



# MEDIUM

GAZETA DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

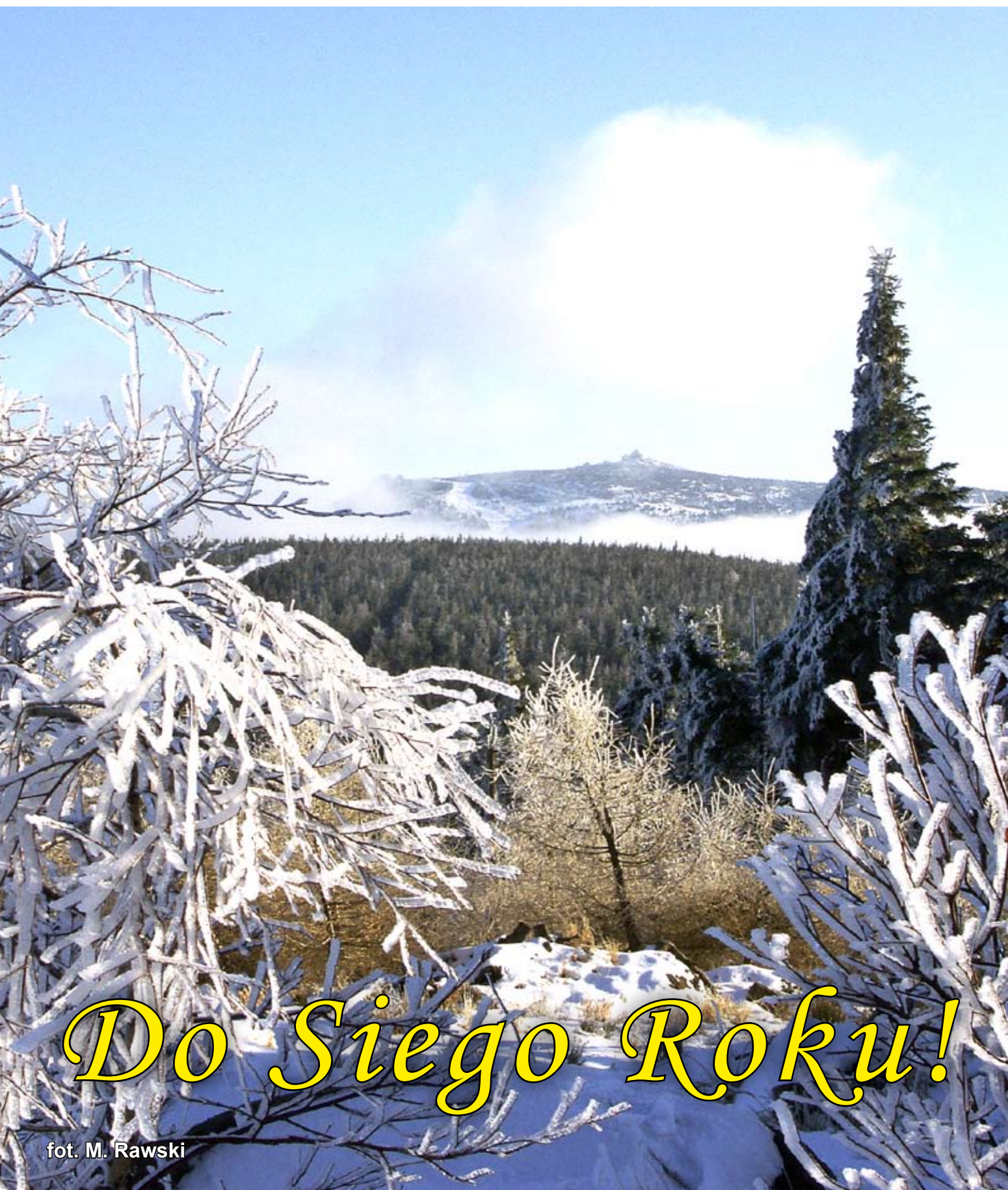
WWW.DILNET.WROC.PL

Nr 1 (246)

STYCZEŃ 2011

ISSN 1425-9397

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY



*Do Siego Roku!*

fot. M. Rawski



Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej  
Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej AM we Wrocławiu  
Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM we Wrocławiu  
zapraszają na konferencję naukowo-szkoleniową

## Problemy transplantologii

która odbędzie się 29 stycznia 2011 r. (sobota) w siedzibie DIL, ul. Matejki 6

Sesja I: przewodniczący – prof. dr hab. n. med. Andrzej Kúblar

9.00-9.15 Powitanie gości i uczestników konferencji – dr Krystyna Kochman – przewodnicząca Komisji Kształcenia DRL, dr n. med. Igor Chęciński – prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

9.15-10.00 Problem śmierci mózgu w kontekście intensywnej terapii i transplantologii – prof. dr hab. Andrzej Kúblar, I Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Akademii Medycznej we Wrocławiu

10.00-10.45 Koncepcja śmierci mózgu – dr n. med. Waldemar Iwańczuk

10.45-11.15 Zasady i praktyka orzekania śmierci mózgu – dr n. med. Waldemar Iwańczuk, anestezjolog, szpital w Kaliszu, autor książki „Śmierć mózgu”

11.15-11.45 Kwalifikacja biorców do transplantacji nerek oraz zagadnienia przeszczepiania od dawców żywych – prof. Maria Boratyńska

11.45-12.00 Przerwa na kawę

Sesja II: przewodniczący – prof. dr hab. n. med. Dariusz Patrzałek

12.00-12.20 Kwalifikacja pacjentów do przeszczepiania wątroby – dr n. med. Katarzyna Rotter, Katedra Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych

12.20-12.40 Kwalifikacja biorców do przeszczepu kończyny górnej – prof. Jerzy Jabłecki

12.40-13.00 Kwalifikacja dawców w stanie śmierci mózgu

– prof. dr hab. n. med. Dariusz Patrzałek

13.00-13.20 Możliwości pobrania od dawców po zatrzymaniu krążenia

– dr Paweł Chudoba, Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

13.20-13.50 Wyniki transplantacji narządów unaczynionych w Polsce

– prof. Maria Boratyńska, dr n. med. Dorota Kamińska, Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

13.50-14.10 Aspekty prawne związane z transplantacją narządów

– prof. dr hab. n. med. Dariusz Patrzałek

14.10-14.40 Dyskusja

14.40-15.10 Uroczysty koktajl

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu są proszone o zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL.

Zgłoszenia przyjmuje Joanna Żak:

telefon (71) 798 80 81, fax (71) 798 80 51, e-mail: komisja.kształcenia@dilnet.wroc.pl

**Adres internetowy  
redakcji – e-mail:  
redakcja@dilnet.wroc.pl**

### Terminy dyżurów

Prezes DRL

**Igor Chęciński**

przyjmuje codziennie poza dniami wyjazdów  
służbowych (info sekr.: 71 798 80 50)

Wiceprezes DRL

**Andrzej Wojnar**  
pon.-czw., 12.15-16.15

Wiceprezes DRL

**Paweł L. Wróblewski**  
wt., 14.00-15.00

Wiceprezes DRL

**Bożena Kaniak**

czw., 15.15-16.00

Wiceprezes DRL

**Alicja Marczyk-Felba**

czw., 12.05-13.40

Sekretarz DRL

**Jaec Chodorski**

pon., wt., czw., pt., 14.00-15.00

Skarbnik

**Małgorzata Niemiec**

wt., czw., 15.00-16.00

Przewodniczący Komisji Rewizyjnej

**Piotr Laska**

3. czwartek miesiąca  
12.00-13.00

Delegatura wrocławska:

Przewodnicząca

**Krystyna Kochman**

3. środa miesiąca

14.00-15.30

telefonicznie: 608 07 69 53

Delegatura Jelenia Góra:

wiceprezes **Barbara Polek**

wt., 10.00-11.00 (I i IV)

Delegatura Legnica:

wiceprezes **Ryszard Kępa**

wt., 15.00-16.00

Delegatura Wałbrzych:

wiceprezes **Dorota Radziszewska**

śr., 15.00-16.00

Delegatura Lubin:

**Violetta Duży**, pełnomocnik

ds. stażu, 1. wtorek miesiąca

14.00-15.00

vduzy@poczta.onet.pl

Przewodniczący Okręgowego Sądu

Lekarskiego

**Jan Spodzieja**

czw., 13.00-14.00

Okręgowy Rzecznik

Odpowiedzialności Zawodowej

**Adam Młynarczewski**

czw., 9.00-10.00

### BAL LEKARZA 2011

Nasza inicjatywa zorganizowania Balu Lekarza spotkała się w czasie poprzedniego karnawału z dużym odzewem.

W pierwszym balu, który zebrał pochlebne recenzje, udział wzięło ponad 150 osób.

**DOLNOŚLĄSKA RADA LEKARSKA ZAPRASZA  
na DRUGI BAL LEKARZA,**

**który odbędzie się 22/23 stycznia 2011 w hotelu  
Radisson Blu przy ul. Purkiniego 10 we Wrocławiu.**



Gwarantujemy – dobrą zabawę do białego rana przy muzyce live, urozmaicone menu, open bar oraz niepowtarzalną atmosferę.

O udziale decyduje kolejność zgłoszeń wraz z wniesieniem wpłaty: 200 zł od osoby – lekarze, 100 zł od osoby – lekarze emeryci, 200 zł – osoby towarzyszące (nie będące lekarzami) na konto:

**26 2030 0045 1110 0000 0035 6500 BGŻ S.A. O/ Wrocław**  
z dopiskiem „2 BAL LEKARZA”.

Zgłoszenia potwierdzone wpłatą przyjmuje **do 8 stycznia 2011 r.**  
sekretariat DIL, telefon 71 798 80 50, dil@dilnet.wroc.pl

**Ostatnie miejsca!**



### BEZPRZEWODOWY INTERNET

Jest nam niezmiernie miło zakomunikować, że 14 grudnia 2010 na terenie naszej Izby uruchomiliśmy bezprzewodowy Internet (WiFi). Jest to kolejny krok na drodze do dalszej modernizacji naszego budynku. **Zapraszamy!**

Katolickie Radio Rodzina organizuje 22-23 stycznia (sobota, niedziela) 2011 roku dwudniową pielgrzymkę do Fatimy połączoną ze zwiedzaniem Lizbony. Przelot bezpośredni z Wrocławia samolotem czarterowym PLL LOT. Nocleg w Fatimie oraz wyżywienie. Cena: 1150 zł i 50 euro. Tel. 71 343 44 41, 71 327 11 97, www.radiorodzina.pl

Okładka: Szrenica, widok z Babińca

## Spis treści

Na cito: Dwie rewolucje	3
Nikłe zainteresowanie ochroną zdrowia	4
Kontraktowe świadczenia O kontraktach szpitalnych	4 5
Wywiad Medium: prof. Chybicka	6
Jestem spokojny o rozwój kliniczny	8
Robot da Vinci	9
Najnowocześniejszy robot chirurgiczny	11
Nasi stomatolodzy	12
Największe pożyczki	13
Prawo na co dzień	14
Konferencja okulistyczna	15
Integralność stomatologii i medycyny	16
Mistrzowie wrocławskiej medycyny	17
Fotoreportaż Medium	18
Z wałbrzyskiej delegatury	20
X Kongres Europejskiej Rady Resuscytacji	22
Literatura i medycyna	25
Spotkajmy się	27
Pro memoria	28
Wspomnienia	29
Silva Rerum, Zapiski emeryta, Pomruk salonów	30
Uchwały DRL	31
Kursy	32
Ogłoszenia	34
Oni będą bronić praw lekarzy	36

### Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska

50-333 Wrocław, ul. Matejki 6,  
tel. 798 80 50, fax 798 80 51, redakcja: 798 80 80  
e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl

Konto BGŻ S.A. O/Wrocław

26-2030-0045-1110-0000-0035-6500

Józef Lula – p.o. redaktor naczelny

Janusz Boguszewicz – sekretarz redakcji

Zdzisława Michalska – korekta

Wiktor Wołodkiewicz

– opracowanie graficzne, skład i łamanie

**Kolegium Redakcyjne:**

Andrzej Wojnar – przewodniczący

Barbara Bruziewicz-Miklaszewska,

Igor Chęciński, Jacek Chodorski,

Andrzej Kierzek, Jakub Trnka,

Krzysztof Wronecki, Paweł Wróblewski

Redakcja nie odpowiada za treść

ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów

niezamówionych, zastrzega sobie prawo do

skracania i adiustacji tekstów, opracowania

redakcyjnego oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 17 grudnia 2010 r.

Druk: ORTIS S.A.

ul. Wojska Polskiego 1, 85-171 Bydgoszcz

e-mail: ortis@ortis.com.pl

tel. +48 (52) 58 20 749, fax +48 (52) 58 20 801

## Na cito

### DWIE REWOLUCJE

#### NIETYKUCZONE



Witam Koleżanki i Kolegów w Nowym 2011 Roku.

Zasiadam do pisania noworocznego felietonu jeszcze na dobre kilka dni przed 1 stycznia zdopingowany terminem, jaki wyznaczył mi pełniący obowiązki redaktora naczelnego Medium dr Józef Lula. Za kilka miesięcy gazetę będzie wydawał nowy redaktor. Niewykluczone, że w trybie outsourcingu. Taki pomysł rozważamy, ponieważ eksperyment taki ma miejsce w Gazecie Lekarskiej i patrząc na jego owoce (patrz numer grudniowy 2010), wydaje się, że jest udany. Uspokajam wszystkich lekarzy, że nawet jeśli zdecydujemy się na outsourcing gazety, to nadal władze Izby i czytelnicy będą mieli decydujący wpływ na publikowane treści. W rękach profesjonalistów spoczęłyby tzw. warsztatowe zadania typu: zapewnienie profesjonalnej bazy, tj. komputery, druk, zakup papieru, programy graficzne, layout, korekta, czy profesjonalne fotografie. Oczywiście jest, że w budynku Izby pozostałaby zreformowana redakcja z izbowym naczelnym, współpracująca z firmą zewnętrzną, której mózgiem byłby outsourcingowy redaktor-profesjonalista.

Kolejny temat, który chcę poruszyć, to pomysł drugiej rewolucji (pierwszą byłby ewentualny outsourcing Medium), jakim jest propozycja organizowania zjazdów naszej Izby corocznie nie tylko we Wrocławiu, ale kolejno w stolicach delegatur. Zaproponowałem, co zaaprobowało grudniowe Prezydium, a mam nadzieję że poprzez grudniową Radę, aby zjazd zaplanowany na 19 marca 2011 odbył się w Legnicy, którą to delegaturą dowodzi świeżo upieczony przewodniczący Rady Miasta dr Ryszard Kępa. Moja propozycja legnickiego zjazdu została bardzo ciepło przyjęta przez wiceprezesa Kępę i wszystko wskazuje, że spotkamy się 19 marca w legnickim hotelu Qubus.

Uspokajam, że taka zmiana nie wpłynie znacząco na koszty zjazdu (aby zmniejszyć koszty dojazdu lekarzy z delegatury wrocławskiej wynajmiemy autokary). Wierzę, że taka propozycja jest dobrym pomysłem i zostanie dobrze przyjęta przez Koleżanki i Kolegów z tzw. terenu, którzy czasami narzekają, że główne „venty” toczą się w stolicy Dolnego Śląska, omijając delegatury.

Teraz sprawy miłe. Na zaproszenie prezesa Jacka Kozakiewicza gościliśmy w Katowicach na uroczystościach jubileuszu 75-lecia istnienia samorządu śląskiego. Z tej okazji skierowałem na Jego ręce list gratulacyjny. Prezes Kozakiewicz w odpowiedzi napisał: „*Jest mi niezmiernie miło, że w swoim liście Pan Prezes nazwał więzi nas łączące mianem przyjaźni. To dla nas wielki zaszczyt mieć w gronie przyjaciół osoby nadające kształt i reprezentujące cieszącą się wielkim autorytetem – Dolnośląską Izbę Lekarską*”.

Styczeń to czas karnawału. Przypominam, że 22 stycznia spotykamy się na II Balu Lekarza w gościnnych salach hotelu Radisson Blu we Wrocławiu przy ulicy Purkiniego, tuż obok Panoramy Raclawickiej. Wierzę, że drugi Bal Lekarza będzie udany, co najmniej tak jak pierwszy.

*Igor Chęciński*

Szanowni Państwo!

Dolnośląska Rada Lekarska powierzyła mi zadanie wydania tego numeru Medium, może i następnego, do czasu powstania nowej Redakcji. Trwa dyskusja nad jej kształtem: czy ma to być „firma zewnętrzna”, czy też kontynuacja „po liftingu” istniejącego systemu organizacyjnego. Dla mnie najważniejsze jest, co nowe Medium będzie oferowało naszym Czytelnikom. Zdaję sobie sprawę, że część członków naszego samorządu, obrażona, że musi do niego należeć – delikatnie mówiąc – niechętnie czyta nasze pismo. Moim zdaniem przekonać niezadowolonych można tylko dobrą ofertą. Aby ona powstała potrzebne jest nowe otwarcie – zbudowanie nowej strategii informacyjnej Izby, opartej na potrzebach naszych członków i wsparciu fachowców. W budowaniu wizerunku dolnośląskiego lekarza musimy uczestniczyć wszyscy.

Serdecznie zapraszam do współpracy.



Józef Lula p.o. redaktora naczelnego  
e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl



# Nikłe zainteresowanie dolnośląskich parlamentarzystów ochroną zdrowia

Igor Chęciński – prezes DRL

30 listopada 2010 w sali konferencyjnej DIL przy ul. Matejki czekaliśmy na posłów i senatorów ziemi dolnośląskiej, którym, zgodnie z zaleceniem Naczelnej Rady Lekarskiej i Konwentu Prezesów chcieliśmy przedstawić opinie środowiska lekarskiego na temat tzw. rządowego pakietu ustaw zdrowotnych. Na spotkanie przybyła poza dziennikarzami prasowymi i ekipą telewizji Odra, dyrektor Wydziału Zdrowia Miasta Wrocławia Anna Szarycz. Wcześniej jedynymi, którzy spotkali się z prezesem DRL byli: se-

nator RP Leon Kieres (zaprosił prezesa do swojego biura) oraz dyr. Jarosław Maroszek z Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego.

Żaden z posłów i senatorów, mimo licznych propozycji wskazania przez nich dogodnego dla nich terminu i miejsca, nie zaszczycił swoją obecnością lekarzy zgromadzonych na tym spotkaniu. Okazja wsłuchania się w głos środowiska medycznego po raz kolejny nie została przez naszych „wybrańców” wykorzystana.



foto. jbog

Niezwykłe ciekawego wystąpienia dr Krystyny Kochman wysłuchały tylko puste krzesła.

## Kontraktowe świadczenia z NFZ na rok 2011

Jacek Krajewski – prezes Federacji Porozumienia Zielonogórskiego prezes Dolnośląskiego Związku Lekarzy Pracodawców

Zarządzenie 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna na 2011 r. już w swoim tytule zawiera nieprawidłowość tak charakterystyczną dla wszelkich regulacji produkowanych przez tego monopolistę. W żadnym z aktów prawnych przytoczonych jako podstawa do zredagowania tego dokumentu, nie uprawnia się prezesa do określania warunków realizacji umów. Są tam wyłącznie prerogatywy do ich zawierania. Dalej jest już tylko gorzej. Z wielu uwag, jakie zostały zgłoszone przez Federację Porozumienia Zielonogórskie zostało uwzględnionych jedynie kilka zaproponowanych przez PZ zapisów, m.in. dotyczących potwierdzenia odbycia porady, wizyty lub świadczenia, zabiegu, badania diagnostycznego czy transportu, możliwości wykonania nadruku na zleceniu lekarza do pielęgniarki i możliwości uniknięcia takiego zlecenia w przypadku populacji świadczeniobiorców zadeklarowanych jednocześnie do lekarza POZ i pielęgniarki POZ. Częściowo uwzględniono także wniosek PZ w sprawie kwalifikacji świadczeniobiorców do grup ze stawką korygowaną odpowiednim współczynnikiem dla świadczeniodawców realizujących umowy w poprzednim okresie rozliczeniowym. Wszystkie one nie wpływają na generalnie zły odbiór Zarządzenia przez środowisko i całkowite odrzucenie jego zapisów. Dokument ten musi ulec zmianie z kilku fundamentalnych dla normalnego funkcjonowania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej powodów.

**Po pierwsze.** Zapisy dotyczące dostępności do świadczeń. Zarządzenie określa ją co najmniej w kilku płaszczyznach. Na przykład pozostawia się zapis, który odda-

je możliwości rozwiązania sytuacji, kiedy świadczeniodawca posiada listę aktywną powyżej 2750 pacjentów na obszarze, gdzie występują braki kadrowe i nie można znaleźć personelu dla zadośćuczynienia temu przepisowi wyłącznie w rękach dyrektora Oddziału NFZ. Ograniczeniem w tym zakresie musi być wyłącznie zapewnienie świadczeń lub nie. Z kolei w innych paragrafach określono zasady dostępności do świadczeń m.in. lekarza, do którego deklarują się pacjenci „dzienna dostępność do świadczeń lekarza przyjmującego deklaracje wyboru świadczeniobiorców zgodna jest z harmonogramem pracy świadczeniodawcy”. Czytając literalnie ten zapis należy wyciągnąć wniosek, że taki doktor powinien pracować 50 godzin, a gdzie kodeks pracy, gdzie Konstytucja RP? Jest to także niezgodne z intencją Rozporządzenia MZ z dnia 22 października 2010 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz z regulacjami Unii Europejskiej w tym zakresie. Harmonogram świadczeniodawcy (przychodni, praktyki lekarskiej) określa dostępność do wszystkich rodzajów udzielanych świadczeń w różnych dniach i godzinach, a nie jest „łańcuchem” przykuwającym lekarza i pielęgniarkę zbierających deklaracje do firmy codziennie od 8.00 do 18.00 od poniedziałku do piątku.

**Po drugie.** Cały mijający rok w różnych województwach występowały problemy związane z weryfikacją świadczeń. Zapisy omawianego projektu Zarządzenia stwarzają niebezpieczną możliwość weryfikowania świadczeń w różnych płaszczyznach określanych wyłącznie jednostronnie przez NFZ tzw. Regułami weryfikacji. NFZ w 2010 r. wielokrotnie używał tych reguł do nękania świadczeniodawców Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej,

a także POZ. Zaproponowana przez Fundusz zasada weryfikowania udzielonych świadczeń stwarza sytuację braku poczucia stabilizacji kondycji firm POZ oraz daje płatnikowi nieograniczone możliwości dorzucania pracy świadczeniodawcom (np. przy korygowaniu świadczeń) oraz obcinania przychodów firm, co rodzi także określone skutki podatkowe.

**Po trzecie.** Całe nasze rozliczanie się z Funduszem następuje drogą komunikacji internetowej. My sprawozdajemy raz w miesiącu aktualną listę aktywną pacjentów i raportujemy wykonane świadczenia, a Fundusz nam za to płaci. Nie mamy wpływu na sposób przekazywania tych wszystkich danych. Wykonujemy, co nam każą i tyle. W sytuacji ciągłej zmiany komunikatów informatycznych (XML i innych typów komunikatów) świadczeniodawca nie ma orientacji w całej technologii informatycznej związanej z wymianą danych. Może zatem popełnić błąd lub nie sprawozdawać właściwych danych co spowoduje u niego skutki prawne lub finansowe. Taka sytuacja prowokuje pełne uzależnienie świadczeniodawcy od służb informatycznych NFZ i konieczność stałej obsługi informatycznej firm, co podwyższa koszty działania POZ. Zmiany komunikatów informatycznych muszą być zagwarantowane zmianą zapisów umowy – aneksem w przeciwnym razie ich korekta musi następować nie częściej niż raz do roku w okresie kontraktowania świadczeń. Analogiczna sytuacja ma miejsce w przypadku monopolu NFZ na udostępnianie Portalu wymiany danych (Portal świadczeniodawcy) – konieczna jest kontrola działania takiego portalu przez ekspertów Reprezentatywnych Organizacji Świadczeniodawców w tym Porozumienia Zielonogórskiego.

**Po czwarte.** Wzrasta ilość obowiązków sprawozdawczych. Zwiększa się liczba świadczeń sprawozdawanych jednostkowo, czyli każde świadczenie z osobna, a nie jak do tej pory zbiorczo. Poza tym nakazuje się nam sprawozdawanie miejsca udzielania świadczeń przy przypisaniu deklaracji nie tylko do określonego personelu (lek. piel. pol.), ale także od konkretnej jednostki organizacyjnej, co rodzi problemy związane z rozliczaniem świadczeń jednostkowych (ICD 10) pomiędzy różnymi komórkami organizacyjnymi (np. gabinetem lekarskim czy pielęgniarskim lub filią) u jednego świadczeniodawcy. Pojawia się także problem przypisania do konkretnej osoby personelu konkretnej komórki, ponieważ obecnie system informatyczny przypisuje te komórki na chybił

trafił. Rodzi to problem przesłania nieprawidłowych danych, a w przyszłości przy ich weryfikacji – odrzucania takich danych pomimo udzielanych świadczeń. Nie bez znaczenia pozostaje przyrost pracy związany z nawałem nowej sprawozdawczości przy świadczeniach jednostkowych (bilanse, szczepienia itd.). I to wszystko w sytuacji, kiedy prezes NFZ proponuje finansowanie świadczeń lekarza na poziomie roku 2008. Nie bierze się pod uwagę nowych obowiązków i uciążliwości, o których wspominałem wcześniej. Firmy kontraktujące podstawową opiekę zdrowotną stają się coraz mniej rentowne, a odpływ kadry lekarskiej z tego segmentu systemu widoczny jest gołym okiem. Brak dopływu młodych lekarzy. Na specjalizację z medycyny rodzinnej brak chętnych!

**Po piąte.** Po raz kolejny niedookreślona jest definicja deklaracji wyboru. Zapisana w sposób zaproponowany przez Fundusz pozostawia całe spektrum możliwości kolejnych ich kontroli deklaracji i podważania ważności, a co za tym idzie strat finansowych dla świadczeniodawcy.

Porozumienie Zielonogórskie zgłosiło kilkadziesiąt uwag do omawianego Zarządzenia. Wymieniłem powyżej tylko kilka podstawowych zastrzeżeń wpływających w sposób zasadniczy na funkcjonowanie naszych firm. W przedstawionym kształcie dokument ten jest nie do zaakceptowania i stał się przyczyną poważnego konfliktu pomiędzy pracodawcami zrzeszonymi w federacji a Centralą Narodowego Funduszu Zdrowia.

## O kontraktach szpitalnych w 2011 roku – raport obserwatora Rady Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Jacek Chodorski – sekretarz DRL

**T**radycyjnie już w roli obserwatora z ramienia Dolnośląskiej Izby Lekarskiej uczestniczyłem 30.11.2010 r. w posiedzeniu Rady Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Członkowie Rady wysłuchali szczegółowej informacji na temat kontraktowania świadczeń na rok 2011. Oddział rozpoczął proces kontraktowania już w połowie września 2010 r. Równolegle rozpoczęły się negocjacje ze świadczeniodawcami dotyczące uzgodnień liczby, ceny świadczeń, wartości kontraktów w zakresach objętych umowami wieloletnimi z okresem obowiązywania 2009-2011. Oczywiście w przypadku braku rozstrzygnięć ogłaszane będą postępowania uzupełniające. Za całość kontraktowania odpowiedzialny jest Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Z informacji jakie uzyskali członkowie Rady wynika, że na dzień posiedzenia Rady 3 podmioty szpitalne nie podpisały kontraktów na rok 2011.

Tu właściwie należałoby zastrzec, że słowo „negocjacje” chyba należy traktować jednak dość umownie. Wiemy, że cena za pkt nie zmienia się w 2011 r. i wynosi nadal 51 zł, że poszczególne procedury medyczne są wycenione podobnie, że ilość środków finansowych w planie finansowym Oddziału na rok 2011 jest właściwie podobna, że... itd. „Negocjacje” w przypadku tzw. umów wieloletnich właściwie ograniczają się do zaakceptowania proponowanych przez NFZ stawek za punkt. Dochodzą jednak kolejne wymagania, które powodują o odrzuceniu ofert. Ale jak to wszystko wygląda w liczbach?

Ogłoszono 119 postępowań. Wpłynęło 221 ofert. Odrzucono 40 ofert głównie z powodu niespełniania wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego. O co chodzi? Na przykład w wymogach leczenia psychiatrycznego poja-

wił się zapis o konieczności zatrudnienia w oddziale psychiatrycznym psychoterapeuty. I dalej: unieważniono 20 postępowań. Odwołano 9 postępowań z powodu zmiany interpretacji zapisów w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie równoważników etatów pielęgniarskich w zakresie neonatologia – hospitalizacja i neonatologia – hospitalizacja II i III poziomu referencyjnego. Mając na uwadze, że Dolny Śląsk w Polsce należy do województw o bardzo wysokim współczynniku umieralności noworodków, nie jest to dobry sygnał na poprawę sytuacji. Wygląda na to, że już nie tylko kłopoty z brakiem lekarzy specjalistów neonatologów są jedną z przyczyn takiej sytuacji. Zresztą problemy z pielęgniarkami spowodowały, że 15 ofert pozostawiono bez rozpoznania, co dotyczyło już nie tylko zakresu neonatologii, ale także położnictwa i ginekologii oraz anesteziologii.

Należy podkreślić, że wśród dyrektorów szpitali nie ma żadnego zadowolenia z kontraktów na rok 2011. Panuje ogólnie zgodna opinia, że jest źle i będzie gorzej. Pesymizm pogłębiają jeszcze doświadczenia z otrzymaniem należnych środków od NFZ za nadwykonania za 2009 r. Trudna sytuacja jeszcze bardziej dotknęła niepubliczne placówki, które otrzymały zdecydowanie gorsze kontrakty w porównaniu z 2010 r. Powód: w porównaniu z rokiem 2010 do konkursu ofert stanęło o 1/3 więcej podmiotów zainteresowanych głównie najlepiej opłacanymi świadczeniami zdrowotnymi przede wszystkim z zakresu endoskopii. Innymi słowy jest więcej chętnych do podziału takiej samej puli pieniędzy. A zgodnie z przepisami każdy podmiot „nowy” czy „stary” musi być traktowany na równych prawach.

Co nam przyniesie 2011 r.? Tego właściwie do końca nie wiemy... Aha... są wybory parlamentarne, może już na wiosnę 2011 r.

więc na pewno obietnic, że będzie lepiej w ochronie zdrowia, nie zabraknie.

I może jeszcze kilka słów na temat kontroli zewnętrznych, jakie były lub są obecnie przeprowadzane w Oddziale NFZ. Zakres tych kontroli jest różnorodny i prowadzony przez różne podmioty. Na przykład Centrala NFZ: kontroli poddano prowadzenie procedur importu docelowego w roku 2009 – Oddział postępuje zgodnie z procedurami; działania Oddziału dotyczące prowadzenia weryfikacji danych przekazywanych przez świadczeniodawców realizujących umowy w latach 2009-2010 (I półrocze) – brak zastrzeżeń do działań Oddziału; w toku jest kontrola efektywności ekonomicznej i prawidłowości prowadzonych postępowań kontrolnych u świadczeniodawców przez Wydział Gospodarki Lekami DOW NFZ i stosowanie zasad przestrzegania ochrony informacji niejawnych i ochrony danych osobowych. Na zlecenie Ministerstwa Zdrowia prowadzono kontrole w zakresie udzielania zgody na finansowanie świadczeń w ramach procedury „świadczenia za zgodą płatnika” i „rozliczanie za zgodą płatnika” oraz chemioterapia niestandardowa w okresie 1.01.2009 r.- 30.06.2010 r. – nie stwierdzono nieprawidłowości. I wreszcie kontrole prowadzone przez NIK: finansowanie systemu przeszczepiania narządów przez DOW NFZ we Wrocławiu w latach 2007 -2010 (do 31.08.2010 r.) – zalecenia: 1. rozliczenie tzw. nadwykoniań; 2. rozliczenie 37 przeszczepów w ASzK wg nowej wyceny i 3. ujęcie w planie kontroli transplantologii; finansowanie ze środków NFZ świadczeń medycznych z zakresu ginekologii i położnictwa w szczególności zabiegów histeroskopii dokonywanych w latach 2006-2009 – kontrolujący przekazał protokół kontroli z dnia 22.10.2010 r., do którego Oddział nie wniósł uwag.



# Nie robię nic wielkiego...

Z prof. Alicją Chybicką rozmawiała Magdalena Orlicz

*Spotykamy się kilka dni po wręczeniu pani kolejnej nagrody, tym razem to nagroda Marszałka Województwa za działalność na rzecz Dolnego Śląska. W ubiegłym roku została pani wybrana w plebiscycie Twojego Stylu Kobieta Roku 2008, w międzyczasie było kilka innych wyróżnień...*

Naprawdę nic wielkiego nie robię. Zawsze, kiedy ktoś daje mi nagrodę, bardzo się dziwię. Uważam, że nie zasługuję na nie. Nie robię nic szczególnego, wykonuję tylko swoją pracę. Jak trzeba pojechać po pieniądzu, nie waham się i proszę wszystkich, aby znalazły się finanse i nie ustępuję. Nie może być tak, że państwo publicznie mówi, że ma pieniądze, a ja mam powiedzieć rodzicom, że dziecko umiera z braku finansów.

*Mówią o pani „żelazna Alicja o gołęmbym sercu”. Jak się ma żelazna postać do pani drobnej, młodzieńczej sylwetki?*

To kwestia podejścia do wielu spraw a nie postury. Nie ma znaczenia czy ktoś jest wielki wzrostem i tuszą, czy też ma 160 cm wzrostu i waży 50 kg. To upór w dążeniu do celu, czyli jak najlepsza pomoc dla dzieci z uwzględnieniem aktualnych dostępnych leków i metod.

Jestem nieugięta. Jeśli walczę to o to, aby dzieci trafiające do kliniki miały wszystko, czego potrzebują. Z żelazną konsekwencją realizuję zasadę, że dobro dziecka jest najważniejsze.

*Walka o zdrowie dzieci, leki i fundusze to praca dla menedżera. Jak go dzi pani bycie pediatrą, onkologiem, hematologiem z byciem szefową kliniki. Opieka medyczna nad małymi pacjentami z jednej strony a z drugiej walka o pieniądze.*

Od dłuższego czasu tęsknię za taką zwykłą pracą lekarza, za leczeniem. Tymczasem zajmuję się tonami papieru. Tak wygląda praca wszystkich kierowników klinik. Na wiele rzeczy potrzebna jest moja pisemna zgoda. Muszę podpisać pismo każdego lekarza. Nie wolno im zaordynować części leków, nie mogą zlecić części badań. Im młodszy lekarz tym bardziej jest „ubezwłasnowolniony”. To rzeka papierów, którą muszę „zrobić”, bo jeśli nie załatwię tego, dzieci wcale nie będą miały leków i zabiegów. Znajduję czas na leczenie, codziennie udzielam konsultacji i to najprzyjemniejsza część mojej pracy.

*Co klinika zyskała ostatnio? Najbliższe plany?*

Dostaliśmy od Jurka Owsiaaka aparat RTG, jeden z najnowocześniejszych na świecie, robiący cyfrowe zdjęcia, fantastyczny. Od niego mamy również nowy aparat USG. Nasza współpraca z Orkiestrą trwa od dawna i mamy mnóstwo sprzętu od nich. Wyposażyli też cały zakład opieki paliatywnej. Praktycznie tylko mury i my

personel jesteśmy poza darami. Co roku apeluję o pomoc. Przez ostatni rok działo się mnóstwo rzeczy, dzieci miały wiele przyjemności, była „biała ławeczka” obok Teatru Lalek. Dyrektor Skolimowski wymyślił ławeczkę, która znajduje się pomiędzy zielonymi krzewami, w zaciszu parku, gdzie co tydzień w niedzielę siada jeden z lekarzy i udziela konsultacji rodzicom i dzieciom. Ja byłam pierwsza. Nie są to badania, ale rozmowy, po których wiele dzieci trafiło do naszej kliniki, gdzie miały robioną diagnostykę i badania. Odbyła się też akcja fundacji „Mam marzenie”, gdzie badaliśmy dzie-

musiałam dokonywać wyboru: dzieci czy praca. Zaczęłam pracę w 1975 roku i praktycznie nie jeździłam nigdzie. Pierwszy raz udało mi się wyjechać w 1995 roku. Cieszę się, że moi młodszy koledzy mogą szkolić się za granicą. Kiedy opowiadałam im jak to było, kiedy trzeba było załatwiać noclegi dla nas gdzieś kątem na podłodze, bo nie było grosza żeby zamieszkać w hotelu, trudno im w to uwierzyć. Nie mieliśmy żadnych funduszy. Po prostu waletowaliśmy na wyjazdach, aby zdobyć wiedzę.

*Pamięta pani pierwsze dni swojej pracy, pierwszego pacjenta?*

Owszem, ale nie były niczym szczególnym. Na trzecim roku studiów dostałam propozycję od rektora indywidualnego toku kształcenia i poprosiłam wtedy znaną mi tylko z ćwiczeń z pediatrii, wówczas panią docent Janinę Bogusławską-Jaworską, aby była moim kierownikiem. Zgodziła się i od trzeciego roku studiów chodziłam do kliniki przy ul. Wrońskiego. Po prostu to, co zaczęłam podczas studiów, wtedy zostało usankcjonowane. Pamiętam natomiast śmierć mojego pierwszego pacjenta w roku 1976. To był chory, którego osobiście prowadziłam i pamiętam, że w święto wyjechałam z miasta. Dostałam telefon, że to chore dziecko umiera. Wsiadłam w samochód i pojechałam do kliniki i do dziś pamiętam tę śmierć. Kiedy zmarł byłam u jego rodziców, na jego grobie. Strasznie to przeżyłam. W ciągu wielu lat pracy odeszło tyle dzieci, ale tego chłopca będę zawsze pamiętać. Wszystkie dzie-

ci mam w sercu.

*Pani sukces i porażka życiowa. Czy miała pani chwile wątplenia?*

Życiowej porażki raczej nie miałam. To, co kładzie się cieniem, to śmierć kogoś bliskiego. Mam na biurku zdjęcie całej rodziny i z tego zdjęcia zostałam ja, mąż i moje dzieci. Z tego starszego pokolenia żyje tylko mój ojciec. Nie ma mojej mamy, babci, moich cioć, które bardzo mi pomagały. Jeśli pyta pani o sukces, to każde wyleczone dziecko jest dla mnie wielkim i niepowtarzalnym sukcesem, nie da się porównać z niczym innym. Natomiast zdobywanie doktoratów czy profesury traktuję jak przechodzenie z klasy do klasy wyżej w szkole. To było oczywiście dla mnie, że skoro po studiach rozpoczęłam pracę na wyższej uczelni to muszę zrobić doktorat, habilitację i być profesorem. Nigdy nie mam takiego poczucia, że zrobiłam wszystko i na pewno najlepiej.

*Czy Polacy dopuszczają myśl o chorobie nowotworowej lub śmierci?*

Polacy wcale nie dopuszczają do siebie myśli o takiej chorobie. Jeśli ktoś nie miał w rodzinie przypadku raka, uważa, że nigdy nie zachoruje. Stąd bierze się taka ciemnota onkologiczna. Często dzieci, które do nas trafiają, mają guzy monstrualnej wielkości,



fot. jbog

ci. 7 listopada została odprawiona msza za dzieci, które odeszły, a 18 grudnia odbyło się w Hali Stulecia spotkanie wyleczonych pacjentów. Wtedy też zorganizowaliśmy międzynarodowe sympozjum „Co nowego w onkologii i hematologii”. W onkologii jest wiele nowości, wchodzi nowe leki z terapii celowanej, nowe techniki diagnostyczne. Ważnym, wiodącym tematem z życia kliniki jest budowa nowej siedziby „Przylądek Dobrej Nadziei”. Zbieramy pieniądze na budowę, mamy przydzieloną ziemię, jesteśmy w trakcie przygotowywania papierów pod grant Unii Europejskiej. Nie omijają nas kłopoty finansowe. Ostatnia sprawa, gdzie fundusz nie zapłacił kilku milionów złotych dotyczy również nas.

*Stwierdziła pani, że doba jest za krótka, pochłania panią praca. Czy jest w tym wszystkim czas dla rodziny?*

To jest niewątpliwie kosztem rodziny. Mam trójkę dzieci, są już dorosłe. Dwoje ma ponad trzydzieści lat a „mały” kończy studia. Dzieci nigdy nie miały do mnie pretensji, że nie mam dla nich czasu, pewnie dlatego, że wspierała mnie rodzina, przede wszystkim mąż, ten sam od 34 lat. Moi rodzice włożyli wiele wysiłku w wychowanie dzieci, w to, aby były nakarmione, zadbane, zadowolone, dopieszczane, a to jest bardzo dużo. Nie

a kiedy już dziecko zachoruje to jest to jak grom z jasnego nieba dla każdej rodziny. Nikt nigdy się tego nie spodziewa i o tym nie myśli. Rodzice dzieci, które są u nas leczone, to ludzie z różnych warstw społecznych. Począwszy od marginesu społecznego, gdzie policja dowozi dzieci na zabiegi, poprzez ludzi przeciętnych, z dużych i małych miast, ze wsi, aż do bardzo bogatych, superwykształconych. Mamy też takich rodziców buszujących w Internecie, wszystkowiedzących. W takiej chorobie dziecko musi mieć wsparcie. Nie jest najważniejsze czy kupimy mu komputer, zabawki, ciuchy, motorynkę, tylko czy się z nim usiądzie i porozmawia. Nie jest dobrze, jeśli rodzica nigdy nie ma w domu, dziecko nie ma nawet, kiedy powiedzieć, że ma problem lub, że jest szczęśliwe. Dzieci są zdane na Internet. W chorobie rodzice zachowują się tak samo. Część z nich przyjmuje do wiadomości, że dzieciak jest chory, po czym wpada dalej w wir pracy.

**My lekceważymy profilaktykę zdrowotną, czy można to w jakiś sposób zmienić? Co robi pani dla własnego zdrowia?**

Można, a nawet trzeba zmienić. Najlepsza metoda to działanie poprzez media. Lepiej zapobiegać nawet jeśli to kosztuje niż potem cierpieć. Niestety, to nie dociera do nikogo. Jak dbam o swoje zdrowie? Nie robię niczego dodatkowo. Obowiązkowo raz w roku mamy badania. Nie poszłam w tym roku na mammografię, choć dostałam zaproszenie. Nie mam czasu. Kontroluję poziom cholesterolu i ciśnienia, mam dobre wyniki. Na ruch czy sport staram się znaleźć czas, bo bardzo lubię gimnastykę. Lubię też chodzić i jak mogę idę pieszo, ale na specjalne marsze brakuje już czasu. Dopóki ma się inne priorytety, zdrowie pozostaje w cieniu. Jedzenie może dla mnie nie istnieć. Mogę cały dzień nic nie jeść, jem, co popadnie, unikam tłustych potraw.

**Jakie są problemy onkologii, co panią boli jako lekarza i czy powinno się wprowadzić do programu nauczania profilaktykę i leczenie schorzeń, które są już**

**chorobami cywilizacyjnymi?**

Boli mnie przede wszystkim zbyt późne rozpoznanie nowotworów i słabe usprzętowanie onkologii. W tej klinice wszystko jest kupowane poza budżetówką. Tu przecież państwo nie włożyło ani złotówki. Jeśli mówimy o nauczaniu, powinno się uczyć etyki, której nie ma na studiach albo jest cząstkowa. Za mało jest też onkologii, program jest przestarzały.

**Dużo mówi się o złym stanie polskiej pediatrii. Niedawno spotkali się i obradowali pediatrzy z oddziału regionalnego PTP.**

Wiele lat temu nasza pediatria była wzorcowa dla wszystkich, wszyscy nam zazdrościli. Kiedy rodziło się dziecko, przychodziła do domu pielęgniarka środowiskowa, przychodził lekarz pediatra, badał dokładnie, dawał rady. Pamiętam, że kiedy byłam młodą lekarką dostawałam do domu kartki czy zaszczepiłam dziecko, czy byłam na badaniu kontrolnym.

Dziecko było raz w roku badane. Tymczasem my mamy u siebie album z największymi guzami onkologicznymi, które rosły „niezauważone”. Tak jest z różnych powodów. Dziecko może to ukrywać. Bywa, że lekarze źle diagnozują, dziecko zbyt późno trafia do onkologa. Bywa też, że lekarze specjaliści w pierwszym czy drugim kontakcie z dzieckiem przeoczą początkowe objawy nowotworów, co skutkuje ich późnym rozpoznaniem i co za tym idzie mamy większą liczbę śmiertelnych przypadków. Również lekarzy rodzinnych powinno się bardziej szkolić w onkologii, aby wyczuć ich na ten problem.

Na porządne badanie dziecka potrzeba 20 minut do pół godziny, a nawet godziny. Jeśli lekarz ma na to mniej czasu to nie jest w stanie tego zrobić dobrze i profesjonalnie. Może przeoczyć różne rzeczy, tak się zdarza. Każdy jest omylny. Powinno być tak jak u nas. Jeśli lekarz zleca cytostatyki to musi być podpis drugiego lekarza, który sprawdza czy jest dobra dawka i lek. Każdą procedurę powinno się tak rozpisać, żeby nie pozwolić popełnić błędu lekarzowi. Potrafimy teraz tak leczyć dzieci, żeby po chorobie nie pozostał ślad. Potrzebne są do

tego pieniądze, dobre procedury i programy europejskie. Trzeba iść za najlepszymi zachodnimi wzorcami. Trzeba przywrócić opiekę lekarską w szkołach. Trzeba unowocześnić kalendarz szczepień, aby był europejski a nie polski. Aby było więcej pediatrów należy do ustawy o świadczeniach zdrowotnych na pierwszą linię wpisać lekarza rodzinnego i pediatrę. Pediatrów jest za mało, zostali wycofani z pierwszej linii. Jest luka pokoleniowa. Aktualnie już rezydentury w pediatrii są lepiej płatne. Pediatrię ogłoszono jako deficytową dziedzinę w kraju. Rezydenci będą wykształceni za kilka lat. Tymczasem tylko 3% populacji dzieci jest zdrowa. Aktualnie sytuacja pediatrii w Polsce jest tragiczna. Średnia wieku pediatry to 58 lat. Pracuje wielu emerytów, którzy dawno powinni wyłącznie korzystać z życia. Pracują, bo muszą, nie ma się kto zająć populacją wieku rozwojowego. Ktoś niemądrze wymyślił wiele lat temu ustawę o wycofaniu pediatrów z pierwszej linii leczenia ponieważ ta specjalność nie jest nikomu potrzebna, bo liczba urodzeń spada. Pediatra powinien kochać dzieci, mieć dobrą komunikację z rodzicami, mieć dużo cierpliwości. Powinien, jak każdy lekarz być rzetelny, profesjonalnie badający dziecko, poświęcając odpowiednią ilość czasu, bo mały pacjent nie powie tak jak dorosły, co mu dolega.

**Prof. Alicja Chybicka**, pediatra, onkolog, hematolog dziecięcy, specjalista immunologii klinicznej, opieki paliatywnej, transplantolog, Kieruje Kliniką Onkologii i Hematologii Dziecięcej we Wrocławiu. Nieustannie rozwija ośrodek aby zapewnić jak najlepsze warunki chorym dzieciom. Klinika zwycięża w rankingach najlepszych szpitali. Jest prezesem Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, przewodniczącą Komisji Onkologii Wieków Rozwojowych PAN.

**16 listopada 2010 r.**

**zaginął Andrzej Chrupczak, lat 55**

– mąż dr Krystyny Chrupczak – członka Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu.



Rysopis:  
wzrost 176 cm, oczy piwne  
znaki szczególne: znamię barwnikowe na lewym policzku i okolicy kąta zewnętrznego prawego oka.

Od trzech tygodni nie ma wieści o ZAGINIONYM. Bardzo prosimy o każdą pomoc, o każdą nawet najdrobniejszą informację.

Jeśli wiesz coś o Jego losie, zadzwoń: 24h linia wsparcia  
0 801 24 70 70, (22) 654 70 70

Możesz pomóc rodzinie w odnalezieniu bliskiej osoby.  
Fundacja Itaka [www.zaginieni.pl](http://www.zaginieni.pl)

Paniom dr Bożenie Kaniak, dr Małgorzacie Niemiec i dr. Andrzejowi Wojnarowi serdeczne podziękowanie za życzliwość, pomoc i wsparcie składa

Halina Rybacka

Serdeczne podziękowanie dla dr. Marka Duszkiewicza, wielkiego ortopedy i niezwykłego człowieka, za bezinteresowną życzliwą koleżeńską pomoc, najwyższy profesjonalizm i anielską cierpliwość w prowadzeniu mojego leczenia składa  
lek. Ewa Wilejczyk

Panu dr. n. med. Mariuszowi Krawczykowi, wszystkim lekarzom, pielęgniarkom i pracownikom Oddziału Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej Akademickiego Szpitala Klinicznego przy ul. Borowskiej z całego serca dziękuję za opiekę nad moją Mamą – Stanisławą Jakubowską.  
córka Zdzisława Michalska



# Jestem spokojny o rozwój kliniczny i naukowy

Marian Klinger

W sierpniu 2010 r. zwróciliśmy się do prof. Mariana Klingera z prośbą o odpowiedź na kilka pytań związanych z jego dyscypliną – czyli nefrologią – oraz kierowaną przez niego Katedrą i Kliniką Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej. Poniżej zamieszczamy odpowiedzi z 13 listopada 2010 r.

Zaczną od krótkiego nawiązania do przeszłości. Dzisiejsza Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej ma swój początek w 1958 r., kiedy to pod kierunkiem profesora Zdzisława Wiktora rozpoczęła działalność pierwsza nie tylko w Polsce, ale i w Europie klinika, która w nazwie „Nefrologia” miała wpisana jako specjalność choroby nerek.

Trwałym znakiem pierwszej pionierskiej dekady było uruchomienie programu terapii nerkozastępczej, jeszcze wówczas właściwie na prawach eksperymentu klinicznego, pozwalającej za pomocą hemodializy („sztucznej nerki”) i dializy otrzewnowej ratować życie chorych dotkniętych odwracalnym ostrym uszkodzeniem nerek i całkowitym nieodwracalnym zniszczeniem nerek wskutek przewlekłej choroby. Na ten okres przypadły również pierwsze próby leczenia przeszczepieniem nerki. Podjął je, z inspiracji profesora Wiktora, wybitny chirurg profesor Wiktor Bross. W 1965 r. wykonano pierwsze nieudane przeszczepienie nerki pobranej od osoby zmarłej, a rok później, w marcu 1966 r., profesor Bross przeprowadził pierwsze w Polsce udane przeszczepienie nerki pobranej od żywego dawcy rodzinnego. Następcą profesora Wiktora został w 1970 r. profesor Zenon Szewczyk, który kierował Katedrą i Kliniką Nefrologii do 1998 r. Funkcję zastępcy szefa Katedry pełnił profesor Tomasz Szepietowski. Zainteresowania tych wybitnych postaci ukształtowały działalność kliniczną i naukową Katedry Nefrologii do chwili obecnej. W centrum uwagi profesora Szewczyka znajdowały się zagadnienia immunologiczne, problemy oceny stanu układu odpornościowego u chorych na kłębuszkowe zapalenia nerek i biorców przeszczepu nerki, zastosowania kliniczne leków immunosupresyjnych. Profesor Tomasz Szepietowski koncentrował się na problemach terapii nerkozastępczej, prowadzeniu programów hemodializy i dializy otrzewnowej, opiece nad biorcami przeszczepu nerki. Szczególną wagę przykładał jednak do problemów dostępu naczyniowego dla celów hemodializy.

Dzisiaj doskonale zespół Katedry, którym mam szczęście i przywilej kierować od 1998 r., rozwija problematykę wytyczoną przez obu profesorów w ujęciu dostosowanym do współczesnych wyzwań klinicznych i możliwości technologicznych. Warto pamiętać, że na świecie z terapii zastępczej czynność nerek korzysta 2,5 miliona chorych, w tym 2 miliony poddawanych jest dializoterapii, a 0,5 miliona żyje z przeszczepioną nerką. W Polsce na koniec 2007 r. (ostatnie ogłoszone dane) dzięki terapii nerkozastępczej żyło ponad 23500 osób,

z czego ponad 14 tysięcy leczono dializoterapią i blisko 9 tysięcy stanowili biorcy przeszczepu nerki. Rozwój transplantologii nerek, rosnąca liczba chorych z długotrwałe funkcjonującym przeszczepionym narządem sprawiły, że do nazwy Katedry i Kliniki został dodany w 2000 r. drugi człon i brzmi ona obecnie Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej. Powszechna dostępność leczenia nerkozastępczego dla każdego, kto potrzebuje tej terapii, niezależnie od wieku i obciążeń chorobowych, należy z pewnością do największych osiągnięć polskiej medycyny. Obecnie kluczowymi zadaniami współczesnej nefrologii jest zmniejszenie liczby osób wymagających leczenia nerkozastępczego poprzez poprawę efektów terapii kłębuszkowych



Z archiwum Autora

zapalen nerek, zapobieganie cukrzycowej chorobie nerek, zmniejszenie chorobowości i śmiertelności w programach dializoterapii, wydłużenie zdrowego życia z dobrze funkcjonującą przeszczepioną nerką dzięki indywidualizacji terapii immunosupresyjnej opartej na wskaźnikach odpowiedzi immunologicznej wobec przeszczepu. Na wszystkich tych polach zespół Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej ma osiągnięcia o międzynarodowej randze.

Pisząc ten tekst zajrzałem do bazy Medline Pubmed, która indeksuje wszystkie czasopisma o międzynarodowym zasięgu i tylko w ostatnich dwóch latach znalazłem 25 publikacji, których autorami są współpracownicy Katedry, w tym w tak prestiżowych czasopismach jak *Kidney International*, *Nephrology Dialysis Transplantation*, *Clinical Transplantation*, *Nephron Clinical Practice*, *Clinical Nephrology*, *Transplantation Proceedings*, *Journal of Renal Nutrition*. Świadectwem, że jesteśmy znani i doceniani jest umieszczenie Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej na liście europejskich ośrodków szkoleniowych, zalecanych przez Europejskie Towarzystwo Nefrologiczne jako miejsca staży klinicz-

nych i naukowych dla europejskich nefrologów. Podobną wymowę ma wybranie mnie w czerwcu 2010 r. podczas kongresu w Monachium na członka zarządu Europejskiego Towarzystwa Nefrologicznego (ERA/EDTA), kadencja 2010-2013. Osiągnięcia te są zasługą wysiłku całego zespołu. Dlatego chciałbym wymienić wszystkich, którzy tworzą dzisiejsze naukowe i kliniczne oblicze Katedry i Kliniki: profesorów – Marię Boratyńską, Wacława Weydę, Magdalenę Krajewską; doktorów: Hannę Augustyniak-Bartosik, Mirosława Banasika, Bogdana Dubińskiego, Ilonę Dziemianko, Krzysztofa Falkiewicza, Tomasza Gołębiowskiego, Dorotę Kamińską, Magdalenę Kuriatę-Kordek, Mariusza Kuształa, Waldemara Letachowicza, Jadwigę Listopad, Katarzynę Madziarską, Marię Magott-Procelewską, Oktawię Mazanowską, Barbarę Penar, Józefa Penara, Ewę Słowik-Czyż, Danutę Smolską, Grażynę Szymańską, Ewę Wątorrek, Sławomira Zmonarskiego, Małgorzatę Zynek-Litwin; rezydentów – Zofię Bednarz, Katarzynę Grzegorzycz, Aleksandrę Jakuszeko, Aleksandrę Karbowską, Krzysztofa Letachowicza, Jana Penara, Beatę Strempską, Macieja Szymczaka; zespół laboratorium – z Dominiką Drulis-Fajdasz, Wiesławą Gdowską, Wacławem Kopciem, Katarzyną Kościelską-Kasprzak, Małgorzatą Kraus, Marceliną Żabińską. Wysoki poziom działalności klinicznej nie byłby możliwy bez oddanych sprawom chorych, doskonale wyszkolonych pielęgniarek, kierowanych z wielkim poczuciem odpowiedzialności przez pielęgniarki oddziałowe mgr Joannę Mordzak i mgr Justynę Zachciał. Na tej liście zabrakło nazwiska profesora Jakuba Kuźniara, który odszedł od nas nagle 6 lipca br. Śp. Kuba był wzorem doskonałego lekarza i szlachetnego człowieka, dzięki któremu jesteśmy lepsi i o którym zawsze będziemy pamiętać.

Ważną częścią działalności Katedry uniwersyteckiej jest dydaktyka. Prowadzimy ją dla czterech wydziałów uczelni: Lekarskiego, Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego, Lekarsko-Stomatologicznego i Zdrowia Publicznego. Organizujemy także seminaria dla doktorantów.

Uczymy również w języku angielskim studentów English Division.

Jest to praca wymagająca dużego wysiłku. Odbywa się także w godzinach popołudniowych i w soboty. Niestety, działalnością dydaktyczną może zajmować się wyłącznie część zespołu zatrudniona na etatach nauczycieli akademickich.

Uważam, że podział na etaty nauczycieli akademickich i etaty szpitala klinicznego jest niczym nieuzasadnionym i wręcz szkodliwym anachronizmem. W uniwersyteckiej jednostce klinicznej – tak jak to się dzieje



w znanych mi krajach europejskich i w USA – lekarze powinni być zatrudnieni na jednym dobrze opłacanym etacie, uwzględniającym w odsetkowych częściach, zależnie od indywidualnych predyspozycji: serwis kliniczny, działalność dydaktyczną i naukową. Etaty szpitali klinicznych powinna być dwukrotnie wyższa w stosunku do szpitali specjalistycznych, uwzględniając, że lekarz-klinicysta może poświęcić serwisowi klinicznemu maksymalnie 50% czasu pracy, a pozostałą część dzieli między działalność dydaktyczną i naukową. Niestety, takie rozwiązania nie znalazły się w polu widzenia reformatorów ochrony zdrowia. Podkreślę tylko jeszcze rzecz oczywistą, że medycynie rzemiosła może nauczać wyłącznie ten, kto na co dzień uprawia je na wysokim poziomie, czyli dydaktyka kliniczna nie może być oderwana od serwisu klinicznego.

Najbliższa przyszłość Katedry i Kliniki

Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej to przenosiny do centrum Akademickiego Szpitala Klinicznego przy ul. Borowskiej. Mamy nadzieję, że znajdziemy się tam zgodnie z planem przed upływem połowy przyszłego roku. Istnieje bardzo głęboka przepaść między europejskim wymiarem działalności Katedry i Kliniki na wszystkich polach a okropnymi warunkami, w których się ona odbywa. Najbardziej cierpią chorzy, ponieważ warunki socjalne hospitalizacji są zgodne ze standardem początków ubiegłego stulecia.

O rozwój naukowy i kliniczny jestem spokojny, patrząc na młodych, bardzo utalentowanych współpracowników. Życzę jedynie im i sobie, żeby sytuacja w Akademii Medycznej jak najszybciej uległa uporządkowaniu, żeby Wydział Lekarski odzyskał pełnię akademickich uprawnień, a uczelnia stała się Uniwersytetem Medycznym, żeby wygasły niepotrzebne konflikty, a społecz-

ność akademicka potrafiła zdefiniować wspólny interes i skupić się wokół działań na rzecz dobra uczelni. Żeby nie ilustrowało przykładami z naszego środowiska słabości trapiących polską naukę, ale by pisało – choć czasem – o osiągnięciach. Jeśli uważacie Państwo, że wpadłem w ton baśniowy, to byłem pytany przez redakcję o marzenia. Mogę więc chyba śnić, że moja uczelnia będzie się rozwijać szczęśliwie.

**Prof. dr hab. med. Marian Klinger,** kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej Akademii Medycznej we Wrocławiu, profesor nauk medycznych, specjalista II stopnia w dziedzinach chorób wewnętrznych, nefrologii i transplantologii klinicznej, autor 171 publikacji w czasopiśmie krajowych i zagranicznych, promotor jedenastu rozpraw doktorskich.

## Proszę państwa, oto robot!

**Robot da Vinci to jeden z najbardziej zaawansowanych technologicznie medycznych systemów robotycznych na świecie, wspomagających operacje chirurgiczne. Charakteryzuje się niezwykłą precyzją, małą inwazyjnością, pionierskimi rozwiązaniami technologicznymi oraz intuicyjnym interfejsem.**

### Komponenty systemu da Vinci

#### Konsola chirurgiczna

Chirurg dokonujący operacji przy pomocy robota da Vinci posługuje się konsolą wyposażoną w monitor oraz ergonomiczne narzędzia sterujące. Podczas trwania operacji chirurg ma możliwość wygodnego siedzenia i obserwowania przebiegu operacji w obrazie trójwymiarowym przekazywanym przez kamery umieszczone w jednym z ramion robota. Główne narzędzia sterownicze są umieszczone w sposób ergonomiczny, tak aby lekarz mógł intuicyjnie i sprawnie nimi operować. System dokonuje konwersji ruchów dłoni, nadgarstka i kciuka chirurga w czasie rzeczywistym na precyzyjne ruchy instrumentów chirurgicznych umieszczonych w ramionach robota.

#### Platforma z ramionami po stronie pacjenta

Platforma ta jest wyposażona w 3 do 4 zrobotyzowane elektromechaniczne ramiona, spośród których 2-3 są wyposażone w narzędzia chirurgiczne, a 1 odpowiada za przekazywanie trójwymiarowego obrazu z wnętrza ciała operowanego człowieka. Dzięki niewielkim rozmiarom średnicowym ramion laparoskopowych możliwe jest operowanie przy minimalnym nacięciu ciała pacjenta (zaledwie 1 do 2 cm), a tym samym zminimalizowanie uszkodzenia tkanki.

Pierwsze dwa ramiona reprezentują prawą i lewą rękę chirurga. Umieszczone są w nich narzędzia EndoWrist. Trzecie ramię jest wyposażone w endoskop, pozwalające w prosty sposób operować polem widzenia (przesuwać, obracać, powiększać itd.) z poziomu konsoli chirurgicznej. Możliwość ta eliminuje konieczność wprowadzania do operacji asystenta, który w przypadku tradycyjnych operacji jest odpowiedzialny za podtrzymywanie kamery.

Opcjonalne czwarte ramię poszerza zdolności systemu poprzez umożliwienie chirurgowi wykorzystanie dodatkowych narzędzi EndoWrist zwiększających wydajność i możliwości robota.

#### Narzędzia EndoWrist

Pełny zestaw opatentowanych narzędzi EndoWrist służy do wspomagania pracy chirurga podczas operacji. Narzędzia te zostały zaprojektowane tak, aby mogły naśladować zręczność ludzkiej dłoni i nadgarstka – do tego potrzebne im jest aż 7 stopni swobody, dodatkowo potrafią zginać się pod kątem 90 stopni. Każde z narzędzi charakteryzuje się specyficznymi własnościami, takimi jak zaciskanie, zakładanie szwów oraz manipulacja tkankami. Specjalne dynamiczne dźwignie pozwalają przyspieszyć wymianę narzędzi podczas

trwania operacji. Narzędzia są sterowane przez chirurga z poziomu konsoli chirurgicznej – ruchy dłoni, nadgarstka i kciuka chirurga w czasie rzeczywistym są konwertowane na precyzyjne ruchy instrumentów chirurgicznych umieszczonych w ramionach robota. Układ jest wyposażony w system redukcji efektu drżenia rąk i kompensacji gwałtownych ruchów chirurga.

#### System wizyjny InSite

System wizyjny InSite jest wyposażony w wydajny endoskop dostarczający obraz trójwymiarowy o wysokiej wydajności oraz sprzęt przetwarzania obrazu. W efekcie generowany jest wyjątkowo realistyczny obraz z najbliższego otoczenia operacji chirurgicznej. Obraz ten jest specjalnie uwydatniany, polepszany i optymalizowany przy użyciu synchronizatorów, iluminatorów o wysokim wzmocnieniu oraz specjalnych narzędzi kontroli kamery.

Układ optyczny da Vinci zapewnia prawdziwy obraz 3D uzyskany dzięki zastosowaniu laparoskopu z dwoma oddzielnymi 5-mm teleskopami, przekazującymi zsynchronizowany w fazie obraz z trójchłopowych kamer do dwóch ekranów (cathode ray tube - CRT), a następnie do binokularów konsoli sterowania.

W związku z tym prawe oko chirurga postrzega obraz z prawej kamery, a lewe odpowiednio z lewej, dzięki czemu uzyskuje się efekt 3D.



## Cechy i zalety systemu da Vinci

Ogólnie zrobotyzowany system da Vinci zapewnia lepszą widoczność, zręczność, dokładność i kontrolę w porównaniu z tradycyjną chirurgią, przy jednoczesnej małej inwazyjności (robot potrzebuje zaledwie 1 do 2 cm nacięcia w ciele pacjenta).

### Lepsza wizualizacja

System da Vinci umożliwia wizualizację obiektu anatomicznego na poziomie dotąd niespotykanym z naturalną oceną głębokości zanurzenia, zoptymalizowanym kontrastem i możliwością powiększenia obrazu aż do identyfikacji poszczególnych tkanek i ich warstw.

Udoskonalona wizualizacja umożliwia chirurgom manipulowanie delikatnymi tkankami oraz dokonywanie bardzo precyzyjnych nacięć nawet w ciasnych przestrzeniach. Wyjątkowa precyzja systemu ma bezpośrednie przełożenie

na bezpieczeństwo pacjenta i pomyślność samej operacji.

### Podwyższona zręczność, dokładność i kontrola

Da Vinci jest wyposażony w system redukcji drgań, kontroli ruchu oraz specjalistyczne narzędzia EndoWrist zwiększające wydajność pracy operacyjnej, precyzję oraz stopień kontroli bez względu na możliwości ludzkiej ręki obsługującej robota. Chirurg jest w stanie poruszać narzędziami z precyzją znacznie większą, niż regulują to specjalne definicje.

Robot wyposażony jest także w narzędzia zwiększające dostępność ograniczonych przestrzeni ciała ludzkiego (np. w klatce piersiowej, brzuchu czy miednicy) i bezpieczeństwo podczas zabiegu. To umożliwia chirurgom łatwiejsze operowanie poprzez niewielkie nacięcia, eliminujące potrzebę wykonywania dużych, traumatycznych otworów w ciele pacjenta.

### Zwiększona ergonomia

System da Vinci jest sterowany przez chirurga siedzącego wygodnie przed monitorem, co dodatkowo nie przyczynia się do jego zmęczenia. Konsola jest wyposażona w udogodnienia, które poprawiają komfort korzystania z monitora wyświetlającego obraz z kamery laparoskopowej.

Pierwszą operacją w zakresie jamy brzusznej, przeprowadzoną w 1997 roku z użyciem systemu da Vinci, była laparoskopowa cholecystektomia. Od tego czasu pojawiają się coraz liczniejsze doniesienia o udanych zabiegach w obrębie przewodu pokarmowego, takich jak fundoplikacje sposobem Nissena, gastrektomie, splenektomie czy kolektomie, także u dzieci.

### Na podstawie informacji producenta Intuitive Surgical opr. jbog.



Chirurg ...



... i robot da Vinci



Prof. Wojciech Witkiewicz



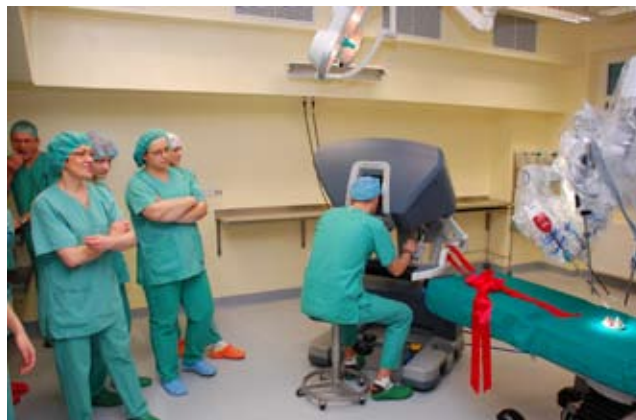
Prezentacja 3D



Kardynał Henryk Gulbinowicz podziwia nowy nabytek.



Przełknięcia wstęgi dokonał sam da Vinci.



Personel medyczny z uwagą obserwował poczynania robota.



# Najnowocześniejszy na świecie robot chirurgiczny we wrocławskim Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym

Janusz Boguszewicz

Już od grudnia 2010 wrocławscy chirurdzy z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Ośrodka Badawczo-Rozwojowego we Wrocławiu mogą wykonywać pierwsze operacje przy pomocy robota chirurgicznego da Vinci. Po dwóch latach współpracy prof. dr. Wojciecha Witkiewicza, dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu Ośrodka Badawczo-Rozwojowego, ordynatora zintegrowanego ośrodka chirurgii tego szpitala, a także firmy Intuitive Surgical – producenta tego technologicznego fenomenu, oraz firmy MEDIM – jednej z pierwszych polskich prywatnych firm zaopatrujących służbę zdrowia w sprzęt medyczny, robot-chirurg pojawił się w końcu we wrocławskiej placówce. Polscy pacjenci długo czekali na to, co w wielu krajach świata od dawna jest standardem. Dzięki wysiłkowi wielu ludzi zaangażowanych w proces pozyskania środków na zakup robota, można śmiało powiedzieć, że polska chirurgia nadąża za najnowocześniejszymi światowymi rozwiązaniami.

Da Vinci to zestaw narzędzi na platformie, które ma do dyspozycji chirurg sterujący ramionami robota pochyłonego

nad pacjentem. Siedzący przed konsolą i monitorem lekarz widzi trójwymiarowy obraz operowanego miejsca w dziesięciokrotnym powiększeniu i naturalnych barwach. System przekładni eliminuje nawet najmniejsze drżenie rąk chirurga.

Cztery mechaniczne ramiona mogą zoperować nasze serca, i nie tylko. Dzięki robotowi można przeprowadzać bardzo precyzyjne operacje, szczególnie w trudno dostępnych miejscach, bez zbędnego kaleczenia, z bardzo dokładnym rozdzielaniem nerwów, naczyń i mięśni. Operowany w ten sposób pacjent traci mniej krwi i szybciej wraca do zdrowia. Zastosowanie robota da Vinci zrewolucjonizowało współczesne zabiegi z dziedziny chirurgii ogólnej, urologii, ginekologii oraz kardiologii. Roboty takie od lat z powodzeniem stosowane są m.in. w diagnostyce i terapii chorób prostaty oraz w zabiegach histerektomii (usunięcia macicy). Poprawa wyników klinicznych pacjentów wiąże się także z zastosowaniem robotyki w dziedzinie kardiologii, w tym m.in. w zakresie zabiegów naprawy zastawki mitralnej czy operacjach by-passów. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu

Ośrodka Badawczo-Rozwojowym robot będzie wykorzystywany na oddziałach chirurgii ogólnej, naczyniowej i onkologicznej, a także urologii, ginekologii i kardiologii. Obecnie trwa cykl szkoleń przygotowujący lekarzy i pielęgniarki do pracy z robotem. Odbywają się one w najlepszych ośrodkach w Europie. Ośmiu lekarzy i sześć pielęgniarek przeszło już szkolenia we Włoszech, Belgii i Szwecji.

Przy wrocławskim szpitalu powstaje również Polskie Towarzystwo Chirurgii Robotowej w celu upowszechnienia wiedzy o możliwości wykonywania operacji z robotami oraz umożliwienia szkoleń dla optymalnego wykorzystania tego nowoczesnego systemu. Planowane jest również wydawanie czasopisma „Chirurgia Robotowa”.

Obecnie na świecie pracują 1662 roboty: w Stanach Zjednoczonych – 1228, w Europie – 292, w tym przykładowo we Włoszech – 50, w Niemczech – 43, we Francji – 39, w Hiszpanii – 22 w Szwecji – 13, w Czechach – 9, w Rumunii – 8 i pierwszy w Polsce.

**Opr. na podst. PAP, MEDIM, GW, Intuitive Surgical**



Chirurg ...



... i komputer



... i robot da Vinci

Prototyp robota da Vinci powstał w latach 80. w ośrodku badawczym Stanford Research Institute na zlecenie Pentagonu. „Jest dzieckiem zimnej wojny – mówił żartobliwie dr Romuald Cichoń, który jako pierwszy przedstawił w Polsce robota chirurgicznego da Vinci w roku 2004. – Maszyny miały zastąpić na polu walki sanitariuszy i lekarzy. Wojna się zakończyła, a technologia została zaadaptowana do bardziej pokojowych celów”. Dzięki precyzji i zdalnej pracy robot sterowany przez chirurga miał zastąpić lekarzy i sanitariuszy na polu walki w okresie zimnej wojny. Przed kilku laty przeprowadzono za jego pomocą zabiegi na odległość: chirurg w Nowym Jorku operował pacjenta w Strasburgu. Najczęściej da Vinci pracuje jednak stacjonarnie. Nazwano go na cześć renesansowego mistrza Leonarda da Vinci, słynnego malarza (autora m.in. Giocondy oraz

Damy z łasiczką), inżyniera, mechanika, optyka, fizyka, muzyka, filozofa i lekarza-anatoma – autora wspaniałych szkiców anatomicznych (Człowieka witruińskiego, Badania zarodka, Rysunku tułowia i ręki, Badania czaszki człowieka, Badania aktu seksualnego i męskich narządów rozrodczych, Badania proporcji głowy i oczu oraz Porównania warstw ludzkiej skóry i cebuli), który narysował też pierwszego robota. Robot ten był rycerzem zakutym w niemiecko-włoską średniowieczną zbroję. Machina Leonarda była zdolna do wykonywania kilku, wzorowanych na ludzkich, ruchach jak: siadanie, poruszanie ramionami, szyją i anatomicznie poprawną szczęką. Projekt był najprawdopodobniej wynikiem badań anatomicznych mistrza da Vinci w zakresie kanonu proporcji przedstawionych na szkicu „Człowiek witruiński”.

# WYGRAJĄ NAJTAŃSI I PRACUJĄCY W SOBOTĘ

## O konkursie ofert na realizację świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne

Małgorzata Nakraszewicz

**W**łaśnie trwa konkurs na bycie świadczeniodawcą. Oferenci tzn. my, lekarze z praktyk lekarskich i szefowie zakładów opieki zdrowotnej złożyliśmy oferty, a w nich nasze zasoby i propozycje, a więc ile, kiedy i za ile chcemy pracować w ramach umowy z NFZ. Analizując zasadnicze elementy oferty już gołym okiem widać, że najistotniejszym kryterium jest cena i harmonogram. **Walkę o to czy być nad czy pod kreską wygrają Ci**, co zaferowali pracę oprócz wymaganego grafiku, również w soboty i najlepiej w cenie poniżej 1 złotego. Najgorzej wyglądał wyścig w obszarach takich jak Wrocław czy Jelenia Góra, gdzie finansowanie świadczeń ogólnostomatologicznych zostało zmniejszone. Jak to się dzieje, że przy stałym wzroście nakładów na leczenie, na stomatologię nasz oddział NFZ przeznacza z roku na rok coraz mniej pieniędzy i dzieje się to głównie kosztem poradni ogólnostomatologicznej? W zeszłym roku było to 30%. W tym nie mamy jeszcze zbiorczych danych, ale po wartościach zamówienia można już przyjąć, że pieniędzy jest mniej. Ponadto NFZ uznał, że **świadczenia ogólnostomatologiczne (w rozumieniu zał. nr 1 i 2 rozp. Min. Zdr. z dn. 30 sierpnia 2009 r.), a więc stanowiące podstawową opiekę zdrowotną w zakresie stomatologii**, są najmniej istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego. Nic bardziej mylnego, bowiem od poziomu funkcjonowania i skuteczności poradni ogólnej zależy zapotrzebowanie na specjalistyczne dużo droższe świadczenia. Najwidoczniej w ocenie NFZ nasi pacjenci nie muszą mieć zagwarantowanego dostępu do podstawowego leczenia. To tak jakby pozbawić pacjentów porad lekarza rodzinnego lub pediatry przy zapewnieniu świadczeń okulistycznych, chirurgicznych i innych specjalistycznych.

W tym roku DOW NFZ w określeniu planu zakupów świadczeń posłużył się założeniem przesunięcia środków z gmin bogatszych do biedniejszych. Może jest to i słuszne, ale tylko do pewnego stopnia. Nie można bowiem w ten sposób pozbawiać dostępu do świadczeń populacji pracującej, odprowadzającej składki i też mającej większe potrzeby w zakresie zdrowia i wyglądu jamy ustnej. Na przykładzie Wrocławia można pokusić się o stwierdzenie, że **wykreowana przez Fundusz dostępność wystarcza na bardzo, ale to bardzo niewiele**. Wartość zamówienia to 16 754 667 zł

co oznacza, że pieniędzy wystarczy na zakontraktowanie około 85 pełnych etatów przeliczeniowych (przy założeniu ceny 1,09 zł), a to z kolei przekłada się na zagwarantowanie pacjentom wrocławskiej 600-tysięcznej populacji 2,125 punkta na miesiąc, w przeciągu roku uzbiera się już 25,5 pkt. W praktyce oznacza to, że w ciągu roku lekarz dentysta może statystycznego pacjenta tylko zbadać, bez leczenia (11 pkt.) i np. założyć środek dewitalizujący (12 pkt.). Na leczenie już nie wystarczy, bo wartość wypełnienia ubytku jednopowierzchniowego to już 38 pkt. Takie dane nasuwają pytanie **o sens i cel takiego kontraktowania** i dokąd to wszystko zmierza.

Kiedyś obowiązywała norma – 1 lekarz na 3 tys. mieszkańców, teraz nikogo nic nie obowiązuje. Wobec komercjalizacji niektórych świadczeń dostępność do świadczeń gwarantowanych powinna się kształtować przynajmniej na poziomie 1 etatu na 5 tys. mieszkańców. Niestety, tego warunku nie spełnia tegoroczny konkurs. Obowiązek zagwarantowania dostępu do świadczeń, również stomatologicznych, spoczywa na NFZ. W art. 15 ustawy z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych czytamy, że „**świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie (...) leczenie stomatologiczne**”, nie ma zastrzeżenia, że w przypadku niewykorzystania środków przez inne rodzaje leczenia lub tylko dla mieszkańców małych miejscowości. Posługując się ustawową definicją potrzeb zdrowotnych rozumianych jako „**liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców**” i w świetle wyżej przytoczonych obliczeń należy stwierdzić, że NFZ nie finansuje ani procedur związanych z zachowaniem, ani przywróceniem, ani tym bardziej z poprawą zdrowia. Tylko katalog świadczeń wygląda imponująco, gorzej już z możliwością skorzystania z niego. Prawda jest taka, że stomatologia nie jest przedmiotem troski ani NFZ, ani Ministra Zdrowia. Aktywność tych wysokich urzędów kończy się na wydaniu dokumentów określających, raczej ogólnie i niezgodnie z izbowymi postulatami, zasad kontraktowania. Narodowy Program Zdrowia, cele WHO leżą odłogiem i ni-

kogo to jakoś nie rusza, ani spustoszenie, jakie czyni próchnica w uzębieniu dzieci ani tragicznie niski poziom świadomości zdrowotnej pacjentów. Kontraktowanie leczenia stomatologicznego w Polsce ma charakter rozdawnictwa finansów publicznych i odbywa się pod hasłem „róbta co chceta”, bez jakichkolwiek znamion państwowej polityki zdrowotnej.

Mamy za sobą 12 lat reformy, która wiele obiecywała, między innymi pamiętam jak minister Łapiński namawiał nas do prywatyzacji obiecując, że lekarze lubiani i rzetelni będą wybierani przez pacjentów, więc niczego nie muszą się obawiać. Niestety, to nie pacjent decyduje o wyborze w konkursie swego lekarza i tak naprawdę to nie rozumiem, dlaczego. Szczególnie teraz, kiedy budżet stale się kurczy, a liczba chętnych do zakontraktowania stale rośnie, to właśnie pacjent powinien decydować o wyborze i wymiarze kontraktu. Aktualnie stosowana formuła konkursu już wyczerpała się i nie daje możliwości, ani zagwarantowania właściwej dostępności, ani wyboru lekarza, ani też ciągłości leczenia. W przeważającej mierze jesteśmy lekarzami rodzinnymi w zakresie stomatologii, leczymy osoby w każdym wieku wykonując wszystkie procedury z poszczególnych dziedzin stomatologicznych w zakresie podstawowym. Najczęściej obejmujemy leczeniem naszych pacjentów od wielu lat, więc w czym problem? W procedurze kontraktowania, która nie wytrzymuje próby czasu, ale i w nas samych.

Oprócz wymiaru ekonomicznego pojawia się też aspekt etyczny. Ścigamy się między sobą w zaniżaniu ceny, aby podnieść atrakcyjność naszej oferty, piszemy, że chcemy pracować w sobotę w sytuacji, kiedy wykorzystujemy limity jeszcze przed końcem miesiąca pracując tylko w dni robocze. Nie szanujemy się nawzajem, pogarszając w ofercie warunki naszej pracy, pozbawiając się prawa do odpoczynku w dni wolne od pracy. Nie analizujemy, co informatycy sporządzający oferty umieszczają w naszych ofertach. Wytrącamy z rąk Izby argumenty do negocjacji, bo przecież Fundusz wie, że napiszemy w ofertach wszystko, czego od nas zażąda. Nie jesteśmy środowiskiem solidarnym, więc nie oczekujemy, że sytuacja się zmieni, bo to w konsekwencji naszych działań uderzamy sami w siebie. Takiego konkursu jeszcze nie było, przykre to bardzo.



# Niech wiedzą mali i duzi, że zdrowie zaczyna się w buzi – o profilaktyce i promocji zdrowia ciąg dalszy rozważań

Małgorzata Nakraszewicz

## PATRON PRZEDSZKOLA, kto to taki?

To lekarz dentysta, który osiągnął wysoki poziom świadomości zawodowej i etycznej, który pozawala mu na włączenie do swojej aktywności zawodowej działań profilaktycznych. Funkcja patrona będzie się wiązała ze współpracą z personelem przedszkola, z obecnością lekarza w przedszkolu np. raz na kwartał na zebraniu z rodzicami, na pokierowaniu leczeniem lub ewentualnymi konsultacjami. Prawdopodobnie w marcu 2011 r. odbędzie się w naszej Izbie spotkanie w tej sprawie, na razie rzecz dzieje się w sferze pomysłu. Jeżeli uda się uruchomić dbałość o higienę i nawyki żywieniowe u rodziców i opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym, zaszczepić troskę oświaty w tym zakresie w żłobkach, a także wprowadzić standardy wiedzy na ten temat dla położnych, pielęgniarek z poradni dziecięcych, a także w szkołach rodzenia to będziemy mogli uznać to za wielki sukces.

Oczywiście nie uda się przeprowadzenie żadnego takiego projektu bez udziału



instytucji rządowych i pozarządowych, których obecność jest niezbędna i wynika chociażby z samych nazw tychże, a zawierających wyraz „zdrowie”. Wiemy dzisiaj, że możemy liczyć jedynie na współpracę z Wydziałem Zdrowia Urzędu Miejskiego we Wrocławiu i póki co jest to jedyny „organ” w odpowiedzialny sposób zainteresowany rozwojem, a co więcej efektami naszych działań. A co z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia, Komisjami Zdrowia na różnych szczeblach, posłami i kandydatami na radnych, w których to programach wyborczych aż roiło się od pustych deklaracji? Ano cisza. Jest to

tym bardziej żenujące, że mamy XXI wiek, bogate opracowania definiujące problemy w zakresie progresji próchnicy, wydane już jakiś czas temu dokumenty strategiczne zobowiązujące wymienione powyżej instytucje do działań i nic. Wręcz odwrotnie, minister zdrowia z uporem nie uwzględnia naszych postulatów przy redakcji kolejnych rozporządzeń, NFZ rządzi się swoimi priorytetami, a z całą pewnością nie jest nim leczenie stomatologiczne.

terezosowany rozwojem, a co więcej efektami naszych działań. A co z Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwem Zdrowia, Komisjami Zdrowia na różnych szczeblach, posłami i kandydatami na radnych, w których to programach wyborczych aż roiło się od pustych deklaracji? Ano cisza. Jest to tym bardziej żenujące, że mamy XXI wiek, bogate opracowania definiujące problemy w zakresie progresji próchnicy, wydane już jakiś czas temu dokumenty strategiczne zobowiązujące wymienione powyżej instytucje do działań i nic. Wręcz odwrotnie, minister zdrowia z uporem nie uwzględnia naszych postulatów przy redakcji kolejnych rozporządzeń, NFZ rządzi się swoimi priorytetami, a z całą pewnością nie jest nim leczenie stomatologiczne.

Dlatego powinniśmy sami zadbać o profilaktykę. Gdyby ktoś jednak pytał, dlaczego my, skoro mamy całą armię urzędników do tego powołanych, to odpowiedź jest prosta, – bo codziennie leczymy skutki tych zaniedbań i mamy obowiązek i jako lekarze, i jako Izba Lekarska zgłaszać problemy i zagrożenia zdrowotne, a takimi są brak właściwego dostępu do świadczeń, brak edukacji zdrowotnej i pomysłu państwa na opiekę stomatologiczną i w efekcie tego hulającą próchnicę u dzieci i nie tylko. Bardzo liczymy na współpracę, w tym zakresie, z naszymi dolnośląskimi konsultantami wojewódzkimi.

Celem tego artykułu jest sonda, czy są wśród nas lekarze chętni do takiej „pracy u podstaw”. Nie ma sensu rozwijanie tematu, jeżeli nie będzie realizatorów pomysłu. Temat jest wzniosły, ważny i niełatwy, ale ma też wymiar czysto praktyczny i absolutnie zrozumiały – trzeba mieć na to czas, chęci, wiedzę i wynagrodzenie. Dlatego bardzo proszę chętnych kolegów do zgłaszania swojej kandydatury w sekretariacie DIL u p. Agnieszki Jamrozkiak tel.71 798 80 88.

## Największe pożyczki w LKPK

Stanisław Furtan

Kolejny rok w działalności wspierającej inicjatywność koleżanek i kolegów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zaowocował decyzją Walnego Zgromadzenia udzielaniem pożyczek w wys. 16 tys. zł. Od września LKPK, jako jedna z nielicznych kas samopomocowych, działających w ramach izb lekarskich w Polsce, zdecydowała o przyznawaniu członkom LKPK pożyczek w tak znaczącej kwocie. Analizując wielkość przyznawanych pożyczek w ostatnich latach zauważa się tendencję do korzystania przez pożyczkobiorców, z pożyczek o wyższych kwotach pozwalającym na realizację poważniejszych przedsięwzięć inwestycyjnych w działalności. Mając na uwadze, że znaczna część naszych członków to małżeństwa lekarskie, przynależność do LKPK pozwala na znaczne powiększenie budżetu rodzinnego w formie pożyczki nieoprocentowanej. Zarząd Kasy zadowolony jest z faktu, że przez te minione lata udało się systematycznie zwiększać możliwości finansowe Kasy, i w chwili obecnej, jako nielicznej w kraju dysponować tak szerokim zakresem udzielanych pożyczek od 1000 do 16 tys. zł. Nasza działalność otwarta jest nie tylko dla tych dynamicznie i prężnie rozwijających się, ale przede wszystkim dla tej części środowiska lekarskiego przeżywającego

chwilowy kryzys, bądź mniejszą aktywność zawodową. W LKPK stworzone są warunki do zaciągnięcia pożyczki dopasowanej do potrzeb i możliwości spłaty. Wielkość rat, uzależniona jest od kwoty pożyczki i okresu spłaty, który maksymalnie może wynosić do 24 miesięcy. W uzasadnionych przypadkach, spowodowanych czynnikami losowymi, Zarząd Kasy indywidualizuje warunki spłaty. Zainteresowanych kredytem nieoprocentowanym, zapraszamy do udziału i korzystania z Kasy. Na stronie DIL w zakładce LKPK znajdziecie państwo wszystkie niezbędne informacje i druki potrzebne do zaciągnięcia pożyczki. Strona ta łatwa jest do odnalezienia, gdyż od kwietnia br. wyróżnia się znakiem graficznym – logo LKPK. Dla osób niekorzystających z Internetu, informacje te przekazujemy w załączonej tabeli.

Pożyczka	Wkład
1000-. PLN	dla osób opłacających składkę 30-. PLN
2000-. PLN	600-. PLN
3000-. PLN	1200-. PLN
4000-. PLN	1500-. PLN
5000-. PLN	2500-. PLN

6000-. PLN	2500-. PLN
7000-. PLN	2500-. PLN
8000-. PLN	3000-. PLN
9000-. PLN	4000-. PLN
10000-. PLN	4000-. PLN
11000-. PLN	5000-. PLN
12000-. PLN	5000-. PLN
14000-. PLN	6000-. PLN
16000-. PLN	7000-. PLN

Atutami Kasy są: krótki okres oczekiwania: min. – 1 mies. max. – 3 mies., odpowiednio długi okres spłaty: do 24 miesięcy, przyspieszony tryb przyznawania: w sytuacjach losowych dla osób specjalizujących się

Informujemy osoby niebędące członkami Kasy, że otrzymanie pożyczki w proponowanej wielkości sprowadza się do wykonania kilku prostych czynności:

- podjęcia decyzji
- wypełnienia wniosków deklaracji członkowskiej, wniosku o pożyczkę.



radca prawny DIL  
mec. Beata Kozyra-Lukasiak

Pamiętajmy, że nieznanie prawa nie zwalnia z odpowiedzialności za jego nieprzestrzeganie. Tymczasem w naszej pracy każdego dnia spotykamy się z przepisami prawnymi, które dodatkowo, cały czas ulegają zmianom. Dzięki Medium możecie śledzić najważniejsze zmiany w prawie dotyczące zawodu lekarza, nie wertując nerwowo Dzienników Ustaw ani Monitorów Polskich.

Jeśli macie jakieś pytania lub wątpliwości prawne, skontaktujcie się z nami osobiście (ul. Matejki 6, godz. 9-15.00), wyślijcie list zwykły czy elektroniczny (redakcja@dilnet.wroc.pl). Postaramy się, by na naszych łamach na każde Wasze pytanie odpowiedział radca prawny Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Swoje dane można zastrzec do wiadomości redakcji.

## Jakie sankcje grożą za brak kasy fiskalnej i czy przysługuje rekompensata za zakup kasy fiskalnej?

Zgodnie z przepisem art. 111 ust. 1 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U. nr 54 poz. 535 ze zm.) podatnicy dokonujący sprzedaży na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej oraz rolników ryczałtowych są obowiązani prowadzić ewidencję obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kas rejestrujących.

W przypadku stwierdzenia, że podatnik narusza obowiązek określony powyżej, naczelnik urzędu skarbowego lub organ kontroli skarbowej ustala za okres do momentu rozpoczęcia prowadzenia ewidencji obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kas rejestrujących, dodatkowe zobowiązanie podatkowe w wysokości odpowiadającej 30% kwoty podatku naliczonego przy nabyciu towarów i usług.

W stosunku do osób fizycznych, które za ten sam czyn ponoszą odpowiedzialność za wykroczenie skarbowe albo za przestępstwo skarbowe, dodatkowego zobowiązania podatkowego nie ustala się.

**W przypadku świadczenia usług zwolnionych z podatku VAT i niedopełnienia obowiązku prowadzenia ewidencji obrotu za pomocą kasy rejestrującej na podatnika nie zostanie nałożone dodatkowe zobowiązanie podatkowe, natomiast zastosowane zostaną w stosunku do niego sankcje karne w postaci grzywny za wykroczenie skarbowe lub przestępstwo skarbowe.**

**Przepisy ustawy z dnia 10 września 1999 r. kodeks karny skarbowy (Dz.U. z 2007 r. nr 111 poz. 765 ze zm.) stanowią, że ten kto wbrew przepisom ustawy dokona sprzedaży z pominięciem kasy rejestrującej albo nie wyda dokumentu z kasy rejestrującej, stwierdzającego dokonanie sprzedaży podlega karze grzywny do 180 stawek dziennych.**

Ustalając stawkę dzienną, sąd bierze pod uwagę dochody sprawcy, jego warunki osobiste, rodzinne, stosunki majątkowe i możliwości zarobkowe; stawka dzienna nie może być niższa od jednej trzydziestej części minimalnego wynagrodzenia ani też przekraczać jej czterystukrotności.

**W wypadku mniejszej wagi, sprawca czynu zabronionego podlega karze grzywny za wykroczenie skarbowe.**

Karą za wykroczenia skarbowe jest kara grzywny określona kwotowo. Kara grzywny może być wymierzona w granicach od jednej dziesiątej do dwudziestokrotnej wysokości minimalnego wynagrodzenia, chyba że kodeks stanowi inaczej. Mandatem karnym można nałożyć karę grzywny w granicach nieprzekraczających podwójnej wysokości minimalnego wynagrodzenia.

Wyrokiem nakazowym można wymierzyć karę grzywny w granicach nieprzekraczających dziesięciokrotnej wysokości minimalnego wynagrodzenia. Wymierzając karę grzywny lub nakładając ją mandatem karnym, uwzględnia się także stosunki majątkowe i rodzinne sprawcy oraz jego dochody i możliwości zarobkowe.

Od 1 stycznia 2011 r. kwota minimalnego wynagrodzenia wynosi 1386 zł. Jeżeli z przyczyn niezależnych od podatnika nie może być prowadzona ewidencja obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kas rejestrujących, podatnik jest obowiązany ewidencjonować obroty i kwoty podatku należnego przy zastosowaniu rezerwowej kasy rejestrującej. W przypadku, gdy ewidencjonowanie obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu rezerwowej kasy rejestrującej jest niemożliwe, podatnik nie może dokonywać sprzedaży. Podatnicy, którzy rozpoczną ewidencjonowanie obrotu i kwot podatku należnego w obowiązujących terminach, mogą odliczyć od tego podatku kwotę wydatkowaną na zakup każdej z kas rejestrujących zgłoszonych na dzień rozpoczęcia (powstania obowiązku) ewidencjonowania w wysokości 90% jej ceny zakupu (bez podatku), nie więcej jednak niż 700 zł. W przypadku, gdy podatnik rozpoczął ewidencjonowanie obrotu w obowiązujących terminach i wykonuje wyłącznie czynności zwolnione od podatku lub jest podatnikiem zwolnionym od podatku w sytuacji, gdy wartość sprzedaży opodatkowanej nie przekroczyła łącznie w poprzednim roku podatkowym kwoty 150 000 zł., urząd skarbowy dokonuje zwrotu kwoty określonej wyżej na rachunek bankowy podatnika w banku mającym siedzibę na terytorium kraju lub na rachunek podatnika w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej, której jest członkiem, w terminie do 25. dnia

od daty złożenia wniosku przez podatnika do właściwego naczelnika urzędu skarbowego. Wniosek powinien zawierać: imię i nazwisko lub nazwę podatnika, jego dane adresowe oraz numer identyfikacji podatkowej.

Do wniosku należy dołączyć:

- dane określające imię i nazwisko lub nazwę podmiotu prowadzącego serwis kas, który dokonał fiskalizacji kasy rejestrującej
- oryginał faktury potwierdzającej zakup kasy rejestrującej wraz z dowodem zapłaty całej należności za kasę rejestrującą
- informacje o numerze rachunku bankowego podatnika, na który należy dokonać zwrotu.

Prawo do wykorzystania rekompensaty za zakup kasy przysługuje podatnikom, którzy:

- rozpoczęli ewidencjonowanie nie później niż w obowiązującym ich terminie,
- dokonali zgłoszenia o liczbie kas rejestrujących i miejscu (adresie) ich używania,
- złożyli zgłoszenie o miejscu instalacji kasy rejestrującej wymagane na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 listopada 2008 r. w sprawie kryteriów i warunków technicznych, którym muszą odpowiadać kasy rejestrujące oraz warunków ich stosowania (Dz.U. nr 212 poz. 1338).

Podatnicy są obowiązani do zwrotu odliczonych lub zwróconych im kwot wydatkowanych na zakup kas rejestrujących, w przypadku gdy w okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia ewidencjonowania zaprzestaną ich używania lub nie dokonują w obowiązującym terminie zgłoszenia kasy do obowiązkowego przeglądu technicznego przez właściwy serwis, a także w przypadku naruszenia warunków związanych z odliczeniem tych kwot, określonych w przepisach wykonawczych do ustawy. Kasa rejestrująca służąca do prowadzenia ewidencji musi zapewniać prawidłowe zaewidencjonowanie podstawowych danych dotyczących zawieranych transakcji, w tym wysokości uzyskiwanego przez podatnika obrotu i kwot podatku należnego oraz musi przechowywać te dane lub też zapewniać bezpieczny ich przekaz na zewnętrzne nośniki danych.

Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 26 lipca 2010 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących (Dz. U. nr 138 poz. 930), które wchodzi w życie 1 stycznia 2011 r., określa zwolnienia na czas określony niektórych grup podatników i niektórych czynności z obowiązku prowadzenia ewidencji obrotu i kwot podatku należnego przy zastosowaniu kas rejestrujących oraz warunki korzystania ze zwolnienia.

**Zwalnia się z obowiązku ewidencjonowania do dnia 30 kwietnia 2011 r.: czynności objęte do dnia 31 grudnia 2010 r. zwolnieniem od ewidencjonowania wymienione w załączniku do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2009 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących (Dz.U. nr 224, poz. 1797), niewymienione w załączniku do niniejszego rozporządzenia, w tym usługi w zakresie ochrony zdrowia i opieki społecznej.**

Zwalnia się z obowiązku ewidencjonowania do dnia 31 grudnia 2012 r. podatników, u których kwota obrotu z działalności, o której mowa w art. 111 ust. 1 ustawy, nie przekroczyła w poprzednim roku podatkowym kwoty 40 000 zł i jeżeli wcześniej nie powstał wobec nich obowiązek ewidencjonowania.

Zwolnienie traci moc po upływie dwóch miesięcy, licząc od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło w ciągu roku podatkowego przekroczenie kwoty obrotów w wysokości 40 000 zł z tej działalności.

Zwalnia się również z obowiązku ewidencjonowania do dnia przekroczenia w 2011 r. lub 2012 r. kwoty obrotów w wysokości 20 000 zł z działalności, o której mowa wyżej, podatników rozpoczynających sprzedaż w danym roku podatkowym.

Podatnicy, którzy wykonują wyłącznie czynności zwolnione od podatku lub są podatnikami zwolnionymi od podatku, osiągnięty obrót ewidencjonują jako obrót zwolniony od podatku od towarów i usług.



# Sprawozdanie z Międzynarodowej Konferencji: Okulistyka – kontrowersje farmakoterapii i chirurgii

Małgorzata Piróg-Mulak

Dawno nie było takiego sympozjum! W dniach 18-20 listopada 2010 r. odbyła się we Wrocławiu międzynarodowa konferencja zorganizowana przez Katedrę i Klinikę Okulistyki we Wrocławiu, pod kierownictwem prof. Marty Misiuk-Hojło. Konferencja odbyła się w nowym Regionalnym Centrum Turystyki Biznesowej, znajdującym się w kompleksie Hali Stulecia, wpisanej na Listę Zabytków Światowego Dziedzictwa UNESCO, a tematem jej były kontrowersje dotyczące terapii zachowawczej i chirurgicznej w okulistyce. Spotkanie zgromadziło ponad 1300 uczestników, w tym wykładowców z USA, Niemiec, Belgii, Hiszpanii oraz Francji. Organizatorzy zaproponowali uczestnikom innowacyjną formułę, dzięki czemu osoby uczestniczące w konferencji brały bezpośredni udział w dyskusji ekspertów, a głosując mogły wyrazić swoje zdanie, opowiadając się za jedną ze stron. W pierwszym dniu obrad odbyły się kursy dotyczące chirurgii powiek (dr n. med. Andrzej Bieniek z Wrocławia), chirurgii wiroretinalnej (dr n. med. Jolanta Oficjalska z Wrocławia), chirurgii zaćmy (dr n. med. Marek Szaliński z Wrocławia), chirurgii jaskry (dr Iwona Helemejko z Wrocławia) oraz orzecznictwa w okulistyce (dr n. med. Wiktor Stopyra z Krakowa). O dużym zainteresowaniu przedstawionymi zagadnieniami świadczyła frekwencja na salach wykładowych, a dyskusje z wykładowcami po zakończeniu kursów toczyły się też w kularach.

W tym samym dniu odbył się także panel dla pielęgniarek, gdzie szeroka problematyka okulistyka: od zakażeń bakteryjnych, zagadnień epidemiologicznych do roli edukacyjnej pielęgniarki spowodowała pełne obłożenie sal, co wskazuje na dużą potrzebę doskonalenia swoich umiejętności także wśród tej medycznej grupy zawodowej.

Zainteresowaniem cieszyły się także sesje satelitarne, organizowane przez firmy Thea, Alcon, Santen i Allergan dotyczące problematyki zapalenia brzegów powiek, leczenia jaskry oraz zastosowania implantów doszkliskowych w okulistyce.

Uwieńczeniem tego dnia była uroczystość otwarcia konferencji w pięknej i przestronnej sali audytorijnej Centrum Kongresowego, gdzie do łez rozbawił publiczność dowcipny spektakl teatralny pod wyrafinowanym tytułem „Psychoterapia, czyli seks w życiu człowieka”.

Pierwszy dzień obrad rozpoczął się od gratulacji dla pani profesor Marty Misiuk

-Hojło, która poprzedniego dnia w Warszawie z rąk prezydenta Bronisława Komorowskiego odebrała nominację na profesora belwederskiego. Po życzeniach, kwiatach i owacji na stojąco rozpoczęła się część merytoryczna spotkania.



Sesja pierwsza i druga poświęcone były zagadnieniom terapii siatkówki, a tematy dotyczące profilaktyki odwarstwień siatkówki, iniekcji doszkliskowych, chirurgii witrektomijnej oraz leczenia farmakologicznego wzbudziły żywe zainteresowanie słuchaczy, o czym świadczyły debaty z wykładowcami i liczny udział w głosowaniu. Sesja trzecia i czwarta poruszały problematykę jaskrową, a rozpoczęły się od prezentacji poglądów na rolę naczyniowych czynników ryzyka w rozwoju neuropatii jaskrowej, gdzie adwersarzami byli prof. Ingeborg Stalmans z Belgii i prof. Antonio Martinez z Hiszpanii. Żywą dyskusję wzbudziły też następne wystąpienia dotyczące leków generycznych oraz substancji konserwujących w preparatach okulistycznych. Po przerwie na kawę, w sesji czwartej ścierały się poglądy dotyczące leczenia chirurgicznego (trabekulektomia versus sklerektomia: dr n. med. Patrycja Krzyżanowska i dr Iwona Helemejko) oraz bezpieczeństwa terapii farmakologicznej jaskry, które spotkały się z ogromną aprobatą licznie zgromadzonych na sali okulistów.

Sesja piąta rozpoczęła się o godzinie 9 rano dnia następnego, przy pełnej sali audytorijnej, pomimo udanej imprezy dnia poprzedniego w Klubie Muzycznym ETER z udziałem zespołu Beatmen.

W tej części zaprezentowali swoje poglądy goście z Warszawy, Poznania, a także wrocławskiej Kliniki Okulistycznej, a dotyczyły one zabiegów łączonych zaćmy i trabekulektomii oraz AMD, w kontekście operacji zaćmy (dr n. med. Maria Muzyka -Woźniak i dr n. med. Marek Szaliński z Wrocławia). Wszyscy adwersarze dysponowali argumentami na poparcie swoich opinii, więc zdania wśród słuchaczy były podzielone, czemu dali wyraz biorąc udział w debatach i głosowaniu. Sesja piąta poświęcona była chirurgii refrakcyjnej, a odmienne poglądy w kwestii operacji LASIK prezentowali prof. Iwona Grabska-Liberek z Warszawy i dr n. med. Marek Ćwirko z Wrocławia. Ta, i następna prezentacja na temat korekcji krótkowzroczności przy pomocy zabiegów operacyjnych wzbudziły wiele emocji i podzieliły podczas głosowania zgromadzonych okulistów. Podczas ostatniej sobotniej sesji dyskutowano na temat nietłucznych zagadnień neurookulistycznych i onkologicznych. Sesję rozpoczęły referaty poruszające problem sterydoterapii z zapaleniu pozagałkowym nerwu wzrokowego (prof. Helmut Wilhelm z Tybingi kontra dr hab. Andrzej Grzybowski z Poznania), a następnie swoje doświadczenia dotyczące leczenia czerniaków naczyniówki zaprezentowali prof. Bożena Romanowska-Dixon z Krakowa oraz prof. Antonia Jousen z Niemiec. Ostatnie wystąpienie dotyczyło postępowania w przypadku atypowego znamienia naczyniówki.

Do samego końca konferencji sala audytorijna była pełna, co wskazuje na wysoki poziom naukowy wystąpień, a także na ich aspekt praktyczny. Spotkanie było niewątpliwie wielkim sukcesem ze względu na bogaty i urozmaicony program, świetną organizację (brawa dla biura Inspire Congress i jego dyrektorki pani Elżbiety Bielińskiej), a przede wszystkim ze względu na otwartą formułę spotkania, pozwalającą na aktywne uczestnictwo słuchaczy. Ta nowa na gruncie polskim idea sympozjum spotkała się z życzliwym przyjęciem lekarzy i pielęgniarek, o czym świadczyły pochlebne opinie, słowa uznania, a przede wszystkim sala wykładowa zapełniona do ostatnich minut zjazdu.

Niewątpliwie konferencja pozostanie na długo w pamięci uczestników i już z niecierpliwością czekamy na następne spotkanie. Kontrowersji w okulistyce nie brakuje.

# INTEGRALNOŚĆ STOMATOLOGII I MEDYCYNY

## – IX MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA

### Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

#### DENTAMED 2010

26 i 27 listopada 2010 we Wrocławiu odbyła się IX Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Konferencja towarzyszyła 9. Dolnośląskim Targom Stomatologicznym organizowanym przez firmę Targi w Krakowie. Patronat Honorowy nad konferencją i targami objął prof. dr hab. Marek Ziętek – prorektor ds. nauki Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Współorganizatorami konferencji były Katedra Protetyki Stomatologicznej, Katedra Periodontologii, Katedra Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej, Katedra Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji, Katedra Chirurgii Stomatologicznej oraz Katedra i Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej AM we Wrocławiu. Komitetowi Naukowemu przewodniczyli dr hab. n. med. Halina Panek prof. nadzw., prof. dr hab. n. med. Marek Ziętek, a w skład komitetu weszli prof. dr hab. n. med. Urszula Kaczmarek, prof. dr hab. n. med. Tomasz Konopka, prof. dr hab. Stanisław Pielka, prof. dr hab. n. med. Bogumił Płonka, dr hab. Wiesław Kurlaj prof. nadzw., dr hab. n. med. Jan Wnukiewicz prof. nadzw, dr hab. n. med. Beata Kawala prof. nadzw., dr hab. n. med. Marzena Dominiak, dr hab. n. med. Małgorzata Radwan-Oczko, dr hab. n. med. Włodzimierz Więckiewicz, dr n. med. Danuta Nowakowska, dr n. med. Janina Szelaż.

Otwarcia konferencji dokonali prorektor ds. nauki prof. dr hab. Marek Ziętek, prezes Oddziału Dolnośląskiego PTS dr n. med. Danuta Nowakowska, prezes Zarządu Targów w Krakowie pani Grażyna Grabowska i komisarz Targów w Krakowie pani Beata Simon, witając przybyłych gości i uczestników. Dr Danuta Nowakowska przywitała gości konferencji: dr n. med. Igora Chęcińskiego przewodniczącego Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu, przewodniczącą Komisji Stomatologicznej lek. stom. Alicję Marczyk-Felbę, dziekana Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego AM we Wrocławiu dr hab. n. med. Beatę Kawalę prof. AM oraz prodziekanów dr hab. Małgorzatę Radwan-Oczko i dr hab. Wiesława Kurlaja prof. nadzw., zaproszonych gości prof. dr hab. Jerzego Sokołowskiego z AM w Łodzi

i prof. dr hab. Andrzeja Gładysza z AM we Wrocławiu, samodzielnych pracowników nauki oraz wszystkich przybyłych, koleżanki i kolegów lekarzy oraz studentów życząc owocnych obrad.

Podczas otwarcia konferencji odbyła się miła uroczystość wręczenia przez prezesa Zarządu Targów w Krakowie panią Grażynę Grabowską oraz komisarza Targów panią Beatę Simon pierwszemu dziekanowi Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego AM we Wrocławiu prof. dr hab. Markowi Ziętkowi dyplomu gratulacyjnego z okazji 10-lecia wydziału.



Z archiwum Autora

Otwarcie konferencji. Od prawej: dr Danuta Nowakowska, prof. Marek Ziętek, Grażyna Grabowska, Beata Simon.

Z kolei prof. dr hab. Tomasz Knopka jako przewodniczący Komisji Nagród i redaktor naczelny czasopisma Dental and Medical Problems wręczył dyplomy za opublikowanie najlepszej pracy w roku 2009 prof. dr hab. Jerzemu Sokołowskiemu i zespołowi z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

W nawiązaniu do tematu tegorocznej konferencji „Integralność stomatologii i medycyny” większość wykładowców wyeksponowała tematykę wspólną dla środowiska lekarzy stomatologów i lekarzy medycyny. Pierwszy referat wygłosił prof. dr hab. Jerzy Sokołowski na temat systemów wiążących i ich znaczenia dla trwałości rekonstrukcji stomatologicznych. Następnie prof. dr hab. Andrzej Gładysz oraz dr hab. Małgorzata Radwan-Oczko przedstawili bardzo ciekawe prezentacje dotyczące problematyki HIV/AIDS w stomatologii. Kolejna prezentacja dotyczyła erozji zębów wywołanej chorobą refluksową, którą przedstawiła prof. dr hab. Urszula Kaczmarek. Z kolei zespół lekarzy z Katedry Ortodoncji

oraz Zakładu Anatomii Stomatologicznej przygotował wykład „Stabilograficzna ocena pacjentów z dysfunkcjami narządu żucia”. Następne prezentacje tego dnia dotyczyły badań zalet i właściwości materiałów używanych do wycisków (wykład dr stom. Alejandry Uruti, gościa z Italii) oraz miękkich elastomerów silikonowych do podścielania protez pooperacyjnych (wykład dr. hab. Włodzimierza Więckiewicza prof. nadzw.). Dr Alejandra Urutia – Clinical Produkt Manager, reprezentowała firmę Zhermack SpA, głównego sponsora tegorocznej konferencji. Wykład ten wpisał się też w obchody 20-lecia firmy.

W drugim dniu wystąpiła dr n. ekon. Magdalen Szumska z Poznania z referatem „Trudny pacjent w gabinecie stomatologicznym”. Wykład o możliwościach ortodontycznego przemieszczania zębów leczonych endodontycznie przedstawił gość z uniwersytetu w Greifswaldzie (Niemcy) prof. dr hab. Tomasz Gedrange. Problemom wpływu zapaleń przyzębia na choroby ogólnoustrojowe poświęcony był wykład prof. dr hab. Marka Ziętka. Chirurgiczno-ortodontyczne leczenie recesji przyzębia przedstawiła dr hab. Marzena Dominiak, natomiast lek. dent. Alicja Szczepańska zajęła się problemem leczenia naczynek jamy ustnej metodą skleroterapii. Również ciekawy wykład o tematyce chirurgicznej o przykuwającym uwagę tytule „Legends i prawdy o wampirach” przedstawiła dr n. med. Dobrochna Zeńczak-Więckiewicz. Wszystkim referatom i prezentacjom towarzyszyła dyskusja.

Wieczorem uczestnicy konferencji i wystawcy spotkali się w restauracji Inspiracja w historycznym budynku Starej Giełdy na pl. Solnym we Wrocławiu, gdzie po bardzo pracowitych dniach prowadzono dalsze dyskusje. Konferencja była również okazją do zdobycia punktów edukacyjnych oraz do wymiany doświadczeń z wykładowcami zagranicznymi i polskimi oraz podsumowania dorobku wrocławskiego środowiska naukowego w zakresie stomatologii.

Prezes OD PTS  
dr n. med. Danuta Nowakowska





## Zebrał i opracował Jerzy Bogdan Kos

### **WITOLD GRABOWSKI**

1902-1963. Doktor medycyny, profesor, specjalista w zakresie rentgenodiagnostyki i radioterapii klinicznej. Twórca wrocławskiej szkoły radiologii i radioterapii klinicznej.

Urodził się w 1902 r. we Lwowie, gdzie po zakończeniu nauki w gimnazjum rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim UJK. Ukończył je w 1925 r. Pierwsze lata działalności lekarskiej poświęcił pogłębieniu wiedzy w zakładach teoretycznych jako asystent Zakładu Farmakologii Doświadczalnej, a następnie Zakładu Anatomii Patologicznej UJK. Dzięki nabytym umiejętnościom zyskał poparcie w staraniach o asystenturę w Klinice Chorób Wewnętrznych, kierowanej przez prof. Romana Renckiego, w której głównym obszarem jego zainteresowań naukowych stała się radiologia kliniczna. Kolejnym krokiem ku błyskotliwej karierze naukowej były staże z zakresu radiologii w najważniejszych ośrodkach naukowych zajmujących się tą nową dziedziną medycyny w Europie – w Wiedniu, Paryżu, Berlinie, Strasburgu i Wrocławiu.

W 1934 r. habilitował się z radiologii w macierzystej uczelni na Wydziale Lekarskim UJK. Był jednym z pierwszych i najmłodszych docentów tej specjalności w kraju. W latach okupacji pracował w zakładach leczniczych Lwowa.

W 1944 r. doc. Witolda Grabowskiego powołano do służby wojskowej w Wojsku Polskim. Zdemobilizowany w 1945 r. przybywa do Wrocławia. Mianowany profesorem nadzwyczajnym organizuje Klinikę Radiologiczną i wyposaża ją w sprzęt i aparaturę odnalezioną w ruinach zniszczonych zakładów leczniczych. Jednocześnie organizuje pierwsze pracownie radiologiczne na terenie miasta tworząc m.in. filie Kliniki Radiologicznej w czterech wieloprofilowych szpitalach klinicznych. Szczególną uwagę przywiązuje do szkolenia specjalistów radiologii skupiając wokół siebie zespół współpracowników, w którym znaleźli się m.in. kolejni „pionierzy” wrocławskiej radiologii: dr Zbigniew Kubrakiewicz, dr Leszek Dziulikowski, dr Tadeusz Kaniowski, dr Roman Marciniak i dr Zygmunt Milewicz. W latach 1946-1947 prof. Witold Grabowski był drugim po prof. Ludwiku Hirszfeldzie dziekanem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu przejmując po poprzedniku obowiązki inicjatora i organizatora odbudowy kolejnych zdewastowanych klinik i zakładów naukowych.

W 1952 r. prof. Wiktor Grabowski opuścił Wrocław i zamieszkał w Gdańsku, gdzie objął Katedrę Radiologii Akademii Medycz-

nej. Również i w tamtym środowisku dał się poznać jako sprawny organizator i prawy człowiek pełniąc obowiązki prorektora Akademii Medycznej w Gdańsku.

Zmarł nagle w 1963 r.

Osiągnięcia i zainteresowania naukowe: diagnostyka układu krążenia i naczyń obwodowych, układu ruchu i centralnego układu nerwowego; terapia rtg w chorobach nowotworowych.

#### Bibliografia:

Tadeusz Kaniowski: Witold Grabowski (w:) *Uczeni wrocławscy (1945-1979)* pod red. Jana Trzynałdowskiego. Wrocław 1980, s. 230-232.

W. Kozuszek  
Historia Wydziału Lekarskiego...



Tadeusz Kaniowski: Witold Grabowski (1902-1963) (w:) *Historia radiologii polskiej na tle radiologii światowej* pod red. S. Leszczyńskiego. Kraków 2000, s. 565-567.

Roman Marciniak: *Diagnostyka obrazowa (w:) Academia Medica Wratislaviensis 1950-2000.* Wrocław 2000, s. 296-302.

**JBK**

### **JEDWABNA CHUSTA**

Profesor Witold Grabowski był wszechstronnie wykształconym lekarzem. Jedną z dziedzin, którą bardzo się interesował, była anatomia patologiczna. Wszyscy nowo przyjęci asystenci byli zobowiązani do odbycia trzymiesięcznego stażu w Zakładzie Anatomii Patologicznej pod kierownictwem profesora Zygmunta Alberta.

Profesor często przed pracą w Zakładzie Radiologii zaglądał do pracowni anatomopatologicznej i pytał swoich asystentów czego się nauczyli sprawdzając pod mikroskopem postępy w nauce. Wiedząc o tym młodzi asystenci przygotowywali sobie upatrzone „szkiełka”, szybko wkładali je do mikroskopów i bezbłędnie podawali prawidłowe rozpoznania. Profesor udawał, że nie wie o tym procederze i chwalił postępy w nauce. Był bowiem wyrozumiały wobec młodych kandydatów na radiologów.

Po przeniesieniu się do Gdańska i objęciu kierownictwa Katedry i Zakładu Radiologii zapraszał swych dawnych pracowników i chętnie widział ich w swoim domu. Któregoś roku docent Aleksander Giermański był tam z małą córeczką, która dostała w prezencie od gościnnego gospodarza jedwabną chustę. Po wielu latach odnalazła ją wśród osobistych drobiazgów we Francji, gdzie mieszkała. I przypomniała to zdarzenie.

**Krzysztof Moroń**

### **RAD**

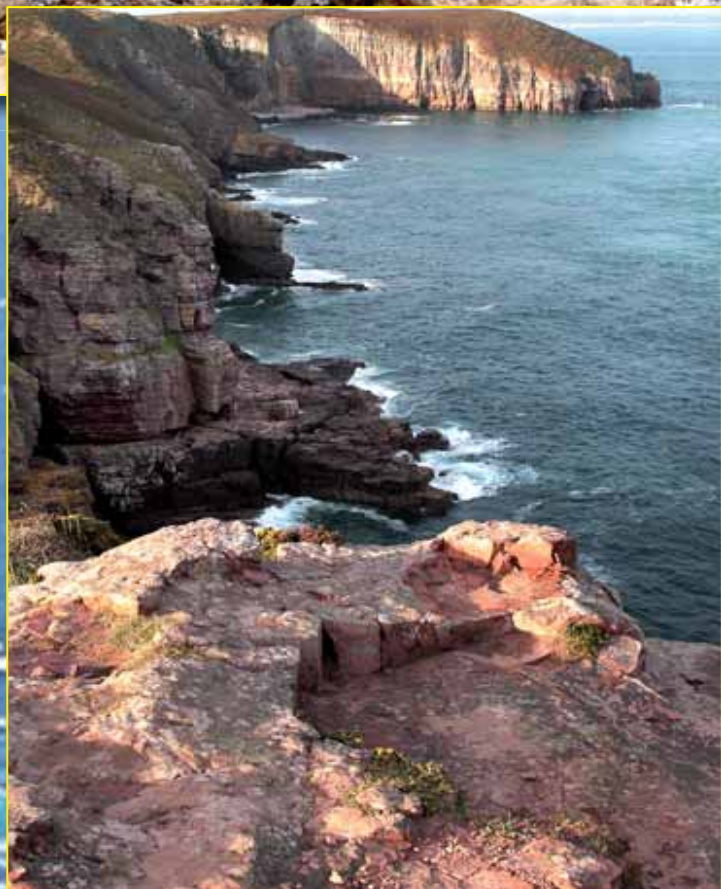
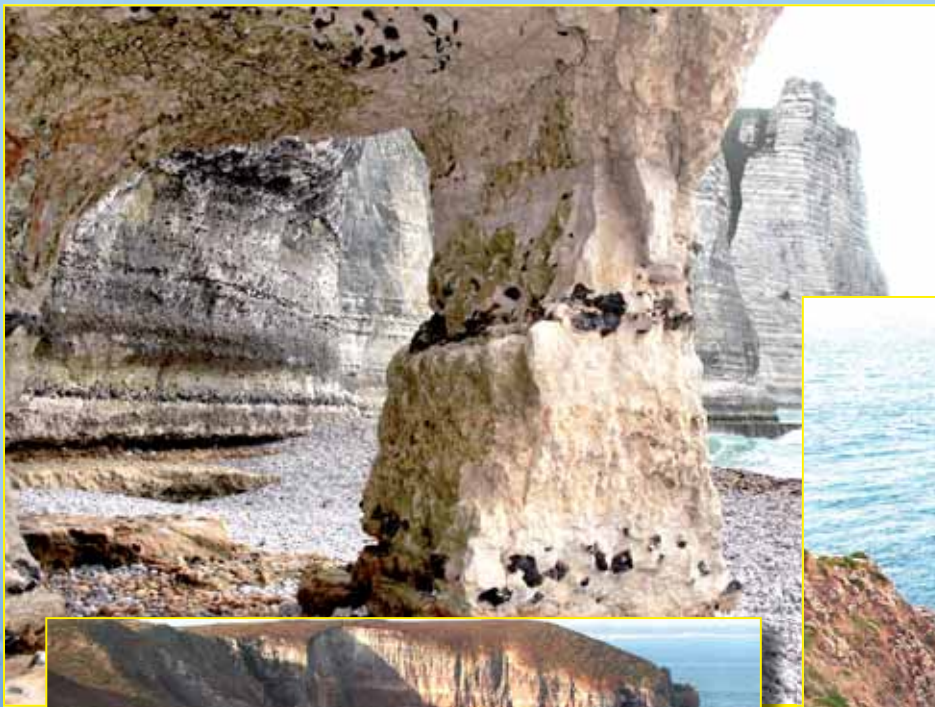
W Klinice Położnictwa i Ginekologii od początku zajmowano się onkologią ginekologiczną. Na podstawie przywiezionych z kliniki lwowskiej przez prof. Witolda Grabowskiego (1902-1963) 13 ładunków radowych oraz pozostawionych w byłej Frauenklinik aparatury do rentgenowskiej terapii raka narządu rodowego powstał zespół diagnostyczno-terapeutyczny, kierowany przez dr. K. Nowosada. W celu rozpoznania raka macicy wprowadził on technikę badania cytologicznego wydzielin macicy, nadającą się również do kontrolnych badań wyników leczenia energią promienną. Od roku 1946 Nowosad zajmował się także nowotworami jajników.

Rozwój Katedry i Kliniki Radiologii w pierwszych latach powojennych to był bardzo trudny okres; zarówno pod względem kadry lekarskiej, jak i z powodu braku wystarczającej aparatury rentgenowskiej.

Waldemar Kozuszek: *Wydział Lekarski Uniwersytetu Wrocławskiego (1945-1950)* (w:) *Wrocławskie środowisko akademickie. Twórcy i ich uczniowie 1945-1950.* Wrocław -Warszawa-Kraków 2005, s. 432-450.



# Klify Normandii w obiektywie Marka Rawskiego





# Nominacja profesorska dla doktora Suchockiego

Dorota Radziszewska

**S**ławomir Suchocki – lekarz z Wałbrzyscha – odebrał z rąk prezydenta nominację profesorską

18 listopada 2010 roku w Pałacu Prezydenckim prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Bronisław Komorowski wręczył akty nominacyjne nauczycielom akademickim oraz pracownikom nauki i sztuki. Wśród nominowanych był wałbrzyszanin profesor Sławomir Suchocki, lekarz ginekolog położnik, obecnie zastępca dyrektora ds. leczenia Specjalistycznego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego im. E. Biernackiego w Wałbrzychu.

„Nominacja profesorska to nie tylko ukoronowanie osiągnięć uczonego, lecz także otwieranie nowych szans na budowę tego, co jest Polsce niesłychanie potrzebne – nowoczesnego podejścia do kwestii funkcjonowania nauki polskiej, szans na modernizację kraju, przyspieszenia rozwoju” – powiedział na uroczystości Bronisław Komorowski.

W kontekście tych słów nominacja naszego kolegi ma szczególną moc. Wałbrzych oddalony jest o kilkadziesiąt kilometrów od Akademii Medycznej we Wrocławiu. Szpital ma charakter typowo usługowy dla ludności i to właśnie tu powstały specjalistyczne prace medyczne, tu odbywają się wysoko oceniane merytorycznie i organi-

zacyjnie sympozja i konferencje naukowe. Tu pod kierunkiem prof. S. Suchockiego powstało około 85 prac naukowych, kilku lekarzy uzyskało tytuł doktorski, a następni mają już poważny dorobek naukowy zgromadzony na podstawie materiałów klinicznych wynikających z procesu leczenia w ośrodku wałbrzyskim.

Szpital, zwany u nas „na Nowym Mieście”, jest wyremontowany, czysty, przytulny, dobrze wyposażony, ma dobre laboratoria i cieszy się uznaniem pacjentek rejonu wałbrzyskiego. Tu, ze względu na doskonałą specjalistyczną kadrę medyczną i referencyjność, trafiają skomplikowane przypadki ginekologiczne i położnicze. Tutaj prowadzone są profilaktyczne programy onkologiczne. To dowód, że na tzw. prowincji można tworzyć bardzo dobrą medycynę od podstaw, można tworzyć naukę i osiągać sukcesy. Pan profesor podkreśla, że wszystko udaje się osiągnąć przy wsparciu rodziny i współpracowników. Sławomir Suchocki jest związany z Wałbrzychem i medycyną od urodzenia. Jego ojciec był wybitnym chirurgiem wałbrzyskim, mama również pracowała w służbie zdrowia. Po studiach, w roku 1966 rozpoczął pracę w szpitalu, w którym pracuje do dzisiaj. W tym czasie przyszło tu na świat 150 tysięcy dzieci. Pod jego kierownictwem specjalizacje zawodo-

we z ginekologii i położnictwa uzyskało około 30 lekarzy. Bardzo wspomaga nasze wałbrzyskie działania Izby Lekarskiej. Cieszy się ogromnym uznaniem i zaufaniem. Dlatego z Jego sukcesu dumni jesteśmy wszyscy. Wyrazem tego szczególnego uznania było powitanie Pana Profesora po otrzymaniu nominacji profesorskiej w szpitalu na Nowym Mieście. Były piękne białoczerwone bukiety róż, gratulacje od współpracowników, od naszej korporacji. Były i wzruszenia. Pan Profesor powiedział: „Zawód, który wybrałem, to ten wymarzony, a praca w tym szpitalu i z tymi ludźmi, którzy są wokół mnie na co dzień, daje mi moc satysfakcji. Po ludzku ogromnie cieszę się z tego, że otrzymałem tytuł profesora nauk medycznych, który ma prawo nadawać prezydent. Jest to ogromne docenienie mojej pracy. Mojej – ale też i pracy wszystkich moich kolegów i współpracowników z naszego szpitala w Wałbrzychu”.

Panie Profesorze jesteśmy bardzo dumni z Pana osiągnięć naukowych i zawodowych, z tego że jest Pan wałbrzyszaninem, że zawsze wspiera Pan nasze środowisko. Jeszcze raz serdecznie gratulujemy i życzymy dalszych sukcesów.

W imieniu DRL wiceprezes delegatury wałbrzyskiej D. Radziszewska wręczyła uroczysto List Gratulacyjny od władz Izby.



Prezydent RP Bronisław Komorowski wręcza nominację profesorską doktorowi Sławomirowi Suchockiemu.

# Co nowego w resuscytacji krążeniowo-oddechowej – wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji 2010 X Kongres Europejskiej Rady Resuscytacji, Porto 2010

Jacek Smereka, Igor Chęciński

**G**rudniowy, jubileuszowy X Kongres Europejskiej Rady Resuscytacji, który odbył się w portugalskim Porto, jest kolejnym dowodem na to, że podróże kształcą. Również w zakresie medycznego kształcenia ustawicznego. Kongresy Europejskiej Rady Resuscytacji odbywają się w ostatnim czasie regularnie co 5 lat, ostatnie miały miejsce w Stavanger i Antwerpii. Olbrzymie zainteresowanie, duża liczba uczestników, wysokiej klasy wykładowcy, ciekawa tematyka, aktualne wytyczne – to atuty kongresów organizowanych przez ERC.

X Kongres ERC wyróżniał się 3 elementami:

- jego głównym motywem były nowe wytyczne resuscytacji (ERC 2010), których ostatnia modyfikacja miała miejsce w roku 2005 (przedstawiono je na Kongresie ERC w Stavanger w Norwegii);
- faktem, iż organizatorzy (Europejska Rada Resuscytacji) postanowili go zorganizować w bardzo odległym od centrum starego kontynentu miejscu – najbardziej na południowym zachodzie położonym krańcu Europy, co spowodowało, że uczestnicy z Europy Środkowej musieli pokonać odległość ponad 3000 kilometrów;
- fatalnymi zimowymi warunkami pogodowymi panującymi w Europie, które uniemożliwiły wielu zarejestrowanym uczestnikom przylot (między innymi z Polski) z powodu odwołania wielu lotów. Jeden z głównych wykładowców z ramienia ERC z Wielkiej Brytanii nie dość, że nie mógł wylecieć z powodu zamknięcia lotniska to nawet niemożliwe okazało się jego dotarcie z domu do najbliższej stacji kolejowej.

Dwie ostatnie przyczyny spowodowały, że z naszego kraju przyjechało niewielu przedstawicieli – zaledwie 10 osób, w tym 4 z wrocławskiej Akademii Medycznej. Wrocławski Zakład Ratownictwa Medycznego reprezentowali adiunkci: dr med. Dorota Zyśko, dr med. Igor Chęciński i dr med. Jacek Smereka.

Polską Radę Resuscytacji, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Collegium Medicum UJ reprezentował prof. dr hab. Janusz Andres, a Kate-

drę Medycyny Ratunkowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – prof. dr hab. Andrzej Zawadzki.

Zanim dotarliśmy na obrady, musieliśmy w fatalnych warunkach ostrej i śnieżnej zimy dojechać do lotniska Tegel w Berlinie, skąd liniami AirBerlin z kilkugodzinnym opóźnieniem poleciliśmy do Porto. W międzyczasie kolejne opóźnienie samolotu spowodowało przerwę przy międzylądowaniu na Majorce, gdzie oczekiwaliśmy na kolejny samolot. Cała podróż trwała w sumie kilkanaście godzin. Porto przywitano nas iście wiosenną pogodą – temperatura w zakresie wartości bezwzględnych



Baner ERC na tle nadbrzeży Porto

podobna do tej jaka była w Polsce, tj. 15 stopni Celsjusza, tylko że tam była to temperatura powyżej zera.

Skromny hotel o pięknej nazwie Residential Porto Madrid miał dla nas niespodziankę – po raz pierwszy w życiu spędziłem noc w pokoju z łazienką, która mieściła się na zaadaptowanym... balkonie. Na szczęście dyplomatyczne umiejętności dr. Jacka Smereki spowodowały, że dzięki dyrektorowi hotelu drugą noc spędziliśmy już w pokoju z normalną łazienką i w przyzwoitych warunkach.

Skromny hotel miał jedną wielką zaletę – był ładnie położony w centrum miasta nad rzeką Douro, zaledwie kwadrans drogi piechotą od Centrum Kongresowego – Centro de Congressos e Exposicoes da Alfandega. Budynek kongresowy to zabytkowy pałac, który charakteryzował się wielkimi przestrzeniami, a ponieważ następnego dnia temperatura spadła do zaledwie 5 stopni (powyżej zera) – obradom towarzyszyło zimno i część słuchaczy, szczególnie tych, którzy przyjechali z ciepłych krajów musiała przywdziać płaszcze i kurtki. Sprawę

zbyt niskiej temperatury w pałacu odnotowałem pamiętając, że za rok w październiku organizujemy w Zamku Książ V Sympozjum Polsko-Niemieckie „Zrozumieć przeszłość – kształtować przyszłość” i wyciągając wnioski z portugalskiej eskapady, że trzeba będzie zadbać o ogrzanie chłodnych sal w Książu. Organizatorzy kongresu w Porto ustawili specjalne propanobutanowe lampy grzewcze, a widok znanych naukowców gromadzących się wokół tych lamp był jedyny w swoim rodzaju.

Jednym z wiodących zagadnień poruszanych na Kongresie Europejskiej Rady Resuscytacji (ERC) 2010 w Porto były nowe wytyczne resuscytacji, które ogłoszono w połowie października 2010 roku. Wykładowcy, w większości główni autorzy nowych wytycznych i przewodniczący/członkowie poszczególnych komitetów w obszarach określonych przez Europejską Radę Resuscytacji – podstawowych i zaawansowanych czynności resuscytacyjnych u dorosłych, dzieci i noworodków przedstawiali zmiany wytycznych wraz z ich szczegółowym uzasadnieniem na podstawie wysokiej jakości dowodów naukowych (EBM).

Problematyka związana z ogłoszonymi niedawno Wytycznymi Resuscytacji ERC 2010 była głównym przedmiotem wykładów i dyskusji podczas trwania Kongresu ERC w Porto. Niezwykle cenna okazała się możliwość zadawania pytań zarówno w czasie obrad, jak i podczas przerw autorom wytycznych osobom, które od lat zajmują się analizą dowodów naukowych i pracują w międzynarodowych gremiach analizujących wpływ nowych dowodów naukowych na praktykę działań ratunkowych podejmowanych przez szerokie rzesze lekarzy w Europie i poza nią. Uwagę obecnych zwrócił fakt wieloletniej współpracy Europejskiej Rady Resuscytacji z Amerykańskim Towarzystwem Kardiologicznym (AHA) oraz obecność na kongresie osób nie tylko z Europy, ale również praktycznie ze wszystkich kontynentów, w tym takich krajów jak Australia, Japonia, USA. W trakcie obrad autorzy wytycznych szczerze przyznawali, że w dobie coraz większej liczby dowodów naukowych

**Cd. na str. 22**



## Cd ze str. 21

podstają oni w obliczu konieczności wyboru między teoretycznymi i praktycznymi przesłankami do zmian w wytycznych a przyzwyczajeniem, wyszkoleniem lekarzy, ratowników medycznych i innych fachowych pracowników jednostek ochrony zdrowia i lokalnymi protokołami postępowania.



Dr Smereka i nasz poster

I ten drugi element – dotychczasowej praktyki i negatywnych aspektów gwałtownych i zasadniczych zmian w wytycznych – musi być w dużym stopniu wzięty pod uwagę przy tworzeniu nowych wytycznych resuscytacji, gdyż zasadniczym celem jest możliwa do uzyskania realna poprawa praktyki klinicznej.

W czasie trwania obrad w Porto poza kilkudziesięcioma wykładami zaproszonych wykładców przedstawiono ponad 60 prezentacji ustnych oraz ponad 300 plakatów. Tematyka prezentacji ustnych obejmowała epidemiologię przypadków NZK, jakość resuscytacji krążeniowo-oddechowej, skuteczność działań resuscytacyjnych, zapobieganie NZK, prawidłowość stosowania technik BLS i ALS, zastosowanie defibrylacji zautomatyzowanej. Tematyka wystąpień plakatowych obejmowała wiele zagadnień związanych z podstawowymi i zaawansowanymi czynnościami resuscytacyjnymi u osób dorosłych i dzieci. Polskę reprezentowało kilkunastu uczestników, którzy zaprezentowali 10 wystąpień plakatowych i kilka ustnych.

Jednym z istotnych tematów poruszanych na obradach była jakość prowadzonych czynności resuscytacyjnych. W dobie ogromnego nacisku na prawidłowość pośredniego masażu serca z odpowiednią głębokością ucisku (5-6 cm) i odpowiednio dużą częstością (100-120/min.) oraz unikania przerw w pośrednim masażu serca

trwających powyżej 5 sek. autorzy podkreślają znaczenie monitorowania jakości działań resuscytacyjnych. Należy zwrócić uwagę na fakt, że nie tylko defibrylatory AED monitorują (nagrywają dźwięk i zapisują EKG) prowadzone działania resuscytacyjne, ale monitory-defibrylatory coraz częściej wyposażone są w moduły pamięci umożliwiające analizę wybranych czynności resuscytacyjnych, w tym przede wszystkim częstości prowadzonego pośredniego masażu serca i czasu trwania przerw w masażu serca. Na podstawie analiz prowadzonych działań resuscytacyjnych podkreślono, iż w wielu przypadkach rzeczywista jakość prowadzonych czynności resuscytacyjnych daleko odbiega od wytycznych postępowania. W tym kontekście pojawia się konieczność tworzenia metod i możliwości technicznych analizy jakości wybranych elementów technik resuscytacyjnych, jak również konieczność stałego szkolenia personelu. Z kwestią zapewnienia jakości nieodłącznie wiąże się prowadzenie rejestrów przypadków nagłego zatrzymania krążenia i analizy czynności resuscytacyjnych. W czasie obrad omówiono rolę i jakość danych gromadzonych w ramach narodowych rejestrów przypadków NZK (National Registry of CPR).

Często poruszanym podczas obrad tematem było zastosowanie zautomatyzowanych defibrylatorów zewnętrznych (AED) w warunkach przedszpitalnych, jak i szpitalnych. Podkreślono konieczność dalszego rozwijania programu publicznego dostępu do defibrylacji (PAD) oraz rolę defibrylatorów AED w skracaniu czasu do defibrylacji w przypadku migotania komór i częstoskurczu komorowego bez tętna w warunkach szpitalnych. W wystąpieniach wskazywano, że zastosowanie AED w warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnych umożliwia realne bardzo istotne (nawet kilkakrotne) zwiększenie skuteczności działań resuscytacyjnych. Przy odpowiednim przeszkoleniu

personelu i wyposażeniu oddziałów w defibrylatory AED możliwe jest spełnienie wymagań dotyczących czasu wykonania pierwszej defibrylacji w przypadku migotania komór i częstoskurczu komorowego bez tętna. Przesłanie wynikające z dyskusji jest następujące: defibrylatory AED powinny być stosowane również w warunkach szpitalnych, gdyż realnie mogą przyczynić

się do zwiększenia szansy na skuteczną resuscytację, a dotychczasowe doświadczenia ośrodków, które dysponują AED w różnych częściach szpitali są bardzo obiecujące.

Znaczenie hipotermii terapeutycznej w okresie poresuscytacyjnym doceniane jest od wielu lat. Aktualne wytyczne ERC 2010 podkreślają rolę hipotermii, na podstawie coraz większej liczby dowodów naukowych wskazujących na jej korzystne działanie, zwłaszcza po powrocie spontanicznego krążenia w przypadkach migotania komór i częstoskurczu komorowego bez tętna. W czasie trwania kongresu producenci przedstawiali sprzęt umożliwiający wywołanie i utrzymanie hipotermii terapeutycznej u pacjentów w okresie poresuscytacyjnym. Na uwagę zasługuje fakt, iż w wielu ośrodkach hipotermia terapeutyczna stosowana jest w okresie poresuscytacyjnym niemal rutynowo. W dobie nowych wytycznych i posiadania nowych dowodów naukowych można uznać, iż każdy ośrodek leczący pacjentów w okresie poresuscytacyjnym powinien dysponować możliwością stosowania hipotermii terapeutycznej.

W nowoczesnej formule dyskusji procon przedstawiano argumenty naukowe za jak i przeciw rutynowemu stosowaniu poszczególnych zaawansowanych technik w resuscytacji, w tym urządzeń mechanicznych do pośredniego masażu serca, rutynowemu stosowaniu adrenaliny w NZK, nauczania ratowników przypadkowych technik wentylacji, stosowaniu hipotermii terapeutycznej w okresie poresuscytacyjnym, konieczności oparcia wytycznych



Sala obrad kongresu

resuscytacji na dowodach poziomu 1 EBM (level 1 evidence), czy też zadań lekarzy w zakresie resuscytacji na etapie przedszpitalnym. W sesjach dotyczących trwających badań w obszarze resuscytacji analizowano znaczenie i możliwości terapeutyczne w przypadku zjawiska reperfuzji, stosowaniu urządzeń do mechanicznego prowadzenia pośredniego masażu serca.

W zakresie resuscytacji prowadzonych jest wiele nowoczesnie zaplanowanych badań naukowych a efektem prowadzonych badań mogą być zmiany w kolejnych edycjach Wytycznych Resuscytacji ERC w 2015 lub 2020 r.

Na każdym Kongresie ERC, w tym również Kongresie ERC 2010 w Porto bardzo dużo uwagi poświęcono edukacji. Zagadnienie to dotyczy zarówno szkolenia lekarzy, ratowników, pielęgniarek i studentów medycyny jak też przede wszystkim szkolenia



**Olbrzymi telebim z wykładem PALS**

ratowników przypadkowych – społeczeństwa w zakresie podstawowych czynności resuscytacyjnych. W czasie obrad przedstawiano politykę szkoleniową prowadzoną przez Europejską Radę Resuscytacji, oraz rad resuscytacji poszczególnych krajów. Omówiono również postęp i zmiany w zakresie kursów postępowania w urazach (European Trauma Course, ETC). Duży nacisk położono na nauczanie technik resuscytacji i zastosowania defibrylatora AED w szkoleniu dzieci i młodzieży w zakresie pierwszej pomocy. Podkreślono konieczność stosowania jasnych i klarownych wytycznych postępowania dla ratowników przypadkowych, przedstawiono materiały edukacyjne ułatwiające szkolenie dużych grup uczniów, studentów i innych osób w zakresie BLS. Dużo uwagi poświęcono również możliwości prowadzenia pośredniego masażu serca bez wentylacji w sytuacji, gdy ratownik przypadkowy nie przeszedł przeszkolenia w zakresie wentylacji bezprzryądowej lub ma opory przed wentylacją metodą bezprzryądową (usta-usta) nie dysponując żadnymi środkami ochronnymi. Jedną z sesji poświęcono możliwości wykorzystania środków masowego przekazu do promowania idei resuscytacji oraz propagowania prawidłowych technik i schematów postępowania. Coraz więcej uwagi poświęca się nauczaniu na odległość z wykorzystaniem internetu (e-learning) w zakresie zarówno podstawowych, jak i zaawansowanych czynności resuscytacyjnych wskazując, iż dzięki tym nowoczesnym technikom na-

uczania można stosunkowo szybko i tanio przeszkolić bardzo dużą liczbę fachowych pracowników jednostek ochrony zdrowia. Wniosek płynący z tej części obrad jest oczywisty do planowania działań resuscytacyjnych i praktyki tych działań należy zastosować podobne metody zapewnienia jakości jak w sporcie (Formuła 1) czy przemyśle – jedynie powtarzane ćwiczenia, szkolenia w jak największym stopniu oparte na realnych scenariuszach i dobrej jakości fantomach, a także analiza (włącznie z rejestracją) podejmowanych działań ratunkowych umożliwiają osiągnięcie i utrzymanie wysokiej jakości działań resuscytacyjnych w zakresie resuscytacji prowadzonej w warunkach szpitalnych, jak i przedszpitalnych.

Dość dużo uwagi poświęcono implementacji zmian w wytycznych resuscytacji wskazując, że zmiany w schematach postępowania w poszczególnych jednostkach ochrony zdrowia, czy systemach ratownictwa medycznego następują stopniowo i z pewnym opóźnieniem w stosunku do publikacji nowych wytycznych ERC lub AHA. Należy również założyć, że wprowadzenie nowych wytycznych resuscytacji ERC 2010 odbędzie się z pewnym opóźnieniem w czasie, ze względu na konieczność przeszkolenia dużej liczby fachowych pracowników ochrony zdrowia.

W zakresie podstawowych i zaawansowanych czynności resuscytacyjnych (ALS) wprowadzono konieczne zmiany w protokołach postępowania. Autorzy wytycznych stanęli w obliczu dylematu, w jakim zakresie należy zmieniać wytyczne biorąc pod uwagę dotychczasowe wyszkolenie lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarek, jak też posiadane przez nich doświadczenie i umiejętności oraz przede wszystkim świadomość społeczną i wiedzę w zakresie schematów podstawowych czynności resuscytacyjnych. Przez kilka lat poprzedzających ogłoszenie nowych wytycznych dokładnie analizowano wyniki badań naukowych pod kątem zwiększenia skuteczności działań resuscytacyjnych i oparcia wytycznych w jak największym stopniu na jak najlepszych dowodach naukowych.

Ponizej przedstawiono najważniejsze zmiany w zakresie podstawowych i zaawansowanych czynności resuscytacyjnych u osób dorosłych. Szczegółowe informacje, jak też wytyczne postępowania u dzieci i noworodków można znaleźć na witrynach internetowych Europejskiej Rady Resuscytacji ([www.erc.edu](http://www.erc.edu)) i Polskiej Rady Resuscytacji ([www.prc.krakow.pl](http://www.prc.krakow.pl)) oraz w odpowiednich publikacjach Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacji.

Najważniejsze zmiany w wytycznych podstawowych czynności resuscytacyjnych u osób dorosłych obejmują następujące kwestie:

- jednym z najistotniejszych elementów podstawowych czynności resuscytacyjnych (BLS) jest dobrze prowadzony pośredni masaż serca, z odpowiednio silnym i szybkim uciskaniem klatki piersiowej i umożliwieniem powrotu klatki piersiowej do pozycji wyjściowej po każdym uciśnięciu. Wytyczne ERC 2010 zalecają, aby częstość pośredniego masażu serca wynosiła co najmniej 100 uciśnięć/min (100-120/min.), a głębokość uciśnięć co najmniej 5 cm (5-6 cm) przy czym zasadnicze znaczenie ma minimalizacja czasu trwania przerw w pośrednim masażu serca;

- w przypadku osoby nieprzeszkolonej w zakresie podstawowych czynności resuscytacyjnych możliwe jest prowadzenie samego nieprzerywanego pośredniego masażu serca. Europejska Rada Resuscytacji nadal stoi na stanowisku, iż optymalnym postępowaniem jest dobrze prowadzony pośredni masaż serca wraz z wentylacją, jednak w przypadku braku umiejętności



**Dopisali liczni wystawcy**

prowadzenia sztucznego oddychania lub oporów przed wentylacją bezprzryądową, sam pośredni masaż serca bez wątpienia jest skuteczniejszym postępowaniem, niż niepodjęcie żadnych działań ratunkowych poza zaalarmowaniem centrum powiadamiania ratunkowego (dyspozytora pogotowia ratunkowego)



## Cd. ze str. 23

– proporcja uciśnień do wdechów u osób dorosłych pozostała bez zmian i nadal wynosi 30:2;

– wytyczne ERC 2010 podkreślają rolę oddechów agonalnych (pojedynczych westchnięć) jako bardzo istotnego objawu zatrzymania krążenia;

– w zakresie zautomatyzowanej defibrylacji zewnętrznej (AED) nie wprowadzono zasadniczych zmian. Podkreśla się konieczność skrócenia przerw w pośrednim masażu serca, wznowienia czynności resuscytacyjnych natychmiast po defibrylacji i prowadzenia pośredniego masażu serca nawet w momencie ładowania defibrylatora (celem jest skrócenie przerw w masażu serca).

W zakresie zaawansowanych czynności resuscytacyjnych u osób dorosłych wprowadzono pewne zmiany, jednak zasadniczy schemat działań ratunkowych jest bardzo podobny do Wytycznych ERC 2005.

Zmiany w zakresie czynności zaawansowanych dotyczą:

– położenia niezwykle dużego nacisku na minimalizację przerw w pośrednim masażu serca;

– kontynuacji pośredniego masażu serca w okresie ładowania defibrylatora (w celu minimalizacji przerw w pośrednim masażu serca) – postępowanie takie uważane jest obecnie za bezpieczne zwłaszcza w przypadku prowadzenia pośredniego masażu serca w rękawiczkach ochronnych (latek-sowych lub winylowych);

– możliwości wykonywania 3 defibrylacji pod rząd w przypadku wystąpienia migotania komór i częstoskurczu komorowego bez tętna u pacjenta w bezpośrednim okresie po zabiegu kardiochirurgicznym lub w pracowni koronarografii. Jednak nadal standardowe postępowanie obejmuje jedną defibrylację w cyklu.;

– wycofanie się z podawania leków resuscytacyjnych przez rurkę dotchawiczą (alternatywą w przypadku braku możliwości zapewnienia dostępu dożylnego jest obecnie dostęp doszpikowy);

– wycofania atropiny z rutynowego stosowania w asystolii i czynności elektrycznej bez tętna;

– wytyczne ERC 2010 kładą mniejszy nacisk na wykonywanie uderzenia w okolicę przedsercową, jak również na konieczność niezwłocznego przeprowadzenia intubacji dotchawiczej w przypadku nagłego zatrzymania krążenia;

– podkreślenie znaczenia stosowania kapnografii podczas działań resuscytacyjnych (prawidłowość intubacji jak też możliwość szybszego wykrycia powrotu spontanicznego krążenia) jak również wykonywania szybkiego badania ultrasonograficznego w celu wykluczenia potencjalnie odwracalnych przyczyn NZK;

– wytyczne ERC 2010 podkreślają znaczenie hipotermii terapeutycznej w okresie poresuscytacyjnym, jak również unikania nadmiernych stężeń tlenu w sytuacji powrotu rytmu serca i możliwości skutecznego monitorowania wysycenia hemoglobiny krwi tętniczej tlenem z użyciem pulsoksymetru (zalecona wartość SpO<sub>2</sub> 94-98%).

Podsumowując: w czasie trwania kongresu poruszono wiele aktualnych problemów z zakresu samej resuscytacji, jak też okresu poresuscytacyjnego, zapobiegania przypadkom NZK oraz edukacji i zapewnienia jakości. Badania naukowe, które omawiano w czasie kongresu sugerują, że w kolejnych latach można spodziewać się dalszych zmian w wytycznych tak, aby zwiększyć skuteczność działań resuscytacyjnych i w jak największym stopniu oprzeć wytyczne o jak najlepszej jakości dowody naukowe.

Po zakończeniu obrad w pięknym Porto, mieście, którego historia sięga czasów starożytnych i po krótkiej wizycie w Lizbonie, Bradzie i Fatimie zaczęliśmy przygotowania do powrotu do Polski. Stał on pod poważnym znakiem zapytania z powodu strajku hiszpańskich kontrolerów lotów. Przez kilka dni ruch lotniczy nad Hiszpanią był całkowicie sparaliżowany, media publikowały zdjęcia koczujących na lotniskach ludzi. Nerwowe telefony z pytaniami – jak i kiedy wrócimy odbierane od naszych rodzin towarzyszyły nam na kilkanaście godzin przed wylotem. Na szczęście energiczne działania władz hiszpańskich spowodowały, że kontrolerzy wrócili do pracy i dzięki temu do domów dotarliśmy z niewielkim opóźnieniem.

Kolejny kongres Europejskiej Rady Resuscytacji odbędzie się – miejmy nadzieję – w 2015 roku. Prawdopodobnie będzie on również powiązany z publikacją kolejnej edycji zmian w wytycznych resuscytacji.

## Pierwsza Wrocławska Szkoła Diabetologii Wieku Rozwojowego

Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego we Wrocławiu,

ul. H. Wrońskiego 13 c, zaprasza 8 lutego 2011 roku w godzinach 9.00-17.00 na pierwszą szkołę

poświęconą cukrzycy typu 1 u dzieci i młodzieży.

### Przewodnicząca komitetu organizacyjnego

dr hab. n. med. Anna Noczyńska prof. AM.

Miejsce spotkania: Ośrodek Państwowej Inspekcji Pracy  
Wrocław, ul. Kopernika 5

### Program:

1. Trudności diagnostyczne w rozpoznaniu cukrzycy w praktyce lekarza pediatry oraz lekarza rodzinnego.
2. Diagnostyka cukrzycy typu 1 oraz innych typów cukrzycy (cukrzyce monogenowe, cukrzyca podwójna)
3. Poliendokrynopatie – czy są problemem u chorych na cukrzycę, jak je rozpoznać?
4. Obecnie stosowane metody leczenia cukrzycy:
  - intensywna terapia cukrzycy,
  - terapia z użyciem osobistej pompy insulinowej
5. Nowe sposoby monitorowania cukrzycy
6. Żywnienie dziecka z cukrzycą

7. Dziecko z cukrzycą w praktyce lekarza podstawowej opieki pediatrycznej (infekcje ostre i choroby przewlekłe, szczepienia)
8. Powikłania ostre – kwasica i hipoglikemia
9. Przyczyny niepowodzeń w terapii cukrzycowej
10. Rozpoznanie i leczenie cukrzycy typu 2 u dzieci

Program szczegółowy szkoły z podaniem liczby punktów edukacyjnych zostanie Państwu przedstawiony na stronie internetowej w styczniu 2011 roku.

Do udziału zapraszamy lekarzy pediatrów, lekarzy rodzinnych oraz wszystkich zainteresowanych leczeniem dziecka chorego na cukrzycę typu 1 oraz 2.

**Udział w szkole jest nieodpłatny.**  
Rejestracja: [sekendo@spsk1.com.pl](mailto:sekendo@spsk1.com.pl)

## Rozstrzygnięcie konkursu literackiego „Chirurgia nadzieją człowieka”



Czasopismo Literackie EuroArt, Stowarzyszenie Instytut Twórców Animatorów Kultury Historii i Literatury, Grupa Literacka oraz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy zorganizowali konkurs literacki „Chirurgia nadzieją człowieka”, który rozstrzygnięto 19 października 2010 r. Według informacji organizatorów był to pierwszy w historii Polski i Europy konkurs literacki poświęcony chirurgom. Czteroosobowe jury dokonało oceny utworów autorstwa każdego z uczestników i wyłoniło następujących laureatów:

I miejsce: Janina Ostrowska za utwór prozatorski „Początki”.  
II miejsce: Monika Maciejczyk za utwór prozatorski „Róża”.  
III miejsce: Danuta Dobrucka za utwór poetycki „Chirurgia cudowną sztuką”.

Nagrody wręczali: prof. dr n. Med. Wojciech Witkiewicz – dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu oraz Tadeusz Hołubowicz, prezes grupy literackiej, redaktor naczelny redakcji Czasopisma Literackiego EuroArt. Konkurs zorganizowano jako imprezę towarzyszącą 521. posiedzeniu naukowemu Towarzystwa Chirurgów Polskich Oddział Dolnośląski. Posiedzenie zainaugurowane zostało koncertem organowym w wykonaniu prof. Moniki Krahfurst. Całą uroczystość 521. posiedzenia naukowego Towarzystwa Chirurgów Polskich Oddział Dolnośląski wraz z konferansjerką poprowadził prof. dr n. med. Wojciech Witkiewicz. **Poniżej przedstawiamy czytelnikom Medium nagrodzone prace.**



Od lewej: Janina Ostrowska, Monika Maciejczyk, Danuta Dobrucka



### Janina Ostrowska POCZĄTKI

Lata powojenne... W zrujnowanym Wrocławiu, między zwalami gruzów kiełkuje nowe życie. Powstają placówki służby zdrowia, szkoły, uczelnie. Przybywa przesiedlonych Polaków, którzy stracili rodziny, dobytek, zdrowie.

Wspólną, jedną uczelnię stanowi Politechnika Wrocławska i Wydział Lekarski wraz ze Studium Wychowania Fizycznego. Wydział Lekarski przeistacza się w Akademię Medyczną, Studium Wychowania Fizycznego w Wyższą Szkołę Wychowania

Fizycznego – późniejszą AWF. WSWF kształciła nauczycieli ze specjalizacją w różnych dyscyplinach sportowych oraz instruktorów gimnastyki leczniczej. Rehabilitacja była jeszcze w powijakach. Wykłady z gimnastyki leczniczej prowadził chirurg ortopeda dr Zbigniew Krynicki. Zajęcia praktyczne odbywały się w szpitalu przy pl. 1 Maja na oddziałach chirurgii, ortopedii, reumatologii oraz w ośrodku dla dzieci kalekich, przy ul. Poświęckiej prowadzonym przez dr. Krynickiego.

Mimo zakończenia działań zbrojnych, wojna dalej zbierała swoje żniwo. Do ośrodka trafiała młodzież i dzieci pozbawione wzroku, z oderwanymi przez niewypały kończynami oraz dzieci z porażeniami po poliomyelitis – chorobie Heinego – Medina, której straszna epidemia przetoczyła się przez glob cały, także Polskę. Kres jej położyło wynalezienie szczepionki przez dr. Jonasa Salka w Stanach Zjednoczonych, a w Polsce stosowanie szczepionki skojarzonej z Salk-Koprowski. Większość porażonych małych pacjentów wymagała interwencji chirurgicznej – zwalniania przykurczy mięśniowych, przeszczepów mięśni, protez, aparatów do chodzenia.

Wśród nich była dziewczynka z kikutami rąk i nóg w wyniku odmrożeń. Została zgubiona w zaspach śnieżnych, gdy rodzina uciekała nocą przed Niemcami. Odnaleziona po wielu godzinach nie dawała znaku życia. Chorowała długo, lecz kończyn nie dało się uratować – odpadły. Raczkowała na poowijanych szmatami kikutach. W takim stanie, czolgając się po podwórku wśród drobiu, w małej mazurskiej wiosce napotkał wrocławski lekarz – przyjaciel dr. Krynickiego. Wstrząśnięty wyglądem dziecka i historią nieszczęścia, za zgodą rodziców przywozi ją do Wrocławia. Zaszokowany stanem dziewczynki jest także dr Krynicki. Postanawia zrobić wszystko, co w ludzkiej mocy, aby biedactwu pomóc. Leczenie rozpoczyna od zwalczania infekcji skóry i kikutów kończyn, wzmacniania nadwątlonego organizmu, następnie przygotowania układu mięśniowego do zabiegów operacyjnych. Podczas konsultacji z prof. Wiktorem Degą z Poznania ustalono dalszy tok postępowania, kolejność amputacji kikutów i zabiegów do zaprotezowania. Jednocześnie trwało przygotowanie psychiczne dziecka do trudnej walki o nowe rączki i nóżki. Dziewczynka dobrze się zaadaptowała w ośrodku. Była pogodna, ufna, rozumna. Cierpliwie znosiła ból i rozłąkę z rodziną. Stała się ulubienicą całego personelu.

Nastąpił najcięższy okres – kolejnych amputacji kikutów, zabiegów operacyjnych przystosowujących do noszenia protez, następnie zmuszonej nauki wykonywania podstawowych czynności życiowych, pierwszych kroków na aparacie szynowym, przyrządach, kulach.

Protezy projektował i czuwał nad ich wykonaniem sam dr Krynicki w nowo powstałej protezowni podległego mu ośrodka. Zatrudnienie w niej znaleźli byli kalecy – wychowankowie doktora. W warsztatach szwskich robiono buty ortopedyczne na miarę, aparaty do chodzenia, protezy. W tym ciężkim okresie nie zaniedbywano rozwoju psychicznego dziecka. Dowożono Krysię – o ile to było tylko możliwe – na lekcje do przykładowej szkoły podstawowej. Objęta była także nauczaniem indywidualnym. Wszystkich czynności, każdego ruchu uczył ją sam dr Krynicki. Był nie tylko lekarzem, najtroskliwszym opiekunem, zastępował ojca. Poświęcał jej dużo czasu po pracy.

**Cd. na str. 26.**



## Cd. ze str. 25

Krysia zamieszkała w domu państwa Krynickich. Opanowała podstawowe czynności życiowe – stała się samodzielną. Potrafiła „nowymi rękoma” zapleść warkocz, posłużyć się igłą. Z bardzo dobrymi ocenami zdała maturę. Doktor zapewnił jej pierwszą pracę – obsługiwała centralę telefoniczną w ośrodku.

Była ambitna i zdolna. Marzyła o studiach, o pracy, w której mogłaby pomagać ludziom.

Z pomocą przychodzi prof. Dega, który przez całe lata leczenia interesował się przypadkiem Krysi. Zabiera ją do Poznania, pomaga w wyborze uczelni, zapewnia egzystencję. Dziewczyna pomyślnie kończy studia, podejmuje pracę, zakłada rodzinę!

Ilekróć słyszę lub czytam o osiągnięciach chirurgów z Trzebnicy, sukcesach medycyny za granicą, wracam myślą do ośrodka dla dzieci kalekich na Poświęckiej, do realiów tamtych lat. Myślę o ludziach w bieli – lekarzach ze stalową wolą i tych wielkich sercach, których heroiczne działania przywracały pacjentom wiarę w siebie, dawały nowe życie. Myślę o tym jak wielkie możliwości otwierają się przed medycyną, chirurgią, za sprawą najnowszej techniki.

Dumna jestem, że mogłam słuchać wykładów dr. Krynickiego – pioniera rehabilitacji we Wrocławiu, współpracować z Nim i Jego zespołem.

Cieszę się, że dzięki konkursowi mogłam opowiedzieć historię dziecka wojny wydartego okrutnemu losowi. Dziecka, któremu lekarze przywrócili człowieczeństwo i podarowali godne życie.



## Monika Maciejczyk RÓŻA

Stali w strugach ulewnego deszczu u wrót Różanego Dworu. Matka, Ojciec i Dziecko. Przemoczeni i smutni. Dziecko wyglądało strasznie. Miało olbrzymią, potworkową głowę, której rozmiary kłóciły się z Naturą, krzycząc i skrzecząc. Niemy Krzyk zawisł w dżdżystym powietrzu, stłoczonym pomiędzy czarną deszczową chmurą przegładającą się w równie czarnych i deszczowych kałużach. Z głowy owej olbrzymiej patrzyły na mnie maleńkie oczka. Tak maleńkie, jakby nie mogły pomieścić i objąć wymiarów naszego cudnego, boskiego i dobrego Świata. Oczy owe barwy niepoznanej, ciekawie wyzierały na ten Świat Boży, spragnione poznania, łakomie chwytając każdy szczegół istnienia.

Wtedy odezwał się Ojciec.

Przyjechaliśmy do Kliniki Cudów. Dziecko ratować – dodał. Chcemy zamieszkać na czas Operacji. My ze wsi, spod Łomży. Weszli.

Po pokoju rozniósł się zapach gorącej herbaty. Pili ją powoli, z namaszczeniem. Matka była pokorna i jakby pogodzona z Dobrem i Złem tego Świata. Piła spokojnie, cedząc małymi łyżkami, bursztynowy, gorący płyn. Ojciec staczał sam ze sobą jakąś Wielką i Niewidzialną Walkę... Walkę Miłości z Nienawiścią. Miłości z brakiem Akceptacji. Miłości ze wstydem, poniżeniem i poczuciem krzywdy. Tak wielkiej, że nie da się jej wyrazić słowami. Mówiły tylko oczy. Bowiem one potrafią wyrazić najwięcej... Córka... Córeczka. Bo była to Dziewczynka. I gdy patrzył na nią... W jej maleńkie zagubione oczy twarz jego łagodniała i... wygrywała Miłość. Wielka Miłość.

Lato pachniało w tamtym roku wilgocią i dojrzałością gruszy. I nadszedł Wielki Dzień. Dzień pierwszej Operacji. Wyjechali zmartwieni, zabierając Dziecko z Wielką Głową, szczerlnie spowitą w białych, pachnących szpitalnym bandażach.

Wrócili jesienią. Listopad szklił przydrożne kałuże. Nagie, czarne drzewa wołały, wyciągając w rozpacz ramiona ku Niebu.

Ale przecież nikt nie słyszy drzew... Druga Operacja również przebiegła pomyślnie. Odjeżdżając do swojej Małej Ojczyzny pod Łomżą powiedzieli smutno... Wrócimy za rok.

Rok następny był suchy i gorący. Spragniona ziemia ocze kiwała deszczu tak cicho i pokornie jak owi Rodzice Wielkiej Przemiany Swojego Dziecka.

Przyjeżdżali wiele razy. Dziewczynka zmieniała się i rosła. Rosła ku górze jak młoda sosna. Ruchy miała ładne, gibkie. Twarz jednak zasłaniała długimi, kruczoczarnymi włosami. Trudno było dostrzec cokolwiek. Lata bólu i odrzucenia przez rówieśników i społeczeństwo. Lata przeżyć i poniżeń. Lata łez i buntu. A także lata życzliwego wścibstwa i cichych, męczących szeptów. To tu – to tam. Za plecami, z boku, z kącika. Nigdzie nie było bezpiecznie... Nigdzie nie było spokojnie. To jak polowanie... Polowanie wzrokiem badawczym i nieubłagającym, rejestrującym Odstępstwo. Odszczepieniec. Boże, Odszczepieniec. Odmieniec skłócony ze Światem... I włosy owe, kruczoczarne, piękne, lśniące... były ucieczką. Były oazą spokoju. Były wytchnieniem. Osłaniały Inność w sposób zdecydowany i przerywający badawczy kontakt wzrokowy, jednym akordem. Bez Pytań i Odpowiedzi. Jak wykrzyknik! Cudowna Zasłona. Zasłona przed Wielką Rodziną Ludzką.

Mijały lata. A oni przyjeżdżali. Przyjeżdżali do Kliniki Cudów, aby oddać Córeńkę – życie swoje i Przyszłość w ręce lekarzy chirurgów. Tych noszących brzemień Przysięgi Hipokratesa. Raz było zimno, raz gorąco. Raz wesoło, raz smutno. Płakali po cichu lub głośno się śmiali. A życie znajdowało sobie swoje własne ścieżki.

Czas płynął jak rzeka. Miejscami wzburzona i rwąca, a już po chwili spokojna, tworząca rozlewiska, pełne dostatku ryb i śpiewu ptaków.

Minęły Lata.

I nadszedł ten Dzień. Wielki Dzień.

Dzwonek u drzwi zagrał wesoło. U Wrót Różanego Dworu stała Dziewczyna. Dziewczyna jak Róża. Wysoka i szczupła, opalona. Stała tak w promieniach Słońca i milczała. Twarz była jasna i spokojna. Piękna! Uduchowione, duże, brązowe oczy, ocienione ciemnymi rzęsami spoglądały na wszystko tak znajomo. Tak, jak gdyby Dziewczyna wróciła z dalekiej Podróży. I nagle... promień Słońca zagubił się w kruczoczarnych jej włosach i lśnić począł... i nagle... Nie, to niemożliwe...

A wtedy powiedziała. Oto jestem Ja. I to Ja... było jak Słońce, jak Dzień Radosny, jak Życie Nowe. Jak Nadzieja na Przyszłość.

Nadzieja podarowana kiedyś, dawno temu, przed laty małemu skrzywdzonemu dziecku... A było to w pewien dżdżysty, deszczowy dzień, pełen czarnych, deszczowych chmur, przegładających się w równie czarnych i deszczowych kałużach...



## Danuta Dobrucka CHIRURGIA CUDOWNĄ SZTUKĄ

Chirurg to czarodziej  
Maestro  
W trudnych chwilach  
swoje myśli poświęca  
Tobie  
Jego ręce  
podobne rękóm wirtuoza  
czynią cuda  
Sprawiają, że świat  
Twojej psychiki

zmienia się  
z zatrwożonej  
w psychikę nadziei  
odganiają troski  
przywracają dobro  
dają Ci znowu  
radość istnienia  
a chirurgowi  
szczęście  
spełnienia.

## Pierwszy Zjazd Absolwentów Oddziału Stomatologii Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu rocznik 1985

Spotkaliśmy się pierwszy raz po 25 latach od ukończenia studiów. Było to dla nas wszystkich ogromne przeżycie.

Te okrzyki tych, którzy się poznali. Te zakłopotane miny tych, którzy się nie rozpoznali. To zdziwienie na widok tych, którzy przyjechali z tak bardzo daleka.

Te serdeczne uściski z dawno niewidzianymi koleżankami i kolegami. Te niekończące się opowieści, salwy śmiechu i wspólna zabawa.

Najlepszym dowodem na to, jak bardzo tego potrzebowaliśmy, było wzruszenie i łzy, które nam towarzyszyły, gdy musieliśmy się rozstać i zakończyć zjazd.

Spotkanie odbyło się w sobotę, 2 października 2010 r.

Rozpoczęliśmy zjazd o godz. 10.30 mszą św. w kaplicy Szpitala Akademickiego przy ul. Borowskiej we Wrocławiu w intencji całego rocznika 85, a szczególnie tych, których już z nami nie ma.

Po śniadaniu studenckim w Audytorium Jana Pawła II wysłuchaliśmy wykładu profesora Jana Miodka.

Wieczorem o godz. 19.00 spotkaliśmy się na bankiecie w hotelu Wrocław.

Wspaniała zabawa z tańcami i multimedialną prezentacją studenckich zdjęć sprzed 25 lat trwała do godz. 4.00

nad ranem i zakończyła się wspólnym planowaniem następnego zjazdu.

Za możliwość przeżycia tego wszystkiego chcieliśmy bardzo podziękować tym, którzy pomogli w zorganizowaniu I Zjazdu Absolwentów Oddziału Stomatologii Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu rocznika 1985, a w szczególności:

pani Patrycji Malec z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej,  
panu Arturowi Parafińskiemu, Kanclerzowi AM we Wrocławiu,

panu Profesorowi Janowi Miodkowi,  
księdzu Kazimierzowi Sroce.

panu Jackowi Zygałdo, dyrektorowi hotelu Orbis Wrocław, całemu personelowi hotelu,

a także WSZYSTKIM UCZESTNIKOM ZJAZDU!!!

Komitet Organizacyjny I Zjazdu Absolwentów  
Aneta Łojewska-Klimek i Waldemar Jarosiewicz

ABSOLWENCI 1985 - 2010

AKADEMIA MEDYCZNA  
WROCLAW 2 x 2010



Doktorowi **Włodzimierzowi Bednorzowi**, wieloletniemu  
prezesowi Dolnośląskiej Izby Lekarskiej,  
żonie Zmarłego i najbliższej Rodzinie  
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci **OJCA**  
**ZBYSZKO BEDNORZA**  
składa redakcja **MEDIUM**

13 grudnia 2010 zmarł w wieku 95 lat  
**PROF. JAN SŁOWIKOWSKI**  
twórca chirurgii dziecięcej na Dolnym Śląsku, nestor  
chirurgów polskich, wychowawca wielu pokoleń lekarzy.  
Wyraży współczucia Rodzinie Zmarłego składają  
Prezes i członkowie Rady DIL

Panu dr. **Włodzimierzowi Bednorzowi** wyraży głębokiego  
współczucia z powodu śmierci  
**OJCA**  
składają członkowie Komisji Bioetycznej przy  
Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu

Z żalem zawiadamiamy o śmierci naszej Koleżanki  
**lek. dent.**  
**EWY PATERKI**  
Łączymy się w przeżywaniu bólu z jej bliskimi.  
Lekarze stomatolodzy z Delegatury DIL w Jeleniej Górze

Z żalem zawiadamiamy, że 3 grudnia 2010 zmarła nasza  
Koleżanka  
**NADZIEJA MARCZYŃSKA**  
**Z DOMU BUGAJSKA**  
specjalistka medycyny pracy i laryngolog,  
kochająca córka, żona, mama i babcia dwójki wnuków.  
Grono przyjaciół AM'1978

Wyraży najgłębszego współczucia doktorowi  
**Włodzimierzowi Bednorzowi**  
z powodu zgonu **OJCA**  
**ZBYSZKO BEDNORZA**  
składają pracownicy Kliniki Endokrynologii, Diabetologii  
i Leczenia Izotopowego

Naszej Koleżance  
**dr Irenie Bujwid-Jagielskiej**  
wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci  
**MATKI**  
składają  
kierownik i pracownicy Katedry i Zakładu Stomatologii  
Zachowawczej i Dziecięcej AM we Wrocławiu

Rodzinie  
śp.  
**dr n. med.**  
**BARBARY BUJWID**  
wyraży szczerego współczucia  
składają  
koleżanki i koledzy z Oddziału Dolnośląskiego  
Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

Z ogromnym żalem i smutkiem żegnamy  
wieloletnią adiunkt Katedry Ortopedii Szczękowej  
i Ortodoncji AM we Wrocławiu  
**dr n. med.**

**BARBARĘ BUJWIDOWĄ**  
Wyraży szczerego współczucia Rodzinie i Bliskim  
składają kierownik i zespół pracowników Katedry Ortopedii  
Szczękowej i Ortodoncji AM we Wrocławiu  
oraz Członkowie Wrocławskiego Koła Regionalnego  
Polskiego Towarzystwa Ortodontycznego

Panu Doktorowi  
**Jarosławowi Jancowi**  
przewodniczącemu Koła przy Szpitalu Klinicznym nr 1 we  
Wrocławiu  
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci  
**OJCA**  
składają  
Dolnośląska Rada Lekarska

Oddział Dolnośląski Towarzystwa Chirurgów Polskich  
informuje, że  
20 sierpnia 2010 r zmarł po długiej i ciężkiej chorobie  
**prof. dr hab.**  
**WIKTOR BEDNARZ**  
Przewodniczący Dolnośląskiego Oddziału Towarzystwa  
Chirurgów Polskich  
wybitny chirurg, długoletni pracownik  
I Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej,  
Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej  
Akademii Medycznej we Wrocławiu  
wychowawca wielu pokoleń chirurgów.  
Panie Profesorze nigdy nie zapomnimy co Pan Profesor  
zrobił dla dolnośląskiej chirurgii.  
Rodzinie Zmarłego składamy wyraży głębokiego  
współczucia.

Z żalem zawiadamiamy, że 6 listopada 2010 zmarła  
**lek. pediatra**  
**WIESŁAWA**  
**MŁYNARSKA-PISKOZUB**  
Wyraży serdecznego współczucia z powodu śmierci **MATKI**,  
synom: lek. med. Tomaszowi i Piotrowi Piskozub składają  
lekarze z Delegatury DIL w Jeleniej Górze

## O prof. dr. hab. n. med. Januszu Dawiskibie 1943-2010

Tadeusz Łukieńczuk



5 grudnia 2010 r. zmarł nagle prof. dr. hab. n. med. Janusz Dawiskiba, kierownik I Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu.

**P**rof. Janusz Dawiskiba urodził się 27 lipca 1943 roku w Budzanowie.

Studia medyczne odbywał na Wydziale Lekarskim AM we Wrocławiu w latach 1961-1967. Pracę zawodową podjął początkowo jako stażysta w Szpitalu Miejskim im. Rydygiera we Wrocławiu a następnie w Szpitalu Wojewódzkim w Kielcach.

W 1974 roku podjął pracę w Klinice Chirurgii Naczyniowej we Wrocławiu, a od 1979 roku kontynuował pracę w I Katedrze Chirurgii we Wrocławiu przy ul. Księcia Poniatowskiego 2. W 1972 roku uzyskał I stopień specjalizacji, a w 1976 roku drugi stopień z chirurgii ogólnej. W 1976 roku otrzymał stopień doktora nauk medycznych. W okresie 1981-1982 w ramach uzyskanego stypendium odbył roczny staż naukowy w Klinice Chirurgii Doświadczalnej przy Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Lund w Szwecji prowadząc pod kierunkiem prof. Stig Bengmarka badania doświadczalne na zwierzętach. W 1993 roku uzyskał stopień doktora habilitowanego. 1 października 1999 roku w wyniku postępowania konkursowego powołany został na kierownika I Katedry i Kliniki Chirurgii, która została przekształcona w I Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej. W latach 1999-2001 pełnił funkcję konsultanta wojewódzkiego ds. chirurgii ogólnej dla województwa dolno-

śląskiego. Był członkiem Zarządu Oddziału Dolnośląskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich. Tytuł naukowy profesora otrzymał 11 kwietnia 2003 roku. W 2007 roku po zlikwidowaniu szpitala we Wrocławiu przy ul. Księcia Poniatowskiego 2 kontynuował pracę jako kierownik kliniki we Wrocławiu przy ul. Curie-Skłodowskiej 66.

Profesor Janusz Dawiskiba był autorem lub współautorem około 200 prac naukowych oraz doniesień zjazdowych opublikowanych w recenzowanych czasopismach lub prezentowanych na zjazdach naukowych krajowych i zagranicznych.

Zainteresowania naukowe prof. Dawiskiby były wielokierunkowe: od chirurgii naczyniowej przez chirurgię gastroenterologiczną po chirurgię endokrynologiczną.

Wiele prac dotyczyło problemów chirurgii dróg żółciowych, wątroby i żółtaczk mechanicznej. Szczególnie cenne były obserwacje kliniczne i badania doświadczalne na zwierzętach. Prof. Dawiskiba był kierownikiem wielu wielośrodkowych grantów naukowych. Od lat 90. prowadził badania w zakresie leczenia nienowotworowych schorzeń jelita grubego, polipowatości rodzinnej z wytwarzaniem zbiorników jelitowych. Również wiele cennych obserwacji klinicznych dotyczyło leczenia chirurgicznego chorób tarczycy.

Prof. Dawiskiba był promotorem trzech prac doktorskich, recenzentem kilku prac

doktorskich i recenzentem wielu prac naukowych w czasopiśmie.

Specjalizował lekarzy w zakresie chirurgii. Był dobrym dydaktykiem. Prowadził wykłady i ćwiczenia ze studentami 4 roku Wydziału Lekarskiego AM. Kształcił lekarzy na kursach podyplomowych.

Prof. Dawiskiba za działalność naukową i organizacyjną otrzymał kilkakrotnie nagrody rektorskie. Był odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Edukacji Narodowej, otrzymał Odznakę Honorową Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia, był wyróżniony Medalem 50-lecia AM we Wrocławiu.

Prof. Dawiskiba swoją pracę naukową i zawodową traktował jako misję szczególną, której często podporządkowywał swoje życie osobiste. Był człowiekiem bardzo wrażliwym, starającym się rozwiązywać narastające problemy służby zdrowia szpitala, w którym pracował.

Na szczególne podkreślenie zasługuje dbałość Pana Profesora o personel pielęgniarski i zespoły operacyjne.

14 grudnia 2010 r. w Domu Lekarza przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 odbyło się spotkanie organizowane przez Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej, na którym wspomniano prof. Janusza Dawiskibę. Warto podkreślić, że ostatni slajd z sylwetką Profesora miał podpis: „To był dobry Człowiek”.



## Zbyszko Bednorz

*To człowiek niezłomnych zasad, którym pozostawał wierny niezależnie od sytuacji, w jakiej się znalazł. Był patriotą, jednak jego miłość do Ojczyzny nie była podszyta szowinizmem. Tym sposobem wzbudzał szacunek nawet wśród swoich przeciwników.*

Harry Duda

**Z**marł Zbyszko Bednorz – pisarz, poeta i publicysta, autor ponad 30 książek, działacz kulturalny, wieloletni prezes opolskiego oddziału Związku Literatów Polskich. Był honorowym obywatelem Opolszczyzny i profesorem opolskiego uniwersytetu. Miał 97 lat.

Zbyszko Bednorz urodził się w 1913 roku w Skalmierzycach w Wielkopolsce. W czasie II wojny był delegatem Rządu Londyńskiego na kraj. Walczył w Powstaniu Warszawskim. Po upadku powstania został wywieziony do obozu jenieckiego

w Spellen nad Renem. Uciekł stamtąd i do końca wojny działał w podziemiu.

Aresztowany przez UB w 1948 roku, został skazany na karę śmierci zamienioną później na 15 lat więzienia. O łaskę dla Bednorza apelowali wówczas m.in.: biskup katowicki Herbert Bednorz, pisarz Gustaw Morcinek i szef PAX-u Bolesław Piasecki. Zwolniony w 1951 roku przyjechał do Opola, gdzie znalazł pracę w lokalnym dodatku „Słowa Powszechnego”.

W pisarskim dorobku Bednorza jest ponad 30 książek. Prace literackie, naukowe i publicystyczne publikował m.in. w „Odrze”, „Tygodniku Warszawskim”, „Gościu Niedzielnym” i „Kierunkach”. Jego ostat-

nia książka to niewielki tomik wspomnień pt. „Pielgrzymowanie nasze niepojęte”.

Bednorz został nagrodzony tytułem Honorowego Obywatela Województwa Opolskiego. Otrzymał też pierwszy w historii Uniwersytetu Opolskiego tytuł honorowego profesora.

Zbyszko Bednorz spoczął w Alei Zasłużonych na cmentarzu w Półwsi. Synowi – dr. Włodzimierzowi Bednorzowi, wieloletniemu prezesowi Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, żonie Zmarłego i najbliższej rodzinie składamy wyrazy szczerego współczucia.

(PAP, jbog)



W Berlinie jeden z profesorów za operację zażądał wysokiego honorarium, skoro chory odmówił zapłaty, oddał sprawę do sądu. Sąd oddalił pretensję profesora, zaznaczając, że o ile lekarz nie chce kontentować się zwykłym honorarium, winien sprawę załatwić z chorym przed operacją. „Medycyna i Kronika Lekarska” 1909, XLIV, 325

Dr Schweningen był przedmiotem rozpraw w parlamencie niemieckim. Chodziło mianowicie o utworzenie nowej katedry dla niego oraz o uposażenie takowej. W liczbie innych mówców prof. Virchow powstawał gorąco przeciw udzieleniu katedry d-rowsi Schweningenowi, dowodząc, że fakt ten poniża znaczenie wszystkich uniwersytetów niemieckich. Dowodzenie ministra Gossler'a,

że katedra musi być utworzoną i oddaną Schweningenowi oparte było głównie na tem, że jakkolwiek Schw. wistocie wykroczył niegdyś w Monachium jeszcze - przeciwko przyzwoitości, za co był karany więzieniem i musiał z uniwersytetu wystąpić, to jednak usługa wyrządzona kancierzowi, a zarazem całej monarchii, równoważy to przewinienie; przysięgą obecność Schweningera potrzebną jest dla zdrowia Bismarcka i trzeba stworzyć posadę, któraby d-ra Schw. w Berlinie utrzymywała. Sejm uchwalił utworzenie posady, a wybór profesora polecił p. ministrowi. Schw. zostaje więc profesorem. (Deutsche Med. Ztg. 5 i 9 marca r. b.) „Kronika Lekarska” 1885, VI, 281  
Zebrał i opracował Andrzej Kierzek



### Sobotni pacjent

W zasadzie to już od czwartku wszyscy szykują się na weekend. W szpitalach na piątek planowane są wypisy chorych do domu, w domach trwają przygotowania do wyjazdu na narty. Niektórzy dyżurni narzekają na swój los, inni snują plany na następne wyjazdy w zaoszczędzonych dniach. Nadchodzi piątek, rozgardiasz, korki w dziale statystyki, korki na drogach, po prostu normalny koszmar. Ci, którzy mieli wyjechać – wyjechali. Nadchodzi sobota.

Przyjeżdża ciężki pacjent. SOR cały w nerwach, panuje twórcze podniecenie.

Coś z nim trzeba zrobić – może na chirurgię? Nie przyjęli.

Na neurologię? – Za zdrowy.

No to na internę, w końcu to królowa nauk medycznych.

Badania krwi – poszły, kiedy będą? Może za 2-3 godziny, w końcu w laboratorium też jest sobota.

Rentgen (TK) działa oczywiście, to znaczy złośliwe elektrony fruują jak trzeba, tylko mamy kłopoty z opisem zdjęcia, tak na oko w komputerze (szpital jest osieciowany!) coś tam widać, ale potrzebne jest jednak oko radiologa, a na to oko właśnie zabrakło pieniędzy w budżecie szpitala... Ultradźwięki też są, ale akurat dziś nie ma nikogo, kto potrafi je odczytać...

Logika wskazuje, że konieczne byłoby wykonanie gastrofiberoskopii, ale przecież nie w sobotę!

Ale ogólnie wszystko w takim szpitalu jest w najlepszym porządku, dyżurni pracują w pocie czoła, nie wiadomo o co chodzi tym rozszczeniowym pacjentem.

Tylko, cholera, to ja byłem tym chorym!

Wasz, już zdrowy mimo wszystko  
dr Józef emeryt

### POMRUK SALONÓW

Uniwersytet Wrocławski w połowie listopada od lat obchodzi swoje święto. Jest to zawsze okazja do uhonorowania osób zasłużonych dla uniwersytetu. W tym roku doktorat honoris causa otrzymał prof. Georges Boulon z Lyonu. Jest on wybitnym fizykiem i chemikiem specjalizującym się spektroskopii atomowej i molekularnej materiałów luminescencyjnych oraz optyki nieliniowej. Od 20 lat ściśle współpracuje z wrocławskimi chemikami, co zaowocowało wieloma wspólnymi projektami badawczymi. Co roku władze uniwersytetu przyznają też nagrody księżnej Jadwigi Śląskiej za szczególne zasługi dla Śląska. W tym roku laureatkami zostały prof. Gesine Schwan i prof. Dorota Simonides. Pierwsza z pań była wieloletnim rektorem Uniwersytetu „Viadrina” we Frankfurcie nad Odrą i kandydatką na prezydenta Niemiec, druga z pań pochodząca z Opola ma duże zasługi na polu porozumienia polsko-niemieckiego na Śląsku Opolskim. Miłym akcentem uroczystości było wręczenie Złotego Krzyża za Zasługi na Rzecz Republiki Austrii pani Dalii Żminkowskiej, wieloletniej szefowej Biblioteki Austriackiej we Wrocławiu. Ma ona też olbrzymie zasługi dla organizacji corocznego Festiwalu Muzyki Wiedeńskiej, który cieszy się olbrzymim zainteresowaniem publiczności.

W tym samym pięknym wnętrzu Auli Leopoldyńskiej świętował swoje 10-lecie Chór Kameralny Akademii Medycznej. Tak wypełnionej auli jeszcze nigdy nie widziałem. Chór kierowany cały czas przez Agnieszkę Franków-Zelazny jest w chwili obecnej jed-

nym z najlepszych chórów w Polsce, zdobywa na wszystkich festiwalach czołowe miejsca, a jego szefowa wyrasta na jedną z czołowych osobistości muzycznych naszego miasta. Jej upór, talent, zdolności do integracji młodych śpiewaków są godne podziwu. W finałowej pieśni wykonywanej przez wszystkich dotychczasowych chórzystów na scenie zabrakło dla nich po prostu miejsca. Przypominam sobie pierwsze próby stworzenia chóru na naszej uczelni przed 44 lata. Wtedy jego dyrygentem był późniejszy rektor Akademii Muzycznej Marek Dyzewski. Mimo dużego zaangażowania dyrygenta i samych chórzystów chór nie przetrwał, niestety, próby czasu. Stąd tym większe gratulacje dla obecnej dyrygentki z życzeniami dalszych sukcesów.

Politechnika Wrocławska świętuje swoje setne urodziny. Powołana do życia za panowania ostatniego cesarza niemieckiego Wilhelma II przedstawiona została na zdjęciach swojego absolwenta prof. Janusza Pawlikowskiego. Pokazał on piękno architektury swojej uczelni powstałej na początku XX wieku. W Starym Ratuszu spotkali się luminarze politechniki, których, na co dzień rzadko można spotkać na tego typu wernisażach. Komisarz wystawy Zdzisław Olshanowski (notabene mąż naszej koleżanki) w sposób perfekcyjny pokazał piękno „Starego w Nowym”.

„Wybitni wrocławianie z wielokulturowej historii miasta” to tytuł sesji popularnonaukowej zorganizowanej już po raz piąty przez Niemieckie Towarzystwo Społeczno-Kulturalne. W ramach tego wydarzenia

przedstawiono także sylwetki dwóch medyków Jana Ewangelistę Purkyniego i Otfrieda Foerstera. Pierwszy z nich znakomity fizjolog, był wielkim przyjacielem polskich studentów studiujących w XIX wieku we Wrocławiu. Drugi znakomity neurolog uważany jest za twórcę europejskiej neurochirurgii, a jego sława sprawiła, że przez prawie dwa lata leczył porażonego po udarze Lenina stosując wtedy wchodzącą w życie terapię zajęciową. Podpisał także protokół zgonu Lenina i pełnił rolę przy jego trumnie. Zmarli z żoną prawie jednego dnia, a ich grób na cmentarzu świętego Wawrzyńca jest jednym z nielicznych zachowanych niemieckich grobów.

Opera Wrocławska była miejscem obchodów 60-lecia istnienia Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc. Wysłuchaliśmy między innymi wykładu prof. Kołodziejca o torakochirurgii XXI wieku. Okazało się, że Wrocław jest nie tylko kolebką neurochirurgii, ale także światowej torakochirurgii dzięki pierwszemu w historii chirurgicznemu otwarciu klatki piersiowej przez Mikulicz-Radeckiego w 1904 roku. Do wspaniałych tradycji Mikulicza nawiązał na początku grudnia prof. Witkiewicz wykonując po raz pierwszy w Polsce zabieg chirurgiczny z użyciem robota da Vinci. Powiało w naszej mizernej służbie zdrowia wielkim światem i wszyscy na moment zapomnieli o braku pieniędzy na planowe zabiegi. Jak widać wszędzie potrzebni są wizjonerzy. Życzę Wam w Nowym Roku wizjonerstwa, na co dzień i czerpania z dobrych wzorców

BYWALEC

## UCHWAŁA NR 251A/2010 DOLNOŚLĄSKIEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 9 WRZEŚNIA 2010 ROKU

w sprawie organizacji  
V Polsko-Niemieckiego Sympozjum

Na podstawie art. 25 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 219 poz. 1708) uchwała się, co następuje:

### § 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu powołuje Józefa Lułę na pełnomocnika DRL ds. organizacji i finansowania V Polsko-Niemieckiego Sympozjum „Przeszłość zrozumieć – przyszłość kształtować”, organizowanego w dniach 6-8 października 2011 r.

## UCHWAŁY PREZYDIUM DOLNOŚLĄSKIEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 9 GRUDNIA 2010 ROKU

### NR 334

w sprawie bezzwrotnej zapomogi

Na podstawie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. nr 219 poz. 1708) uchwała się, co następuje:

### § 1

Prezydium DRL we Wrocławiu przyznaje lekt. dent. (...) bezzwrotną zapomogę w wysokości 4.000 PLN.

### NR 335

w sprawie redaktora naczelnego gazety *MEDIUM*

### § 1

Prezydium DRL we Wrocławiu powołuje Józefa Lułę na stanowisko pełniące obowiązki redaktora naczelnego gazety *MEDIUM*, do czasu zatrudnienia kandydata wyłonionego w drodze konkursu na ww. stanowisko.

### NR 336

w sprawie nieruchomości przy  
ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu

### § 1

Prezydium DRL we Wrocławiu zobowiązuje zespół ds. modernizacji nieruchomości przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu do ogłoszenia, przeprowadzenia i wyłonienia w drodze konkursu firmy, która wykona prace archeologiczne na potrzeby realizacji inwestycji dot. ww. nieruchomości oraz do przedstawienia Dolnośląskiej Radzie Lekarskiej wyniku postępowania konkursowego w celu jego ostatecznego zatwierdzenia.

### NR 337

w sprawie nieruchomości przy  
ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu

### § 1

Prezydium DRL we Wrocławiu zobowiązuje zespół ds. modernizacji nieruchomości przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu do ogłoszenia, przeprowadzenia i wyłonienia w drodze konkursu inwestora zastępczego na potrzeby realizacji inwestycji dot. ww. nieruchomości oraz do przedstawienia Dolnośląskiej Radzie Lekarskiej wyniku postępowania konkursowego w celu jego ostatecznego zatwierdzenia.

### § 2

Uchwały wchodzą w życie z dniem podjęcia.



## DIALYSE TRAININGS-ZENTREN GmbH

Dialyse Trainings-Zentren GmbH / Centra treningowe dializy Sp. z o.o. jako firma niemiecka z siedzibą w Norymberdze oferuje w szerokim zakresie usługi medyczne. W naszych placówkach w Niemczech i w Austrii oferujemy dializy przeprowadzane we współpracy z lekarzami specjalistami oraz fachowym personelem.

**Dla naszej placówki we Frankfurcie nad Odrą i Eisenhüttenstadt poszukujemy od zaraz**

**Internistę (mężczyzna/kobieta)  
Lekarza nefrologa (mężczyzna/kobieta)**

**Oferujemy**

- » Samodzielne stanowisko pracy
- » Pracę w pozytywnie zmotywowanym zespole
- » Atrakcyjny system wynagrodzeń

**» Podanie oraz dokumenty aplikacyjne a także zapytania prosimy kierować na adres:**

Dr. S. Albrecht » Hasło: Wydanie 1/2011  
Oedenberger Straße 65 » 90491 Nürnberg  
Dr. Stefan Laubstein » +49-335-55 89 814  
**lub mailowo:** aerzte@dtz-gmbh.de aerzte@dtz-gmbh.de

## II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia Akademii Medycznej we Wrocławiu mają zaszczyt zaprosić państwa do udziału w IV Konferencji Naukowo-Szkoleniowej pt. **Nieswoiste zapalenia jelit u dzieci**

Szanowni Rodzice Dzieci chorych na nieswoiste zapalenia jelit!

W imieniu organizatorów serdecznie zapraszamy państwa do wzięcia udziału w kolejnej IV Konferencji Naukowo-Szkoleniowej nt. nieswoistych zapaleń jelit u dzieci z udziałem rodziców, organizowanej przez II Katedrę i Klinikę Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia Akademii Medycznej we Wrocławiu.

**Konferencja odbędzie się 22 stycznia (sobota) 2011 roku w godzinach 10.00-14.00 w Domu Jana Pawła II we Wrocławiu przy ul. św. Idziego 2.**

Celem spotkania będzie przedstawienie rodzicom chorych dzieci, a także pacjentom, podstawowych zagadnień związanych z diagnostyką i leczeniem nieswoistych zapaleń jelit.

### PROGRAM KONFERENCJI:

10.00-10.05 **Powitanie uczestników i otwarcie konferencji** – prof. dr hab. med. Barbara Iwańczak

### I SESJA NAUKOWA: 10.05-11.40

10.05-10.35 **Żywienie w nieswoistych zapaleniach jelit u dzieci** – prof. dr hab. med. Józef Ryżko (kierownik Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii i Immunologii Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie)

10.35-11.05 **Jakość życia w nieswoistych zapaleniach jelit** – prof. dr hab. Leszek Paradowski (kierownik Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii AM we Wrocławiu)

11.05-11.25 **Nowe trendy w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit u dzieci** – prof. dr hab. med. Franciszek Iwańczak, prof. dr hab. Barbara Iwańczak  
11.25-11.40 **Dyskusja, pytania i odpowiedzi**  
11.40-12.10 **Przerwa na kawę i poczęstunek**

### II SESJA NAUKOWA: 12.10-13.55

12.10-12.35 **Wyniki leczenia biologicznego dzieci z chorobą Leśniowskiego-Crohna preparatem Remicade – obserwacje własne** – dr n. med. Elżbieta Krzesiek, dr n. med. Tomasz Pytrus, prof. dr hab. med. Barbara Iwańczak  
12.35-13.00 **Status socjoekonomiczny oraz koszty leczenia dzieci z nieswoistymi zapaleniami jelit – badanie ankietowe** – dr n. med. Tomasz Pytrus, prof. dr hab. med. Barbara Iwańczak  
13.00-13.20 **Jak rozwiązywać problemy psychologiczne u dzieci z nieswoistymi zapaleniami jelit** – mgr Małgorzata Jackowska-Adamska  
13.20-13.50 **Dyskusja, pytania i odpowiedzi**  
13.50-13.55 **Podsumowanie i zakończenie konferencji**

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego  
dr n. med. Tomasz Pytrus  
Przewodnicząca Komitetu Naukowego  
prof. dr hab. med. Barbara Iwańczak



Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej AM zaprasza lekarzy (lekarze ogólni, chirurdzy, onkolodzy) na kurs doskonalący:

## CYTODIAGNOSTYKA GUZÓW GRUCZOŁU PIERSIOWEGO

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Jerzy Rabczyński  
Miejsce kursu: Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej AM we Wrocławiu, ul. Marcinkowskiego 1  
Termin kursu: 25.01.2011 r. (wtorek) godz. 9.00  
Liczba uczestników: 12-40 osób  
Kurs płatny 50 zł/2 punkty edukacyjne.  
Zapisy na kurs do 5 stycznia 2011 r.  
Program kursu oraz zapisy elektroniczne na stronie: [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl)  
Szczegółowych informacji udziela Anna Zawłódzka pod numerem tel. (71) 784-11-60, fax. (71) 784-01-10 oraz e-mail: [anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl](mailto:anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl)

Katedra i Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej zaprasza lekarzy specjalizujących się w chirurgii dziecięcej w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

## CHIRURGIA ONKOLOGICZNA I ONKOLOGIA DZIECIĘCA

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Maciej Bałaj  
Miejsce kursu: Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, ul. M. Skłodowskiej-Curie 52, 50-369 Wrocław  
Termin kursu: 7-11.02.2011 r., godz. 9.00-15.00  
Liczba uczestników: 20  
Kurs bezpłatny  
Zgłoszenia na kurs do 10 stycznia 2011 r.  
Program kursu oraz zapisy elektroniczne na stronie: [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl)  
Szczegółowych informacji udziela Anna Zawłódzka pod numerem tel. (71) 784-11-60, fax. (71) 784-01-10 oraz e-mail: [anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl](mailto:anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl)

II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywności AM zaprasza lekarzy specjalizujących się w pediatrii do wzięcia udziału w kursie zalecanym (z listy CMKP):

## GASTROENTEROLOGIA PRAKTYCZNA

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Barbara Iwańczak  
Miejsce kursu: II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywności AM we Wrocławiu, ul. M. Skłodowskiej-Curie 50/52, Wrocław  
Terminy kursów: 10-11.02.2011 r.  
Liczba miejsc: 8  
Kurs bezpłatny  
Zgłoszenia na kurs do 31 grudnia 2010 r.  
Program kursu oraz zapisy elektroniczne na stronie: [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl)  
Szczegółowych informacji udziela Anna Zawłódzka pod numerem tel. (71) 784-11-60, fax. (71) 784-01-10 oraz e-mail: [anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl](mailto:anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl)

Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej AM zaprasza lekarzy specjalizujących się w urologii do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym (z listy CMKP):

## ENDOUROLOGIA

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Romuald Zdrojowy  
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej AM we Wrocławiu, ul. Borowska 213, Wrocław  
Termin kursów: 14-16.02.2011 r.  
Liczba miejsc: 10  
Kurs bezpłatny  
Zgłoszenia na kurs do 15 stycznia 2011 r.  
Program kursu oraz zapisy elektroniczne na stronie: [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl)  
Szczegółowych informacji udziela Anna Zawłódzka pod numerem tel. (71) 784-11-60, fax. (71) 784-01-10 oraz e-mail: [anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl](mailto:anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl)

Katedra i Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej zaprasza lekarzy specjalizujących się w chirurgii dziecięcej do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

## CHIRURGIA NOWORODKA

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Dariusz Patkowski  
Miejsce kursu: Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, ul. M. Skłodowskiej-Curie 52, 50-369 Wrocław  
Termin kursu: 28.02-04.03.2011 r., rozpoczęcie: godz. 8.00  
Liczba uczestników: 20 osób  
Kurs bezpłatny/21 punktów edukacyjnych  
Zgłoszenia na kurs do 20 stycznia 2011 r.  
Program kursu oraz zapisy elektroniczne na stronie: [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl)  
Szczegółowych informacji udziela Anna Zawłódzka pod numerem tel. (71) 784-11-60, oraz e-mail: [anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl](mailto:anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl)

Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych AM zaprasza zainteresowanych lekarzy pediatrów, lekarzy chorób zakaźnych i lekarzy rodzinnych na kurs zalecany do specjalizacji w zakresie pediatrii z listy CMKP:

## POSTĘPY W ROZPOZNAWANIU, PROFILAKTYCE I LECZENIU CHOROBY INFEKCYJNYCH U DZIECI

Kierownik naukowy kursu: dr hab. n. med. Leszek Szenborn  
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych AM, ul. Bujwida 44 we Wrocławiu  
Termin kursu: 1-02.03.2011 r.  
Liczba miejsc: 30  
Kurs bezpłatny/9 punktów edukacyjnych  
Zgłoszenia na kurs do końca stycznia 2011 r.  
Program kursu oraz zapisy elektroniczne na stronie: [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl)  
Szczegółowych informacji udziela

Anna Zawłódzka pod numerem tel. (71) 784-11-60, fax (71) 784-01-10 oraz e-mail: [anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl](mailto:anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl)

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych AM zaprasza lekarzy specjalizujących się w zakresie chorób zakaźnych oraz zainteresowanych lekarzy innych specjalności na kurs specjalizacyjny w zakresie chorób zakaźnych z listy CMKP:

## HEPATOLOGIA – POSTĘPY

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Krzysztof Simon  
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych AM, ul. Koszarowa 5 we Wrocławiu, Termin kursu: 2-4.03.2011 r.  
Liczba miejsc 20  
Kurs bezpłatny/14 punktów edukacyjnych.  
Zgłoszenia na kurs do końca stycznia 2011 r.  
Program kursu oraz zapisy elektroniczne na stronie: [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl)  
Szczegółowych informacji udziela Anna Zawłódzka pod numerem tel. (71) 784-11-60, fax. (71) 784-01-10 oraz e-mail: [anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl](mailto:anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl)

Katedra i Klinika Nefrologii i Pediatrii AM zaprasza zainteresowanych lekarzy specjalizujących się w pediatrii, nefrologii, medycynie rodzinnej na kurs zalecany z listy CMKP:

## POSTĘPY W NEFROLOGII DZIECIĘCEJ

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Danuta Zwolińska  
Organizator kursu: Katedra i Klinika Nefrologii i Pediatrii AM  
Miejsce kursu: Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, ul. Matejki 6  
Termin kursu: 8.03.2011 r.  
Liczba uczestników: 50 osób  
Kurs bezpłatny/5 punktów edukacyjnych  
Zgłoszenia na kurs do 10 lutego 2011 r.  
Program kursu oraz zapisy elektroniczne na stronie: [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl)  
Szczegółowych informacji udziela Anna Zawłódzka pod numerem tel. (71) 784-11-60, fax (71) 784-01-10 oraz e-mail: [anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl](mailto:anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl)

Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Dolnośląska Izba Lekarska oraz Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej AM zapraszają lekarzy specjalizujących się w urologii do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

## LAPAROSKOPIA W UROLOGII

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Romuald Zdrojowy  
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej AM we

Wrocławiu, ul. Borowska 213, Wrocław  
Terminy kursów: 14-15.03.2011 r.  
Liczba miejsc: 10  
Kurs bezpłatny  
Zgłoszenia na kurs do 31 stycznia 2011 r.  
Zapisy elektroniczne:  
Formularz na stronie: [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl)  
Szczegółowych informacji udziela Anna Zawłódzka pod numerem tel. (71) 784-11-60, fax (71) 784-01-10 oraz e-mail: [anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl](mailto:anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl)

Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Dolnośląska Izba Lekarska oraz Katedra i Klinika Angiologii, Nadcisnienia Tętniczego i Diabetologii AM zapraszają lekarzy specjalizujących się w diabetologii na kurs specjalizacyjny z listy CMKP:

## WPROWADZENIE DO SPECJALIZACJI W ZAKRESIE DIABETOLOGII. DIABETOLOGIA KLINICZNA

Kierownik kursu: prof. dr hab. med. Rajmund Adamiec  
Miejsce i organizator kursu: Katedra i Klinika Angiologii, Nadcisnienia Tętniczego i Diabetologii AM, ul. Borowska 213, Wrocław  
Termin kursu: 16-18.03.2011 r., godz. 8.30  
Liczba miejsc: 10 osób  
Uczestnicy kursu otrzymują 19 punktów edukacyjnych  
Dla specjalizujących się w diabetologii – kurs bezpłatny.  
Zgłoszenia na kurs do końca stycznia 2011 r.  
Zapisy elektroniczne.  
Formularz na stronie: [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl)  
Szczegółowych informacji udziela Anna Zawłódzka pod numerem tel. (71) 784-11-60, fax (71) 784-01-10 oraz e-mail: [anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl](mailto:anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl)

Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej AM zaprasza lekarzy (lekarze ogólni, chirurdzy, ginekology) na kurs doskonalący:

## STREFA PRZEJŚCIOWA W SZYJCE MACICY. OBRAZY CYTOLOGICZNE

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Jerzy Rabczyński  
Miejsce kursu: Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej AM we Wrocławiu, ul. Marcinkowskiego 1  
Termin kursu: 22.03.2011 r. (wtorek) godz. 9.00  
Liczba uczestników: 12-40 osób  
Kurs płatny 50 zł/5 punktów edukacyjnych.  
Zgłoszenia na kurs do 20 lutego 2011 r.  
Program kursu oraz zapisy elektroniczne na stronie: [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl)  
Szczegółowe informacje pod numerem: tel. (71) 784-11-60, fax (71) 784-01-10 oraz e-mail: [anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl](mailto:anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl)

Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Dolnośląska Izba Lekarska oraz Katedra i Klinika Pulmonologii i Nowotworów Płuc AM zapraszają na kurs lekarzy specjalizujących się w zakresie chorób płuc (kurs specjalizacyjny z listy CMKP) oraz lekarzy chorób wewnętrznych i medycyny pracy (kurs doskonalący):

## NOWOTWORY PŁUC

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Renata Jankowska  
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Pulmonologii i Nowotworów Płuc, ul. Grabiszyńska 105 we Wrocławiu  
Termin kursu: 22-23 marca 2011 r.  
Liczba uczestników: 20-30 osób  
Kurs bezpłatny dla specjalizujących się w chorobach płuc.  
Zgłoszenia na kurs do 20 lutego 2011 r.  
Zapisy na stronie: [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl)  
Szczegółowe informacje pod numerem tel. (71) 784-11-60 oraz e-mail: [anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl](mailto:anna.zawlodzka@dwl.am.wroc.pl)

Katedra Radiologii AM zaprasza radiologów, pediatrów, lekarzy medycyny rodzinnej, chirurgów do wzięcia udziału w kursie:

## POSTĘPY W DIAGNOSTYCE OBRAZOWEJ W PEDIATRII

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Urszula Zaleska-Dorobisz prof. nadzw.  
Miejsce kursu: Katedra Radiologii AM, ul. M. Skłodowskiej-Curie 68 we Wrocławiu  
Termin kursu: 22-23.03.2011 r. w godz. 8.30-13.30  
Liczba uczestników: 15-25  
Cena: 150,00 zł (wplaty na konto uczelni po otrzymaniu pisemnego potwierdzenia z dziekanatu) 10 punktów edukacyjnych.  
Zgłoszenia na kurs do 10.02.2011 r.  
Program kursu oraz zapisy – formularz elektroniczny na stronie [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl) Szczegółowe informacje: mgr Elżbieta Adamczyk, tel. (71) 784-11-57; e-mail: [ksztpod@dwl.am.wroc.pl](mailto:ksztpod@dwl.am.wroc.pl) lub w Dziekanacie Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego AM we Wrocławiu przy ul. J. Mikulicza-Radeckiego 5, pokój nr 8.

Katedra Onkologii i Klinika Onkologii Ginekologicznej AM zaprasza wyłącznie lekarzy specjalizujących się w chorobach wewnętrznych na kurs obowiązkowy (z listy CMKP):

## ONKOLOGIA

Kierownik naukowy kursu: dr n. med. Iwona Gisterek  
Termin kursu: 21-25.02.2011 r., godz. 9.00  
Miejsce kursu: Katedra Onkologii i Klinika Onkologii Ginekologicznej AM, pl. L. Hirszfelda 12, Wrocław  
Liczba uczestników: 30 osób  
Kurs bezpłatny/21 punktów edukacyjnych.  
Zgłoszenia na kurs do 10.01.2011 r.  
Program kursu oraz zapisy elektronicz-

ne na stronie [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl) Szczegółowe informacje: mgr Elżbieta Adamczyk, tel. (71) 784-11-57; e-mail: [ksztpod@dwl.am.wroc.pl](mailto:ksztpod@dwl.am.wroc.pl)

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM zaprasza lekarzy specjalizujących się w dziedzinie dermatologii i wenerologii do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

## WPROWADZENIE DO DERMATOLOGII I WENEROLOGII

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Eugeniusz Baran  
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM, Wrocław, ul. T. Chałubińskiego 1  
Termin kursu: 7-11.03.2011 r.  
Liczba miejsc: 15  
Kurs bezpłatny/23 punkty edukacyjne.  
Zgłoszenia na kurs do 31.01.2011 r.  
Program kursu oraz zapisy elektroniczne na stronie: [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl) Szczegółowe informacje: mgr Elżbieta Adamczyk, tel. (71) 784-11-57; e-mail: [ksztpod@dwl.am.wroc.pl](mailto:ksztpod@dwl.am.wroc.pl)

Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM zaprasza lekarzy specjalizujących się w dziedzinie dermatologii i wenerologii do wzięcia udziału w kursie specjalizacyjnym z listy CMKP:

## MIKOLOGIA KLINICZNA

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Eugeniusz Baran  
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii AM, Wrocław, ul. T. Chałubińskiego 1  
Termin kursu: 14-18.03.2011 r. godz. 8.30-14.00  
Liczba miejsc: 12  
Kurs bezpłatny/23 punkty edukacyjne.  
Zgłoszenia na kurs do 31.01.2011 r.  
Program kursu oraz zapisy elektroniczne na stronie: [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl) Szczegółowe informacje: mgr Elżbieta Adamczyk, tel. (71) 784-11-57; [ksztpod@dwl.am.wroc.pl](mailto:ksztpod@dwl.am.wroc.pl)

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM zaprasza lekarzy specjalizujących się w medycynie rodzinnej na kurs obowiązkowy z listy CMKP:

## KURS I: WPROWADZENIE DO SPECJALIZACJI Z MEDYCYNY RODZINNEJ

Kierownik naukowy kursu: prof. dr hab. Andrzej Steciwko  
Miejsce kursu: Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław  
Termin kursu: 28.02-21.03.2011 r.  
Liczba uczestników: 30  
Kurs bezpłatny  
Zgłoszenia na kurs przyjmowane będą pocztą elektroniczną [zmr@zmr.am.wroc.pl](mailto:zmr@zmr.am.wroc.pl) Szczegółowych informacji udziela dr Dagmara Pokorna-Kałwak (Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej).

Katedra i Zakład Mikrobiologii AM zapraszają lekarzy specjalizujących się w mikrobiologii lekarskiej, chorobach wewnętrznych, intensywnej terapii, neonatologii, pediatrii, chirurgii i innych dziedzinach klinicznych na kurs z listy CMKP:

## RACJONALNA ANTYBIOTYKOTERAPIA W ZAKAŻENIACH

Kierownik naukowy kursu: dr Marzenna Bartoszewicz  
Miejsce kursu: Sala Klubowa w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu, ul. Matejki 6  
Termin kursu: 24.02.2011 r. godz. 9.00-15.00  
Liczba uczestników: 40 osób  
Kurs bezpłatny/ 6 punktów edukacyjnych.  
Zgłoszenia na kurs do 15.01.2010 r.  
Program kursu oraz zapisy elektroniczne na stronie [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl) Szczegółowe informacje: mgr Elżbieta Adamczyk, tel. (71) 784-11-57 oraz e-mail: [ksztpod@dwl.am.wroc.pl](mailto:ksztpod@dwl.am.wroc.pl)

Katedra i Zakład Mikrobiologii AM zapraszają lekarzy specjalizujących się w mikrobiologii lekarskiej, chorobach wewnętrznych, intensywnej terapii, neonatologii, pediatrii, chirurgii i innych dziedzinach klinicznych do wzięcia udziału w kursie:

## ROLA LABORATORIUM W NADZORZE ZAKAŻEN

Kierownik naukowy kursu: dr Marzenna Bartoszewicz  
Miejsce kursu: Sala Klubowa w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, Wrocław, ul. Matejki 6  
Termin kursu: 25.02.2011 r. godz. 9.00-16.30  
Liczba uczestników: 10-40  
Kurs bezpłatny/8 punktów edukacyjnych.  
Zgłoszenia na kurs do 15.01.2011 r.  
Program kursu oraz zapisy elektroniczne na stronie [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl) Szczegółowe informacje: mgr Elżbieta Adamczyk, tel. (71) 784-11-57 oraz e-mail: [ksztpod@dwl.am.wroc.pl](mailto:ksztpod@dwl.am.wroc.pl)

II Katedra i Klinika Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii AM zaprasza lekarzy specjalizujących się w ginekologii i położnictwie na kurs obowiązkowy z listy CMKP:

## ENDOSKOPIA – kurs indywidualny

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Mariusz Zimmer prof. nadzw.  
Miejsce kursu: II Katedra i Klinika Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii AM we Wrocławiu, ul. Dyrekcyjna 5/7  
Termin kursu: 10-14.01.2011 r.  
Liczba uczestników: 6  
Kurs bezpłatny.  
Zgłoszenia na kurs do 31 grudnia 2011 r.  
Program oraz zapisy elektroniczne na stronie [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl) Szczegółowe informacje: mgr Elżbieta Adamczyk, tel. (71) 784-11-57 oraz e-mail: [ksztpod@dwl.am.wroc.pl](mailto:ksztpod@dwl.am.wroc.pl)

II Katedra i Klinika Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii AM zaprasza wyłącznie lekarzy specjalizujących się w ginekologii i położnictwie na kurs obowiązkowy z listy CMKP:

## ENDOSKOPIA – kurs indywidualny

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Mariusz Zimmer prof. nadzw.  
Miejsce kursu: II Katedra i Klinika Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii AM we Wrocławiu, ul. Dyrekcyjna 5/7  
Termin kursu: 17-21.01.2011 r.  
Liczba uczestników: 6  
Kurs bezpłatny.  
Zgłoszenia na kurs do 31 grudnia 2010 r.  
Program oraz zapisy elektroniczne na stronie [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl) Szczegółowe informacje: mgr Elżbieta Adamczyk, tel. (71) 784-11-57, e-mail: [ksztpod@dwl.am.wroc.pl](mailto:ksztpod@dwl.am.wroc.pl)

II Katedra i Klinika Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii AM zaprasza lekarzy specjalizujących się w ginekologii i położnictwie na kurs obowiązkowy z listy CMKP:

## ULTRASONOGRAFIA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE – kurs indywidualny

Kierownik naukowy kursu: dr hab. Mariusz Zimmer prof. nadzw.  
Miejsce kursu: II Katedra i Klinika Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii AM we Wrocławiu, ul. Dyrekcyjna 5/7  
Termin kursu: 14-18.03.2011 r.  
Liczba uczestników: 6  
Kurs bezpłatny.  
Zgłoszenia na kurs do 15 lutego 2011 r.  
Program oraz zapisy elektroniczne na stronie [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl) Szczegółowe informacje: mgr Elżbieta Adamczyk, tel. (71) 784-11-57 oraz e-mail: [ksztpod@dwl.am.wroc.pl](mailto:ksztpod@dwl.am.wroc.pl)

Katedra i Klinika Psychiatrii AM zaprasza lekarzy specjalizujących się w psychiatrii na kurs zalecany do specjalizacji (nieobowiązkowy) z listy CMKP:

## PODSTAWY PSYCHIATRII KLINICZNEJ – OŚMIOMIESIĘCZNY KURS

Kierownicy naukowcy kursu: prof. dr hab. Andrzej Kiejna dr n. med. Jan Aleksander Beszlej  
Miejsce kursu: Katedra i Klinika Psychiatrii AM Wrocław, ul. Pasteura 10  
Termin kursu: 1.02.-30.09.2011 r.  
Liczba uczestników: 7-15 osób  
Kurs bezpłatny.  
Zgłoszenia na kurs do 15.12.2010 r.  
Program oraz zapisy – formularz elektroniczny na stronie [www.zapisy.am.wroc.pl](http://www.zapisy.am.wroc.pl) Szczegółowe informacje: tel. (71) 784-11-57; e-mail: [ksztpod@dwl.am.wroc.pl](mailto:ksztpod@dwl.am.wroc.pl), mgr Elżbieta Adamczyk oraz w sekretariacie Katedry i Kliniki Psychiatrii AM, mgr Elżbieta Twardy, tel. (71) 784-16-00, fax 784-16-02, e-mail: [psych@psych.am.wroc.pl](mailto:psych@psych.am.wroc.pl)





## Komisja Kształcenia DRL zaprasza na konferencję Choroby XXI wieku – cykl II

która odbędzie się w siedzibie DIL (ul. Matejki 6, sala konferencyjna), 5.02.2011 r., godz. 9.00-15.00.

Uczestnicy otrzymają certyfikaty uczestnictwa z ilością 5 pkt. edukacyjnych.

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu są proszone

o zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL.

Zgłoszenia przyjmuje Joanna Żak,  
telefon (71) 79 88 081, fax (71) 79 88 051 e-mail:  
komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl

### Cykl II 5.02.2011 r.

1. Współczesne problemy epidemiologiczno-kliniczne – Polska i Europa: gorączki krwotoczne występujące w Europie, kiła, gruźlica, legionelloza, jersinioza, choroba Chakasa, bąblowica (lek. W. Rymer, lek. M. Czarniecki)
2. Wybrane problemy medycyny podróży: malaria i jej profilaktyka, biegunki podróżnych (w tym zakażenie E. coli typ O157, zakażenie wirusem Norwalk), denga, gorączka Chikungunya, zakażenie wirusem Zachodniego Nilu (lek. W. Rymer, lek. M. Czarniecki)
3. Grypa jako przykład współczesnej choroby zakaźnej, przełamywanie barier międzygatunkowych (dr M. Ingłot, dr n. med. A. Szymczak)
4. Sepsa jako stan bezpośredniego zagrożenia życia – patomechanizm, leczenie, profilaktyka. (dr n. med. A. Szymczak, dr M. Ingłot)
5. Dyskusja

Komisja Kształcenia DRL serdecznie zaprasza na szkolenie w zakresie praktycznego nabywania umiejętności interpersonalnych. Odbędzie się ono we Wrocławiu w Ośrodku Kształcenia Lekarzy Rodzinnych, pl. Dominikański 6 (wejście od podwórka) godz. 9.00-13.00. Szkolenie będzie miało charakter warsztatowy i obejmie cykl trzech spotkań trwających po 4 godziny tematyczne:

- Trening komunikacji asertywnej (5.02.2011 r.)
- Trening umiejętności motywowania i wywierania wpływu (5.03.2011 r.)
- Budowanie relacji

Uczestnicy otrzymają certyfikaty uczestnictwa, z ilością 4 pkt. edukacyjnych.

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu są proszone o zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL.

Zgłoszenia przyjmuje:

Joanna Żak  
telefon (71) 79 88 081, fax (71) 79 88 051  
e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl

### Nowi doktorzy

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego 17 listopada 2010 stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny otrzymali:

lek. Marcin Czyż  
lek. Agnieszka Matkowska-Kocjan



Staraniem Izby wydano książkę „Sytuacje ryzykowne w zawodach medycznych i prawne możliwości ich rozwiązywania”, z materiałami z XIII Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Komisji Etyki Dolnośląskiej Rady Lekarskiej. Osoby zainteresowane jej otrzymaniem prosimy o zgłaszanie się do Komisji Etyki.

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu ogłasza  
konkurs na stanowisko

### redaktora Gazety MEDIUM

Wymagane kwalifikacje:

- ukończone studia wyższe (preferowane kierunki humanistyczne, prawnicze i medyczne),
- doświadczenie w pracy redakcyjnej, pożądana praktyka na stanowisku redaktora,
- zdolności menedżerskie,
- znajomość aktów prawnych związanych z wykonywaniem zawodu przez lekarza, w szczególności: ustawy o izbach lekarskich, o zawodach lekarza i lekarza dentystry, o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o zakładach opieki zdrowotnej oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej,
- umiejętność i doświadczenie w kierowaniu zespołem pracowników,
- zainteresowanie problemami ochrony zdrowia.

Pożądana czynna znajomość języka  
obcego (preferowany niemiecki).

Oferty powinny zawierać podanie, życiorys, opis dotychczasowej pracy zawodowej, kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje oraz koncepcje redagowania i wydawania Gazety MEDIUM.

Oferty należy przysyłać na adres:

Dolnośląska Izba Lekarska  
ul. Matejki 6, 50-333 Wrocław

Ostateczny termin przyjmowania  
zgłoszeń upływa z dniem 31 stycznia 2011 r.

Kandydaci, którzy uzyskają pozytywną opinię wstępną,  
zostaną powiadomieni o terminie rozmowy kwalifikacyjnej.

Dolnośląska Rada Lekarska zastrzega sobie prawo niewyłonienia  
kandydata na stanowisko redaktora Gazety MEDIUM.



# Oni są rzecznikami praw lekarzy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej



**Jakub Trnka**  
Rzecznik Praw Lekarza delegatury jeleniogórskiej, wiceprzewodniczący Komisji Etyki, adiunkt w Katedrze Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu



**Ryszard Kępa**  
Rzecznik Praw Lekarza delegatury legnickiej, wiceprzewodniczący DRL ds. delegatury legnickiej, przewodniczący Rady Miejskiej w Legnicy



**Dorota Radziszewska**  
Rzecznik Praw Lekarza delegatury wałbrzyskiej, wiceprzewodnicząca DRL ds. delegatury wałbrzyskiej, ordynator Oddziału Nefrologii szpitala im. Sokołowskiego w Wałbrzychu



**Andrzej Wojnar**  
Rzecznik Praw Lekarza delegatury wrocławskiej, wiceprzewodniczący DRL ds. organizacyjnych i kształcenia, konsultant wojewódzki ds. patomorfologii



Taką legitymację będą okazywać rzecznicy praw lekarzy występujący w naszej sprawie.

Regulamin RPL jest dostępny na stronie:  
[www.dilnet.wroc.pl](http://www.dilnet.wroc.pl)  
Kontakt: [rzecznikprawlekarza@dilnet.wroc.pl](mailto:rzecznikprawlekarza@dilnet.wroc.pl)