekście warto zwrócić uwagę na kilka elementów. Podstawowy zakres ubezpieczenia OC dodatkowo nie pokrywa kosztów procesu sądowego, wynagrodzenia dla prawników ani kosztów sytuacji, w której zostaje ujawniona tajemnica lekarska. Zdarza się, że przedstawiciele branży medycznej padają ofiarą prób wyłudzenia, a wówczas konieczna jest choćby konsultacja prawnicza czy wykonanie pewnych czynności prawnych – poza salą sądową, za przeprowadzenie których zapłaci wyłącznie lekarz. Co więcej, niezwykle istotne są kwestie wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela zawarte w polisie. **Czyli takie sytuacje, gdzie firma**

ubezpieczeniowa zastrzega sobie te przypadki, w których nie poniesie odpowiedzialności za ubezpieczonego – co oznacza, że nie zamierza zapłacić za lekarza ani złotówki! Tę część warunków umowy ubezpieczenia OC warto analizować szczególnie starannie, zwłaszcza w przypadku użycia tam pojęć niedookreślonych. Z tytułu obowiązkowej polisy OC, trzeba rocznie zapłacić około 800 złotych. Uzyskujemy wówczas pewien poziom bezpieczeństwa finansowego, który jednak, jak wynika z powyższych rozważań, nie jest doskonały – nie daje bowiem pełnego komfortu i niesie za sobą kilka istotnych zagrożeń.

Chciałabym podkreślić, że intencją niniejszego artykułu jest jedynie zwrócenie uwagi na problem, który w codziennej gonitwie może umknąć, natomiast w sytuacji wystąpienia szkody mieć znaczenie kluczowe. **To, czy warto ponosić dodatkowe koszty i ubezpieczać się ponad ustawowy obowiązek, pozostawiam Państwa ocenie.**

Justyna Straka

Autorka jest prawnikiem, doktorantem UMK, specjalizuje się w prawie medycznym. Pytania do autorki prosimy kierować poprzez redakcję Primum

WYNAJMĘ GABINETY LEKARSKIE

przy ulicy **Jagiellońskiej 36a**
w Bydgoszczy
(atrakcyjna lokalizacja, komfortowe warunki, cena do uzgodnienia).

Możliwość obejrzenia gabinetów na stronie
www.gabinetymarinahouse.bydgoszcz.pl

Telefon **602 753 233**

GABINET LEKARSKI WYNAJMĘ

Gabinet lekarski 30 m² w nowo wybudowanym, nowoczesnym obiekcie, **przystosowany jako gabinet ginekologiczny** wraz ze wspólną poczekalnią do drugiego gabinetu ginekologicznego. W budynku są 3 gabinety lekarskie: dentystyczny, rehabilitacji i ginekologiczny. Duży parking, klimatyzacja.

KONTAKT

792 077 044

Wiemy jak wiele laboratoriów medycznych mają Państwo do wyboru, dlatego dziękujemy, że wybrali Państwo właśnie laboratorium Vitalabo.



ul. gen. J. Hallera 2 E, Bydgoszcz
www.vitalabo.com.pl

SPRZEDAM

- ▶ **wyposażenie gabinetu stomatologicznego:** meble, fotel Stern Weber, narzędzia
- ▶ **wyposażenie gabinetu laryngologicznego:** meble, fotel Weber, narzędzia

Kontakt: 509 960 330

SPRZEDAM ECHO:
HP Sonos 5500, D software,
głowica S4, TVI, stress echo,
prod. 12.2000

Telefon: 607 828 005

Kontrole przeprowadzane w szpitalach w ramach nadzoru specjalistycznego z zakresu transfuzjologii

KĄCIK
KRWIODAWSTWA

Danuta Boguszyńska

Zgodnie z ustawą o publicznej służbie krwi nadzór specjalistyczny obejmuje: immunologię transfuzjologiczną, gospodarkę krwią i krwiolecznictwo na oddziałach szpitalnych. Sprawowanie nadzoru odbywa się w dużej mierze poprzez przeprowadzanie kontroli w odpowiednich komórkach organizacyjnych szpitala, głównie w pracowni serologicznej i szpitalnym banku krwi, zgodnie z rocznym harmonogramem, przez osoby posiadające pisemne upoważnienie wydane przez dyrektora centrum krwiodawstwa.

Kontrole pracowni serologicznej odbywają się w oparciu o szczegółowe przepisy dotyczące stosowanych metod badań, jak również procedury opisujące zasady odpowiedzialności, organizację pracy, uprawnienia personelu do wykonywania badań, częstotliwość obowiązków szkoleń.

Kontrola gospodarki krwią w szpitalu ma miejsce w szpitalnym banku krwi, gdzie sprawdza się: • obowiązujące procedury • książkę przychodów i rozchodów • protokoły walidacji sprzętu • protokoły kontroli temperatur przechowywania i transportu krwi • warunki przechowywania składników krwi oraz resztek poprzetoczeniowych • zapotrzebowania imienne na składniki krwi dla pacjentów.

Krwiolecznictwo na oddziałach szpitalnych ocenia się na podstawie następujących elementów: • zapotrzebowań imiennych na składniki krwi – zawarte informacje o chorobie pacjenta i wskazaniach do

transfuzji oraz ilości i rodzaju zamawianego składnika pozwalają na ocenę prawidłowości tych wskazań • książki transfuzyjnej oddziału, z której odczytuje się prawidłowość czasu przetoczenia składnika krwi, ewentualne reakcje po przetoczeniu oraz – co bardzo istotne – podpisy osób odpowiedzialnych za przetoczenie • dokumentacji przebiegu transfuzji w historii choroby pacjenta oraz w raporcie pielęgniarskim • listy pielęgniarek /położnych uprawnionych do wykonywania transfuzji.

Wnioski płynące z przeprowadzonych kontroli pozwalają na pozytywną ocenę poziomu krwiolecznictwa, błędy najczęściej dotyczą spraw formalnych, a rzadziej merytorycznych. Nieprawidłowość, na którą ostatnio zwrócono uwagę, polegała na tym, że lekarz – wypisując zapotrzebowanie na krew dla pacjenta, którego grupa krwi nie była jeszcze znana – upoważnił laborantkę do uzupełnienia zapotrzebowania, które w danym momencie podpisywał in blanco. Tematem kontroli jest również ocena pracy lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią oraz funkcjonowanie komitetu transfuzjologicznego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 11 grudnia 2012 r.

O autorce: lek. med. Danuta Boguszyńska jest specjalistą w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej. Przez 50 lat pracy zawodowej związana była z krwiodawstwem. Pełniła funkcję dyrektora Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa oraz zastępcy dyrektora ds. medycznych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. Była konsultantem regionalnym i wojewódzkim w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Obecnie na emeryturze.



Zapraszamy



do BIURA
RACHUNKOWO-PODATKOWEGO

- ▶ Specjalizujemy się w rozliczaniu podatkowym podmiotów świadczących **USŁUGI MEDYCZNE**.
- ▶ Nasze Biuro łączy **TRADYCYJNĄ KSIĘGOWOŚĆ Z NOWOCZESNYMI TECHNOLOGIAMI**, opartymi m.in. na komunikacji online/ e-mail/sms/tel.
- ▶ **SZANUJĄC PAŃSTWA CZAS**, wychodzimy naprzeciw, dojeżdżamy i odbieramy dokumenty bezpośrednio u zainteresowanego.

BIURO RACHUNKOWE



Kameralna Podatkowa
Greggier i Wspólnicy sp. jawna

e-mail: poczta_big@wp.pl
☎ 508 303 873 • 525 243 584
www.bigbiuro.pl
Bydgoszcz, ul. Szajnochy 11

WYNAJMĘ
GABINET LEKARSKI

W BYDGOSZCZY
OSIEDLE BŁONIE

Zainteresowane
osoby proszę o kontakt
pod numerem telefonu

695 027 171

LOKAL NA
GABINETY LEKARSKIE

85 m² • ul. Nakielska

WYNAJMĘ

Lokal w nowoczesnym obiekcie na rogu ulic Nakielskiej/Bronikowskiego. Obiekt z przeznaczeniem tylko na usługi medyczne lub pokrewne z możliwością podziału lokalu na 3 mniejsze. W obiekcie znajduje się już 5 gabinetów lekarskich.

Kontakt **792 077 044**

www.nowoczesneubezpieczenia.pl



OC dla lekarzy



firmowe



dom i mieszkanie



samochód

tel. 601 672 659

Agencja Ubezpieczeniowa Czajkowski



Od lewej lek. Piotr Piasecki, dr n. med. Piotr Jarzemski, lek. Marcin Jarzemski

Bydgoscy urolodzy biorą wszystko

Piotr Piasecki

Styczeń to bardzo ważny miesiąc dla urologów, nie tylko dlatego, że nowy rok przynosi nowe wyzwania zawodowe, a nowa pula punktów wymaga pełnego zaangażowania w pracy po krótkim wytchnieniu świąteczno-sylwestrowym. To też bardzo ważny miesiąc dla urologów – narciarzy. Od 12 lat odbywa się bowiem w górach Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe nazwane przez organizatorów „roZjazdem Krynickim”. To wyjątkowa konferencja, na której oprócz dużej dawki przekazywanej wiedzy, lekarze mogą wykazać się swoimi zdolnościami narciarskimi. W trakcie zjazdu odbywają się coroczne „Mistrzostwa Polski Urologów w Narciarstwie Zjazdowym”, szczególnie ważną konkurencją jest walka o prestiżowy „Puchar Moczusia” – trofeum za zwycięstwo w kategorii drużynowej.

XII Krynicki Rozjazd był szczególnie ważnym wydarzeniem dla urologów ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszcy, bronili bowiem zeszłorocznego tytułu mistrzowskiego. Warto nadmienić, że w roku 2016, podczas XI edycji sympozjum „Puchar Moczusia” po raz pierwszy w historii powędrował do drużyny lekarzy z północnej Polski. Wyjątkowo dobre umiejętności narciarskie kolegów z południa nie dziwią nikogo, kto choć raz przed otwarciem obwodnicy Łodzi odbył czasochłonną podróż w nasze polskie góry. Nie jest łatwo być narciarzem, mieszcząc tak daleko.

Tego roku Krynica przywitała gości piękną zimą. Ponad metrowa pokrywa śniegu na szczycie Jaworzyny, mroźne powietrze, pełne słońce i dostęp do wszystkich tras to marzenie każdego miłośnika białego szaleństwa. „Krynicki rozjazd” to miejsce wyjątkowe nie tylko z uwagi na zawody, rzadko gdzie atmosfera kongresu jest tak przyjazna. Może z uwagi na to, że część wykładów odbywa się w górskim schronisku ponad 1000 metrów nad poziomem morza, wiedza jest znacznie łatwiejsza do przyswojenia. A może to zimowe stroje wykładców wprowadzają tak pozytywne emocje, przecież nie codziennie możemy obserwować najwybitniejszych urologów wykładających w butach narciarskich.

Zawody pucharowe odbywają się drugiego dnia. Trzyosobowe zespoły startują w formie sztafety. Zawodnicy zjeżdżają jeden po drugim. Pierwszy z nich otwiera bramkę czasową, a dopiero z przejazdem ostatniego zamykany jest pomiar. Mimo wspomnianych już świetnych warunków pogodowych, tegoroczny slalom był bardzo wymagający. Dodatkowym problemem była kontuzja jednego z naszych kolegów ze zwycięskiego zespołu z 2016. Wbrew wszystkim przeciwnościom, z pomocą ordynatora bydgoskiego oddziału – dr. n. med. Piotra Jarzemskiego, którego udało się namówić na zastępczy występ w sztafecie, obroniliśmy zeszłoroczne zwycięstwo. Nie był to jednak jedyny sukces. Ordynator okazał się czarnym koniem zawodów i oprócz zwycięstwa grupowego, zdobył srebrny medal w zawodach indywidualnych. Warto wspomnieć, że „Puchar Moczusia” jest nagrodą przechodnią i dopiero trzykrotne zwycięstwo gwarantuje nam jego przejęcie.

Należadani pozytywną energią wracamy do pracy na Oddziale, ale już dzisiaj zaczynamy przygotowywać strategię na przyszły rok. Może nowe narty? Może aerodynamiczny strój narciarski? Może ochraniacze do „zbijania” tyczek... A może wystarczy trochę chęci i pozytywnego nastawienia, bo przecież to tylko zabawa.



Od lewej lek. Marcin Jarzemski, dr n. med. Piotr Jarzemski, lek. Piotr Piasecki

RUSZA IV EDYCJA CYKLU
KONFERENCJI NAUKOWYCH

Akademia Czerniaka 2017 Bydgoszcz – 27 maja

Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej i jego Sekcja Naukowa „Akademia Czerniaka” oraz Wydawnictwo Lekarskie PZWL zapraszają na IV edycję cyklu poświęconego tematyce czerniaka. Spotkania, którym przewodniczy profesor Piotr Rutkowski, przeznaczone są dla wszystkich zainteresowanych lekarzy, a w szczególności chirurgów onkologicznych, onkologów klinicznych i chirurgów.

PROGRAM KONFERENCJI: Nowotwory skóry 2017 – perspektywy, Rola chirurgii w diagnostyce i leczeniu czerniaków o zaawansowaniu lokoregionalnym, Udział dermatologa w diagnostyce i terapii nowotworów skóry – profilaktyka i leczenie powikłań skórnych nowych terapii, Leczenie przerzutów in-transit. Leczenie uzupełniające. Inne rzadkie nowotwory skóry, Postępy w leczeniu systemowym zaawansowanych czerniaków, powikłania terapii, znaczenie edukacji chorych. Inhibitory BRAF w leczeniu 1 linii czerniaka, rola przeciwciał anti-PD-1, Przypadki kliniczne. Przypadek kliniczny z regionu. GŁOSOWANIE INTERAKTYWNE, Debata: problemy terapii nowotworów skóry

Choroby nerek i otyłość

Dokończenie ze str. 8

Najważniejsze jest jednak to, że rozwojowi otyłości podobnie jak przewlekłej chorobie nerek możemy skutecznie zapobiegać. Podstawą jest oczywiście edukacja społeczeństwa oraz uświadomienie konsekwencji otyłości, jak również korzyści, jakie niesie ze sobą zdrowy styl życia, w tym właściwe odżywianie oraz aktywność fizyczna. W zaleceniach dietetycznych powinniśmy uwzględnić przede wszystkim spożywanie dużej ilości warzyw i owoców oraz ryb morskich, zawierających wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega 3, przy jednoczesnym ograniczeniu podaży innych tłuszczów pochodzenia zwierzęcego, cukrów prostych i soli kuchennej oraz dbałości o różnorodność spożywanych produktów. Kluczowa jest również regularna aktywność fizyczna, będąca podstawą aktualnie obowiązującej piramidy zdrowia i stanowiąca dopełnienie wspólnej strategii prewencji pierwotnej chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2, otyłości oraz przewlekłej choroby nerek.

Pamiętajmy, że **zdrowy styl życia to również zdrowe nerki!**

Anna Kardymowicz,
Ilona Miśkowiec-Wiśniewska,
Grażyna Goszka, Jacek Kozłowski,
Jacek Manitius

Katedra i Klinika Nefrologii, Nacziśnienia
Tętniczego i Chorób Wewnętrznych CM UMK,
Szpital Uniwersytecki nr 1
im. dr. A. Jurasza w Bydgoszcy

ZAPRASZAMY
DO UZDROWISKA
CIECHOCINEK
NA KURS
27 MAJA 2017



Tematy kursu:

● **Cementy szkłoionomerowe – wyjątkowe, niedoceniane materiały odtwórcze.**

● **Korony i mosty protetyczne – cementowanie tradycyjne czy adhezyjne?**

Wykładowca – **Pan Profesor Jerzy Sokółowski** – Kierownik Zakładu Stomatologii Ogólnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

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

Na kurs zapraszamy do hotelu Austeria*** w Ciechocinku, ul. Bema 32 A. Początek szkolenia godz. 10.00.

Opłata za kurs: 280 zł (wliczony koszt obiadu oraz przerwy kawowe). Zgłoszenia i wpłaty do 24.05.17. W hotelu Austeria dla uczestników szkolenia istnieje możliwość tańszego noclegu (płatne w recepcji hotelu). Koszt noclegu w pokoju 1-osobowym – 165 zł, 2-osobowy – 200 zł. Proszę powiedzieć przy rezerwacji w hotelu, że jest się uczestnikiem kursu dla lekarzy stomatologów.

Wpłaty na konto za kurs: 06 1020 5170 0000 1202 0065 1620, Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, 87-800 Włocławek, ul. Królewicka 1a/2.

Zgłoszenia poprzez formularz na stronie www.stomatologia.edu.pl

Informacje: 54 2315157, 694 724 871.

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Proszę, proszę, chwilkę w koło,

Jak weselo, to weselo.

Stanisław Wyspiański



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

No to mamy zapusty! Tak, tu nie myślę się używając staropolskiego słowa *zapusty* na określenie okresu zabaw i szaleństwa zimowego nazywanego u nas z obca *karnawatem*. Od wieków był to okres tak dziwny, że kiedyś ambasador Turcji po powrocie z Rzeczypospolitej do Stambułu opowiadał, że w pewnej porze roku chrześcijanie dostają wariacji i dopiero potem jakiś proch sypany im na głowy leczy takową.

A były to w tamtych czasach zabawy przednie i wielokrotnie potężne z kuligiem, który był podobny do najazdu tatarskiego! *Ej! Kulig jedzie, zje, wypije i pojedzie!* A że zjeść i popić potrafił, to odsyłam Mitych Czytających te słowa do opisu obiadu w „Opowiadaniach Łowczego” Wincetego Pola. Czego tam na stole nie było? Lepiej nie opowiadać. Jedyne, co chciałbym zacytować, to tylko to, że po trzech rodzajach wódek i po licznych przekąskach, po których właściwie jedzenie winno się zakończyć, Pan Łowczy uważa, że na pierwsze przetrącenie mają być trzy dania i tu te dania opisuje, jakimi winny one być. Podkreślam tu słowa na pierwsze przetrącenie, które to sugerują, że będą następne, no i były. Ale żeby jeszcze po tak sutym posiłku chciało im się oddawać uciechom tanecznym, to szczerze podziwiam! I tu pragnę ku przestrodze przytoczyć ostrzegające przysłowie kaszubskie: *zapustni tuńc, zdrowia kuńc!*

Bo chyba rzeczywiście po takich ekscesach kulinarnych żywiołowy taniec karnawatu mógłby skończyć się lekko nadwyreżowanym zdrowiem.

Tu ciekawostka. W sieci nie znalazłem żadnych cytatów ani wierszy poświęconych temu radosnemu a tak krótkiemu okresowi w roku. Czemuż to – oto jest pytanie.

Ja ze swojej strony okres tegorocznego karnawatu wspominać będę miło, bo spotkała mnie przyjemność przywracająca dobre samopoczucie i to nie przez swawole stołu, a tym bardziej przez kroki taneczne na parkiecie, ale przez naszą Komisję Wyborczą! Dziwne, prawda? Otóż komisja opublikowała listy rejonów wyborczych, a mnie zainteresowały dwa ostatnie! A wiecie, dlaczego? Bo większość znajdujących się tam nazwisk nie jest mi obca, a z przeważającą ilością osób miałem przyjemność się kiedyś spotkać i zamienić choćby kilka zdań!

Jak zaczynałem swoją przygodę z Samorządem, było nas razem z Kolegami z Piły około dwóch i pół tysiąca, a teraz prawie dwa razy tyle! Przyznacie, że znajomość z tak wieloma koleżankami i kolegami może sprawić bardzo dużą przyjemność! Dobrego samopoczucia, jakie mi się udzieliło, życzę wszystkim.

Jak zawsze Wasz

A. Martynowski

Fundacja „Dom Lekarza Seniora” apeluje o wpłacanie **1%** na budowę domu



122. Numer KRS **0000223048**

Wnioskowana kwota
Kwota z poz. 123 nie może przekroczyć 1% kwoty z poz. 124, zaokrągleniu do pełnych dziesiątek groszy w dół.

I. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE
Podatnicy, którzy wypełnili część H, w poz. 124 mogą podać cel a zaznaczając kwadrat w poz. 125 wyrazić zgodę na przekazanie OPP swojego imienia, nazwiska i adresu wraz z informacją o kwocie z poz. 123. W poz. 126 można podać dodatkowe informacje, np. ułatwiające kontakt z podatnikiem (telefon, e-mail).

124. Cel szczegółowy 1% **Fundacja Dom Lekarza Seniora**

125. Wyrażam zgodę **1%**

126.

Zapraszamy Lekarzy Seniorów!

- **1 marca o godz. 14.30** gościem lekarzy będzie dr n. med. Paweł Rajewski z wykładem pt. „Borelioza”.
- Zaproszenie na spotkanie lekarzy seniorów **5 kwietnia o godz. 14. 30** przyjął dr n. med. Wojciech Szczęsny. Wygłosi wykład pt. „Bajka o trzech księżętach Serendypii, czyli rola wypadku w nauce i medycynie”.

Zapraszamy na wycieczkę!

Komisja Socjalna BIL organizuje wycieczkę do Kołobrzegu i na Bornholm w dniach **1–4 czerwca 2017 r.** (decyzja o udziale w rejście na Bornholm musi zostać podjęta w dniu zapisu).

- **Cena wycieczki – 620 zł + 310 zł** na Bornholm i wstępy (opłata za wstępy w autokarze).
- **Przedpłata – 300 zł**, płatna w siedzibie BIL, bez możliwości zwrotu.
- Doplata Izby Lekarskiej dla lekarzy emerytów i rencistów – **300 zł**.
- Zapisy do **30 kwietnia 2017 r.**

Spotkanie Absolwentów Gdańskiej AM

Absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku rocznik 1951–1957 zapraszamy na organizowane spotkanie koleżeńskie z okazji 60-lecia uzyskania dyplomu lekarskiego.

Informacje i zgłoszenia: Jerzy Kwiecień, tel. 23 6543868 (w godzinach wieczornych).

P R A C A

Gminna Przychodnia w Dąbrowie Chełmińskiej podejmuje współpracę z **lekarzem rodzinnym** oraz **lekarzem o specjalizacji położnictwo i ginekologia**. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Informacje pod numerem tel. 52 3816034 lub 500 142 550 lub przychodniad@neostrada.pl

Przychodnia „Nad Wisłą” w Bydgoszczy, ul. Pielęgniarska 13 zatrudni **lekarza rodzinnego** lub **pediatrę** do pracy w Poradni Dziecięcej. Forma zatrudnienia, warunki pracy oraz płacy do uzgodnienia pod nr tel. 511 776 085 w godz. od 8.00 do 15.00.

Pallmed sp. z o.o. prowadząca NZOZ Dom Sue Ryder w Bydgoszczy, ul. Roentgena 3, zatrudni **lekarza do opieki domowej**. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Kontakt: rekrutacja@domsueryder.org.pl

Prywatna Przychodnia Stomatologiczna w centrum Bydgoszczy nawiąże współpracę z **lekarzem dentystą**. Oferujemy dużą bazę pacjentów, profesjonalną asystę, do-

bre zarobki, możliwość rozwoju. Proszę o kontakt tel. 604 796 594.

Poszukuję doświadczonego **lekarza stomatologa**, specjalizującego się w **endodontcji mikroskopowej**, do współpracy w dobrze wyposażonym centrum stomatologicznym LoveDent w Bydgoszczy. Oferuję pracę z urządzeniami takimi jak: mikroskop Zeiss, Reciproc SILVER, VDW ULTRA HD, Raypex 5, Bee Fill 2 in 1, IQF Gentafile; najwyższej jakości materiały; zestaw do usuwania złamanych narzędzi; promowany profil na portalu ZnanyLekarz.pl; wyłącznie prywatnych pacjentów; współpracę z doświadczonym chirurgiem stomatologiem; pracę z doświadczoną asystentką stomatologiczną. Atrakcyjne warunki finansowe. Zainteresowane osoby proszę o kontakt na adres e-mail: biuro@lovedent.pl

Nowoczesna Klinika Stomatologiczna w centrum Bydgoszczy poszukuje **lekarzy dentystów** do współpracy. Zapewniamy nowoczesny sprzęt, rozbudowaną diagnostykę, doświadczonych lekarzy. Duże możliwości rozwoju. Szkolenia wewnętrzne i zewnętrzne. Tel. 696 233 028.

Ośrodek **Nasz Lekarz**, specjalizujący się w kompleksowym prowadzeniu **badaw klinicznych**, otworzył nową placówkę, zlokalizowaną w **Bydgoszczy**.

Realizujemy projekty badawcze od I do IV fazy wszystkich specjalności medycznych.

Lekarzy zainteresowanych współpracą zapraszamy do kontaktu!

dr hab. n. med. Sławomir Jeka
Dyrektor Ośrodka, Tel: +48 606 453 300



Nasz Lekarz
Klinika Wident
ul. Szubińska 93-95
85-312 Bydgoszcz

+48 (52) 321 59 16
bydgoszcz@naszlekarz.com.pl
www.naszlekarz.com.pl

Niezależność. TU I TERAZ.



mazda

MAZDA6

Dobrze decydować o własnym życiu na własną rękę. Podejmować śmiało, ale słuszne decyzje. Nie oglądając się na innych. Podążać swoją drogą. Rozumiemy to. W ten sposób zaprojektowaliśmy Mazdę 6. Kwestionując wszystkie schematy i sięgając poza szablony. Drapieżna sylwetka i luksusowe wnętrza jednocześnie? Tak. Ponieważ możesz sobie na to pozwolić.

NORDIC MOTOR Sp. z o.o.
www.mazda.bydgoszcz.pl

ul. Fordońska 307
85-766 Bydgoszcz

tel. 52 339 07 33

W zależności od wersji samochodu średnie zużycie paliwa oraz emisja CO2 wynoszą odpowiednio: od 4,2 do 6,4 l/100 km oraz od 108 do 150 g/km. Samochód jest wyposażony w układ klimatyzacji zawierający fluorowany gaz cieplarniany [HFC-134A] o współczynniku ocieplenia globalnego powyżej 150. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji znajdziesz na www.mazda.pl



Klasa A 180 – zużycie paliwa (średnio) – 5,6 l/100 km, emisja CO₂ (średnio) – 131 g/km.
Klasa C 200 – zużycie paliwa (średnio) – 5,6 l/100 km, emisja CO₂ (średnio) – 130 g/km.

Stwórz swój ideał. Teraz.

Sprawdź, ile możesz zyskać, wybierając pakiety wyposażenia. Teraz wybrane modele Mercedes-Benz są dostępne na wyjątkowo korzystnych warunkach.

Wybierz model idealny dla siebie, dopasuj pakiet wyposażenia i **zyskaj – 9000 PLN brutto** w przypadku Klasy A i **aż 10 996 PLN brutto** w przypadku Klasy C.

Więcej korzyści dla innych modeli na www.ofertyspecjalne.mercedes-benz.pl

Bydgoszcz, ul. Nowotoruńska 27
Toruń, ul. Szosa Chełmińska 214
tel. +48 600 400 900
www.frelik.mercedes-benz.pl

Mercedes-Benz
Auto Frelik

Autoryzowany dealer
Mercedes-Benz

