



CO PO WYROKU TK?

Konsekwencje dla lekarzy, s. 6

- Rzecznictwo o Narodowym Teście Wytrzymałości, s. 10
- Bezpieczeństwo w cyberprzestrzeni, s. 12
- „Białe rączki” i biały fartuch, s. 31
- Szansa na drugie życie, s. 40

Wybory delegatów

NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY DIL NA OKRES IX KADENCJI

Przed nami wybory na IX kadencję



Szanowna Koleżanko! Szanowny Kolego!

Działalność samorządu lekarskiego przebiega w czteroletnich kadencjach. Przed nami wybory na IX kadencję. Okręgowa Rada Lekarska powierzyła mi kierowanie Komisją Wyborczą DIL. Razem z członkami OKW DIL dołożymy wszelkich starań, by jak najlepiej wywiązać się z podjętych zadań. A w ich ramach systematycznie publikować będziemy – w naszej gazecie „Medium” oraz na stronie internetowej DIL w zakładce OKW, Wybory 2022 – wszelkie informacje związane z wyborami.

Od połowy maja do końca października br. będziemy wybierać delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy DIL, spośród Koleżanek i Kolegów, których darzymy szacunkiem i którym nie są obojętne nasze lekarskie sprawy. Wybrani przez nas delegaci będą stanowić najwyższą władzę naszej Izby. W marcu 2022 r. na Okręgowym Zjeździe Sprawozdawczo-Wyborczym wybiorą: prezesa DRL, Okręgową Radę Lekarską, Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej DIL i zespół jego zastępców, zespół Okręgowego Sądu Lekarskiego DIL oraz Komisję Rewizyjną DIL. Od ich odpowiedzialności, zaangażowania i rozważań będzie zależała sprawność działania naszego samorządu przez kolejne cztery lata.

Obecnie przygotowujemy listy okręgów wyborczych, do których wpiszemy lekarzy i lekarzy dentyistów według danych znajdujących się w Rejestrze Lekarzy DIL. Między 1 a 30 kwietnia 2021 r. będziemy mieli możliwość przepisania się do innego okręgu wyborczego, który w większym stopniu spełnia nasze oczekiwania. Korzystając ze sposobności proszę Koleżanki i Kolegów o uaktualnianie swoich danych osobowych w Rejestrze Lekarzy DIL.

Dolnośląska Izba Lekarska to MY, lekarze i lekarze dentyści – każdy, kto czyta ten tekst. To, jaka jest i będzie nasza Izba, zależy od nas wszystkich. Aktywne uczestnictwo w wyborach do samorządu lekarskiego gwarantuje wyłonienie godnej reprezentacji delegatów.

lek. Małgorzata Niemiec,
przewodnicząca Okręgowej Komisji
Wyborczej DIL

Okręgowa Komisja Wyborcza DIL we Wrocławiu przedstawia poniżej kalendarz wyborów delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy na okres IX kadencji, stanowiący załącznik do uchwały Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 26 września 2020 r.

Kalendarz wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy DIL na okres IX kadencji:

- | |
|--|
| • do 31 marca 2021 r. |
| ustalanie rejonów wyborczych |
| • 1-30 kwietnia 2021 r. |
| przyjmowanie wniosków o umieszczenie na liście
innego rejonu wyborczego |
| • do 11 maja 2021 r. |
| zgłaszanie kandydatów na delegatów |
| • od 17 maja 2021 r. do 31 października 2021 r. |
| głosowanie w rejonach wyborczych |
| • do 15 listopada 2021 r. |
| ogłoszenie wyników wyborów |
| • do 15 stycznia 2022 r. |
| kolejna tura wyborów |
| • do 31 marca 2022 r. |
| zwołanie Okręgowego Zjazdu Lekarzy DIL |

Zgodnie z uchwałą nr 15/2021 Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 18 lutego 2021 roku, rejon wyborczy obejmuje nie mniej niż 40 lekarzy uprawnionych do głosowania w danym rejonie. Maksymalna liczba członków rejonu wyborczego wynosi 400 lekarzy.

Rejony wyborcze mogą obejmować: zakłady lecznicze, jednostki zasadniczego podziału terytorialnego kraju, grupy lekarzy. Rejon wyborczy tworzy się również na wniosek grupy lekarzy lub lekarzy dentyistów albo lekarzy i lekarzy dentyistów, członków tej samej delegatury lub określonego obszaru działania izby, liczącej co najmniej tylu członków, ile wynosi ustalona przez okręgową radę lekarską minimalna liczba członków rejonu. Rejon wyborczy stanowią lekarze lub lekarze dentyści.

Wzór wniosku o utworzenie rejonu wyborczego dostępny na stronie DIL.

Lekarz lub lekarz dentyista umieszczony na liście określonego rejonu wyborczego może wystąpić, pisemnie w terminie 30 dni od daty opublikowania listy w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP), do okręgowej komisji wyborczej o umieszczenie go na liście innego rejonu wyborczego, znajdującego się w obrębie tej samej delegatury lub tego samego określonego obszaru izby, w którym zamierza uczestniczyć w wyborach. Okręgowa Komisja Wyborcza odmawia umieszczenia lekarza lub lekarza dentyisty na liście innego rejonu wyborczego, jeżeli na skutek skreślenia go z listy rejonu wyborczego, w którym był wpisany, rejon nie spełniałby wymogu minimalnej liczby członków w tym rejonie.

Wzór wniosku o przeniesienie do innego rejonu wyborczego dostępny na stronie DIL.

OKW publikuje listy członków rejonów wyborczych w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP), informuje członków rejonu wyborczego o wpisie na listę rejonu wyborczego oraz udostępnia informacje w tym zakresie w siedzibie okręgowej izby lekarskiej. ■

SPIS TREŚCI

Co nowego w medycynie

4

CO PO WYROKU TK?

6 Co po wyroku Trybunału Konstytucyjnego? Konsekwencje dla lekarzy Agata Grzełńska

9 Cena raju

Marcin Lewicki

COVID-19 – AKTUALNOŚCI

10 Prawdopodobny termin dostawy to...? Rzecz o Narodowym

Teście Wytrzymałości Agata Grzełńska

COVID-19 – CYBERBEZPIECZEŃSTWO

12 Bezpieczeństwo w cyberprzestrzeni: twarda gra

o podwyższonej stawce Mariusz Kiełar

RZECZ O MEDYCYNIE NARRACYJNEJ

14 Godność jest wartością, którą trudno zmierzyć

Aleksander Woźny

CHOROZY ZE STRESU

17 Większość chorób współczesnych ludzi ma podłoże

psychiczne Rozmawia Maciej Sas

RZECZ O MORSOWANIU

20 Polacy oszaleli na punkcie morsowania. Zimna woda

zdrowia doda? Robert Migdał

Wydarzyło się

23

HISTORIA I MEDYCINA

31 „Białe rączki” i biały fartuch

Aleksandra Solarewicz

33 „Zielone wspomnienia”

Bohdan A. Słończewski

34 Skwer im. Tadeusza Szczęsnego Owińskiego

Zofia Owińska

Prawo i medycyna

35

Bliżej stomatologii

40

Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu

43

Uchwały DRL i Prezydium DRL

44

Konferencje i szkolenia

45

Pro memoria

50

Wspomnienia pośmiertne

53

Kącik poetycki

55

Felietony

56

Kulturalnik lekarski

60

Rozrywka

61

Ogłoszenia

62

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska, 50-077 Wrocław,
ul. Kazimierza Wielkiego 45, tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51,
redakcja: 71 798 80 80, e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl
PKO BP SA: 62 1020 5242 0000 2402 0349 0570

Magdalena Janiszewska – redaktor naczelna
e-mail: naczelnia@dilnet.wroc.pl, kom. 535 814 903

Katarzyna Naskrent – sekretarz redakcji,

Wiktor Wołodkiewicz – skład i łamanie,

Tomasz Janiszewski – projekt okładki

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący,

Małgorzata Niemiec – zastępca przewodniczącego,

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, Katarzyna Jungiewicz-Janusz,

Bożena Kaniak, Andrzej Kierzek, Marta Kornacka,

Dorota Radziszewska, Iwona Świętkowska, Krzysztof Wronecki

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 3 marca 2021 r.

Druk: Drukarnia Tolek spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,

ul. Żwirki i Wigury 1, 43-190 Mikołów, tel. 32 326 20 90

Komentarz aktualny

Fot. z archiwum PW.



Kolejna fala pandemii SARS-CoV-2 u naszych wrót. Walki z nią nie ułatwia słabe zaopatrzenie w szczepionki. Wygląda na to, że „niewidzialna ręka” rynku nie bardzo honoruje międzynarodowe umowy firm farmaceutycznych z Komisją Europejską i kieruje preparaty szczepionkowe tam, gdzie więcej zapłaca. Po licznych interwencjach, szczególnie na wniosek pominiętych w procedurze zapi-

sów stomatologów, uzyskaliśmy zapewnienie samego ministra zdrowia, że „grupa 0”, czyli lekarze, mogą być szczepieni w każdej chwili. W praktyce okazało się jednak, że to możliwe, o ile będzie więcej szczepionek. Wyścig z czasem więc trwa, bo nadzieja, że dzięki szybkiemu zaszczepieniu uzyskamy jako społeczeństwo odporność populacyjną raczej, przy tym tempie szczepień, oddała się wraz z wydłużaniem się całego procesu.

Paradoksalnie, w sukurs może przyjść nam brytyjska odmiana koronawirusa, która jako bardziej zakaźna, ale za to wywołująca mniej groźne objawy, uodporni nas w sposób naturalny. Chyba, że powstrzyma go.. kolejny lockdown. Na szczęście Ministerstwo Zdrowia nie epatuje już wyłącznie pozytywnymi wynikami testów genetycznych, ale monitoruje także liczbę zajętych łóżek „covidowych” i respiratorowych. W obecnej sytuacji to właśnie wydolność ochrony zdrowia powinna być podstawowym parametrem monitorowania pandemii i wyznacznikiem podejmowanych działań, bo zamykanie ludzi na siłę w domach i hamowanie gospodarki źle wpływa na społeczno-ekonomiczną sytuację w kraju.

Anarchizację zachowań, szczęśliwie póki co nielicznych grup społecznych, odczuwamy na własnej skórze znosząc regularne już „protesty obywatelskie” organizowane pod izbami lekarskimi podczas osądzania nieodpowiedzialnych lekarzy głoszących herezję o braku pandemii. Choć firmują je głównie ruchy antyszczepionkowe i politycy „Konfederacji” (ostatnio mieliśmy wątpliwą przyjemność gościć w Izbie liderkę „STOP NOP” i przywódcę wspomnianej partii politycznej), to organizują je etatowi „zadymiarze”. Zarabiają oni niezłe pieniądze, publikując swoje „akcje” w mediach społecznościowych i organizując następnie zbiórki publiczne. Żartów nie ma, bo ta „popularność” jest wprost proporcjonalna do sprowokowanej i sfilmowanej awantury – same obelgi i wrzaski, jakich już dwukrotnie mogliśmy wysłuchać pod oknami naszej siedziby powoli już nie wystarczają; w izbie warszawskiej doszło już do poturbowania portiera broniącego dostępu agresywnych „manifestantów” do sędziów sądu lekarskiego. Jesteśmy oczywiście w ścisłym kontakcie z policją, ale ta atmosfera nienawiści bardzo łatwo może przenieść się poza obszar, który można w taki sposób kontrolować.

Na szczęście liczba chętnych do szczepień i postawa większości społeczeństwa przeczy wrazeniu płynącemu z mediów społecznościowych, że w przewadze są siły wsteczności głoszące antynaukowe teorie o szkodliwości szczepień czy braku pandemii. Dzięki takim ludziom, jak wieloletnia radna Wrocławia i społeczniczka red. Wanda Ziembicka-Has, możemy pokazywać, że walka z największym zagrożeniem XXI wieku trwa i ma swoich bohaterów. Podczas czterdziestej już odsłony Wrocławskiej Księgi Pamięci mieliśmy okazję gościć w siedzibie DIL kolejnych dziesięciu laureatów medalu „Zasłużony dla Wrocławia” i Super Diamentu, przyznawanego za szczególną odwagę i determinację w walce z pandemią SARS-CoV-2 (czyt. s. 24). W skromnej, bo dostosowanej do wymogów sanitarnych imprezie, wzięli wprawdzie udział tylko nagrodzeni wraz z najbliższymi osobami, ale dzięki mediom ich nazwiska pójdą w świat, dając przykład prawidłowej postawy wobec obecnej sytuacji.

Mimo pandemicznych utrudnień staramy się w miarę możliwości prowadzić naszą działalność. Jeszcze pod koniec stycznia podpisaliśmy porozumienie o współpracy z samorządem radców prawnych (czyt. s. 23). Wzmocniliśmy tym samym naszą wieloletnią współpracę w zakresie doskonalenia zawodowego członków obu izb, poszerzając zakres działalności o niezbędną dziś wymianę wspólnych doświadczeń w zakresie wykraczającym poza codzienną pracę.

Dla mnie osobiście niezwykle miłym aktem, urzeczywistnionym przez Radę Miejską Wrocławia, było nadanie położonemu w centrum naszego miasta skwerowi nazwy prof. dr. hab. Tadeusza Szczęsnego Owińskiego. Znajduje się on w ciągu trasy W-Z, niedaleko od siedziby Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Wszystko to działo się formalnie pod koniec ubiegłego roku, ale przejeżdżając niemal codziennie obok skweru – w drodze do Izby – w oczy rzuciła mi się ostatnio piękna, nowa tablica z jego nową nazwą. To niezwykle ważny, kolejny akt osadzania w historii Wrocławia polskich akcentów, i do tego medycznych (czyt. s. 30).

Inicjatywę nazwania którejś z ulic Wrocławia imieniem p. Profesora przekazała w ręce Dolnośląskiej Rady Lekarskiej nasza nieoceniona strażniczka lekarskiej historii kol. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska. W decydującym momencie włączył się jednak w jej realizację, na moją osobistą prośbę, szef prezydenckiego Klubu Radnych naszej rady miejskiej, p. Jarosław Krause, który specjalnie poszukiwał miejsca związanego z wrocławską stomatologią: skwer przylega niemal do ulicy prof. Antoniego Cieszyńskiego. Dlatego pozwólcie, że wykorzystam felieton wstępny do wyrażenia serdecznych podziękowań dla p. przewodniczącego i wszystkich radnych oraz urzędników, którzy przyczynili się do tego dzieła, dedykując je jednocześnie rodzinie p. Profesora – ze szczególnym wskazaniem na Jego zięcia, a mojego wychowawcę i nauczyciela, p. doc. dr. hab. Marka Ławińskiego.

O tym wszystkim przeczytacie jednak dokładnie w aktualnym numerze „Medium”.

P. Wielec



Co nowego w... medycynie



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/envato-4966947/15734951

► MASECZKI DEZYNFEKOWANE... ŚWIATŁEM SŁONECZNYM

Jak donosi czasopismo „ACS Applied Materials & Interfaces” udało się opracować nowy materiał do produkcji bawełnianych maseczek ochronnych, który eliminuje do 99,9999% patogenów w ciągu godzinnej ekspozycji na światło dzienne. Twórcami nowej tkaniny są: dr Peixin Tang, prof. Gang Su, prof. Nitin Nitin wraz ze współpracownikami z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Davis. Innowacyjny materiał pod wpływem światła dziennego uwalnia reaktywne formy tlenu, eliminując drobnoustroje przyczepione do jego powierzchni.

Przeprowadzone eksperymenty laboratoryjne wykazały, że nowa tkanina zabija 99,9999% obecnych na niej bakterii *Escherichia coli* oraz *Listeria innocua* w ciągu sześćdziesięciu minut ekspozycji na światło dzienne. Po pół godzinym naświetleniu dezaktywuje również 99,9999% bakteriofaga T7 – wirusa uważanego za bardziej odpornego na reaktywne formy tlenu, niż niektóre koronawirusy. Tkanina nadaje się przy tym do wielokrotnego użytku. Materiał można prać ręcznie co najmniej dziesięć razy i stale wystawiać na działanie światła dziennego przez co najmniej siedem dni bez utraty właściwości przeciwbakteryjnych. Zdaniem twórców to świetny materiał do produkcji przeciwbakteryjnych i przeciwwirusowych masek i kombinezonów ochronnych wielokrotnego użytku. ■

Źródło: *ACS Applied Materials & Interfaces*, 2021

► PANDEMIA COVID-19 WPŁYNIE NA ZDROWIE PRZYSZŁEGO POKOLENIA

Z powodu epidemii przyszłe pokolenie może mieć kłopoty ze zdrowiem i szybciej się starzeć – uważają badacze z Uniwersytetu Południowej Kalifornii. Nie chodzi tu jedynie o wpływ biologicznego działania wirusa w okresie prenatalnym, lecz także o czynniki związane z epidemią, m.in. doświadczany w czasie ciąży stres.

Choć długofalowe skutki oddziaływania COVID-19 na nie narodzone jeszcze dzieci dopiero będą przedmiotem badań, naukowcy próbują wyciągnąć wnioski ze znanych już skutków poprzednich epidemii, w tym grypy z 1918 r., SARS z 2002 r. czy MERS z 2012 r. – Pandemia grypy z 1918 r. miała



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/adult-18604/PublicDomainPictures

dalekosiężny wpływ na populację wystawioną na jej działanie w okresie prenatalnym. Osoby te doświadczały szybszych zgonów, częściej zapadały na cukrzycę, chorobę niedokrwienną serca i depresję w wieku pięćdziesięciu lat. Możliwe jest, że pandemia COVID-19 także będzie miała sięgające daleko oddziaływanie na populację rozwijającą się w łonie matki w jej trakcie. Chodzi o działanie samej infekcji matki oraz stresu doświadczanego w pandemicznym środowisku – zwraca uwagę prof. Caleb Finch, współautor pracy opublikowanej w czasopiśmie „Journal of Developmental Origins of Health and Disease”.

Infekcja wirusowa matki może prowadzić do transmisji patogenu z matki na dziecko drogą łożyskową oraz wywołać w organizmie kobiety stany zapalne negatywnie wpływające na rozwój płodu. W trakcie poprzednich epidemii SARS oraz grypy H1N1 w 2009 r. odnotowano np. częstsze przedwczesne porody, których najprawdopodobniej jedną z przyczyn mogły być stany zapalne. Z obecnie prowadzonych, wstępnych badań związku COVID-19 z przebiegiem ciąży uzyskano niepokojące wyniki. Okazało się, że SARS-CoV-2 także może zwiększać ryzyko przedwczesnego porodu, a ciężki przebieg choroby może nasilać ryzyko urodzenia martwego dziecka. Badany jest obecnie m.in. wpływ zwiększonego narażenia na tworzenie zakrzepów związanego zarówno z ciążą, jak i z COVID-19. – Te wstępne dane powinny być poddane analizie w miarę wzrostu i rozwoju dzieci w czasie trwającego całe życie badania zdrowia, wzorców zachowań i zdolności poznawczych – twierdzi współautorka analizy dr Molly Easterlin. ■

Źródło: *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 2021

► INSULINA: ŁATWIEJSZA „INSTRUKCJA OBSŁUGI”

Dzięki zmodyfikowanej postaci insulina może być łatwiejsza i bezpieczniejsza w dawkowaniu u osób z cukrzycą typu 1 – twierdzą duńscy naukowcy z Uniwersytetu Kopenhaskiego i firmy biotechnologicznej Gubra. Wspólnie opracowali cząsteczkę zawierającą insulinę, której wiązanie molekularne „wycyruwa” poziom glukozy we krwi pacjenta. Jeśli glikemia rośnie, cząsteczka staje się bardziej aktywna i uwalnia więcej insuliny. – Zrobiliśmy pierwszy krok w kierunku insuliny, która może samoczynnie



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/diabetes-528678/steveep

dostosowywać się do poziomu cukru we krwi pacjenta. Ma to olbrzymi potencjał, aby znacznie poprawić życie osób z cukrzycą typu 1. Zapewni to pacjentom bezpieczniejsze i łatwiejsze leczenie. Obecnie osoba z cukrzycą typu 1 musi wstrzykiwać sobie insulinę wiele razy w ciągu dnia i często monitorować poziom cukru we krwi glukometrem, nakłuwając palec. Nowa cząsteczka pozwoli rzadziej wstrzykiwać insulinę w ciągu dnia, a tym samym mniej o tym myśleć – wyjaśnia prof. Knud Jørgen Jensen z Wydziału Chemii Uniwersytetu Kopenhaskiego, jeden z naukowców prowadzących badania nad nową cząsteczką.

Chociaż taka „zautomatyzowana cząsteczka” insuliny jest zaawansowanym postępowaniem w kierunku nowoczesnego leczenia cukrzycy, z pewnością nie od razu trafi do powszechnego użytku. – Przetestowaliśmy cząsteczkę na szczurach i okazała się skuteczna. Następnym krokiem jest jej dopracowanie, tak aby działała szybciej i dokładniej, i wreszcie testy na ludziach – proces, który może zająć wiele lat, ale z pewnością warto pokładać w tym swoje nadzieje – wyjaśnia prof. Jensen. ■

Źródło: University of Copenhagen, 2021



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/chimney-3705424/jwvein

► SMOG I KORONAWIRUS TO ZABÓJCZY DUET

Do takiego wniosku doszli naukowcy z Uniwersytetu Harvarda po zestawieniu śmiertelności z powodu wywołanego przez SARS-CoV-2 zapalenia płuc COVID-19 (obejmowały okres do połowy czerwca ub. roku) z danymi z lat 2000-2016 dotyczącymi zanieczyszczenia powietrza pyłem PM_{2,5} w 3089 hrabstwach USA.

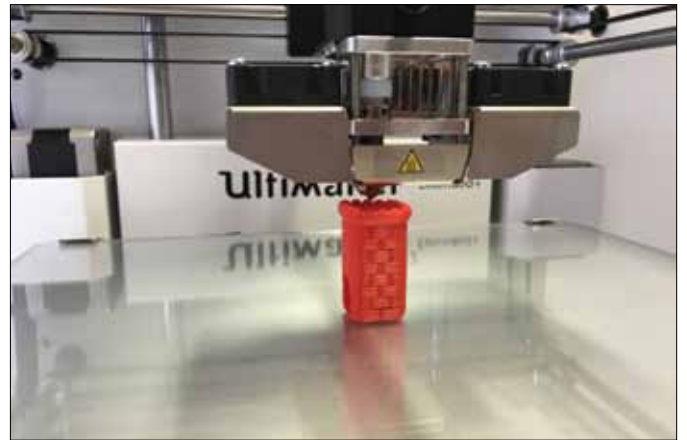
Analiza pokazała, że długoterminowy wzrost zanieczyszczenia pyłem PM_{2,5} o ledwie 1 mikrogram na metr sześcienny powietrza zwiększa śmiertelność z powodu COVID-19 aż o 11%. To oczywiście tylko statystyczna korelacja, nie dowód istnienia wy-

rażnego związku przyczynowo-skutkowego, niemniej jednak świadcząca o mocnej zależności zmiennych.

Według zaleceń WHO średnioroczne stężenie PM_{2,5} nie powinno przekraczać 10 mikrogramów na metr sześcienny powietrza. Norma Unii Europejskiej jest mniej restrykcyjna, bo wynosi 25 mikrogramów na metr sześcienny powietrza.

Cząstki PM_{2,5} są na tyle małe, że bez trudu przenikają nie tylko do płuc, lecz także do krwiobiegu. Są przyczyną zaburzeń w obszarze układu oddechowego, krwionośnego, hormonalnego oraz nerwowego, moderując rozwój chorób przewlekłych, które przeważnie sprzyjają ciężkiemu przebiegowi zakażenia koronawirusem i zwiększają prawdopodobieństwo śmierci z powodu COVID-19. ■

Źródło: *Science Advances*, 2021



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/skin-3358873/analogicus

► DRUKOWANE, TRÓJWYMIAROWE SERCE DLA ADEPTÓW CHIRURGII

Technika trójwymiarowego biodruku po raz kolejny pokazała swoje możliwości: dzięki niej powstał realistyczny model serca umożliwiający lekarzom trenowanie swoich umiejętności chirurgicznych – donosi czasopismo „Nature”.

Za pomocą nowatorskiej techniki FRESH (ang. *Freeform Reversible Embedding of Suspended Hydrogels*) naukowcy z amerykańskiego Uniwersytetu Carnegiego i Mellonów stworzyli trójwymiarowy model ludzkiego serca. W przeciwieństwie do wcześniej opracowywanych wydruków drukarek 3D powstających na podstawie obrazowania metodą rezonansu magnetycznego nowa technika umożliwia tworzenie struktur anatomicznych przypominających pod względem swoich właściwości żywą tkankę. – Możemy teraz tworzyć modele, które umożliwiają nie tylko wizualne planowanie zabiegu, lecz także przećwiczenie fizycznych czynności. Chirurg może manipulować modelem, który reaguje podobnie jak żywa tkanka. Kiedy wejdzie potem na salę operacyjną, będzie miał za sobą dodatkowy, realistyczny trening. Choć w dziedzinie biodruku pełnoskalowego działającego ludzkiego serca nadal borykamy się z istotnymi przeszkodami, jesteśmy dumni, że dzięki technice FRESH pomogliśmy stworzyć do tego podstawy, a jednocześnie już dzisiaj wskazaliśmy praktyczne zastosowania w medycznych symulacjach – mówi twórca techniki prof. Adam W. Feinberg. ■

Źródło: *Nature*, 2021

Opracował Mariusz Kielar



Co po wyroku Trybunału Konstytucyjnego?

KONSEKWENCJE DLA LEKARZY

Wejście w życie przepisu zakazującego przerwania ciąży, gdy u dziecka stwierdzono wadę letalną, z dnia na dzień zmieniło sytuację zarówno pacjentek, jak i ginekologów. Lekarze uważają, że wprowadzona zmiana prawa pociąga za sobą konieczność prac nad kolejnymi regulacjami przepisów.

Zwycięzcy i przegrani to kategorie, które może pasują do toczących spory polityków, ale w gabinecie lekarskim kompletnie nie mają zastosowania. Tu, w sytuacji, gdy badania wykazują ciężkie i nieodwracalne upośledzenie płodu albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, można mówić tylko o tragedii. Przede wszystkim rodziny, którą taka ciężka wada dotyka, ale też lekarza, który staje wobec niej bezsilny i nie może zaproponować swojej pacjentce idealnego rozwiązania.

Jak było wcześniej

Do końca stycznia 2021 roku lekarz mógł przedstawić pacjentce dwie opcje postępowania, zaoferować dodatkowe konsultacje, wsparcie psychologiczne i czas na dokonanie wyboru. To kobieta (w porozumieniu ze swoimi bliskimi lub sama) ostatecznie decydowała, czy chce urodzić śmiertelnie chore dziecko, czy nie. Doktor hab. n. med. Tomasz Fuchs, zastępca kierownika Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu podkreśla, że wbrew krążącym w mediach nieprawdziwym opiniom, żaden lekarz nie nakłaniał kobiet do aborcji.

– Nie wolno czegoś takiego robić i to nie było robione. Przepisy, które obowiązywały do niedawna, absolutnie nie nakazywały ani w żaden sposób nie wskazywały kobiecie, jak ma się zachować w przypadku, kiedy stwierdzono u dziecka wadę letalną – mówi dr Fuchs. – One mówiły wyłącznie o tym, że jeśli coś takiego zostanie stwierdzone, kobieta ma prawo wyboru.

Jak to wyglądało w praktyce? Doktor Fuchs opowiada, że jeśli lekarz stwierdzał ciężkie wady płodu, przede wszystkim zalecał kolejne konsultacje. Oczywiście o to zawsze łatwiej było w dużych miastach, ale i w tych małych jakoś sobie radzono. Kiedy zdania kilku ginekologów się pokrywały, nadal nikt z nich nie proponował pacjentce terminacji ciąży. Udzielano jej pełnej informacji i proszono, by poszła do domu, porozmawiała z mężem, z bliską osobą, ale też z chirurgiem dziecięcym, z neonatologami, z genetykiem, żeby znała temat od podszewki. I to ona podejmowała decyzję. Jaką? Każda z kobiet stojących przed takim dramatycznym wyborem, decydowała zgodnie z własnym sumieniem – jedne wybierały aborcję, inne postanawiały urodzić mimo wszystko.

– Mam pacjentki, u których dzieci zdiagnozowano np. brak nerek i te panie zdecydowały się na kontynuowanie ciąży – mówi lekarz. – Jedna z nich pytała nawet, czy jej dziecko może być dawcą narządów, skoro wiadomo, że ono po porodzie umrze. Ale w Polsce to niemożliwe.

Doktor Tomasz Fuchs zwraca uwagę na jeszcze jedną ważną kwestię – w naszym kraju nie ma żadnego sformalizowanego postępowania w przypadku, gdy u dziecka stwierdzi się ciężką wadę. – Nie zostały stworzone żadne wytyczne ze strony Ministerstwa Zdrowia – mówi specjalista. – Wszelkie inicjatywy pomocowe, jak hospicja, to inicjatywy oddolne, które wyszły od lekarzy albo rodziców, którym się coś takiego przydarzyło i którzy stwierdzili, że pomogą innym.

Profesor dr hab. n. med. Sławomir Suchocki, konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii dla województwa dolnośląskiego zwraca uwagę, że w kwestii wad letalnych wśród opinii publicznej krąży wiele nieprawdziwych informacji. – Cały czas mówi się o zespole Downa, ale nie on jest głównym powodem terminacji ciąży. W medycynie jest trudno powiedzieć coś na 100%, to nie są wybory zero-jedynkowe. Znam dzieci, które urodziły się z zespołem Downa i dziś mają po 50 lat, pracują i dają sobie radę w życiu – mówi prof. Suchocki. – Znam też kobiety, których dzieci z zespołem Downa dodatkowo miały wady serca i niestety umarły w młodym

wieku. Mówiąc o wadach letalnych, mamy na myśli na przykład bezmózgowie, cyklopie, zespół Patau czy zespół Edwardsa. Zdarzają się płody bezczaszkowe. To są często liczne i straszne wady genetyczne. Nie możemy tym dzieciom pomóc. One umierają albo pod koniec ciąży, albo niedługo po porodzie.

” —
Doktor Tomasz Fuchs zwraca uwagę na jeszcze jedną ważną kwestię – w naszym kraju nie ma żadnego sformalizowanego postępowania w przypadku, gdy u dziecka stwierdzi się ciężką wadę. – Nie zostały stworzone żadne wytyczne ze strony Ministerstwa Zdrowia – mówi specjalista. – Wszelkie inicjatywy pomocowe, jak hospicja, to inicjatywy oddolne, które wyszły od lekarzy albo rodziców, którym się coś takiego przydarzyło i którzy stwierdzili, że pomogą innym.

Jak jest teraz

Opublikowany 27 stycznia przed północą wyrok Trybunału Konstytucyjnego ograniczył dotychczasowe możliwości terminacji ciąży. Nie jest już możliwa z powodu nieodwracalnych i śmiertelnych wad płodu. Zmiana przepisów ma bezpośredni wpływ na pracę specjalistów ginekologii i położnictwa.

– W poniedziałek, zaraz po ogłoszeniu wyroku, miałem dwie pacjentki – relacjonuje dr Tomasz Fuchs. – Tak naprawdę tym pacjentkom nie powiedziałem nic. Tłumaczyłem, że ta cała sytuacja powoduje, że ciążę z wadami letalnymi, bądź te, które dotychczas polskie prawodawstwo dopuszczało do eliminacji w legalny sposób, w tym momencie nie są już możliwe do zakończenia zgodnie z prawem. Nie chcę, aby ktoś mnie oskarżył, że gdzieś kieruję pacjentki, że wskazuję im, co mogą zrobić. Zachowywałem się bardzo asertywnie, ale nie miałem innego wyboru. Pacjentki w podobnej sytuacji będą teraz krążyć od jednego lekarza do drugiego, szukając pomocy, jeśli nie zdecydują się na kontynuację ciąży, z ciężkimi, nieodwracalnymi i letalnymi wadami stwierdzonymi prenatalnie.

Profesor Suchocki uważa, że zmiana dotychczasowego prawa jest niedobra. Może powodować wielki stres u kobiet, strach przed ciążą z wadą letalną, a to z kolei ujemnie wpłynie na rozrodność Polek i na wykrywanie wad, które można leczyć już wewnątrzmacicznie.

– Jeżeli kobiety nie będą chciały rodzić, poziom dzietności i tak już niski może się jeszcze pogorszyć. W 2020 roku mieliśmy około 350 tysięcy porodów, a to jest bardzo mało. Wskaźnik dzietności w Polsce wynosi 1,43 i jest jednym z najniższych w Europie – mówi dolnośląski konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii. – Niektóre kobiety boją się wykonać badanie prenatalne, bo jeśli wykaże, że dziecko jest chore, to one nie bardzo wiedzą, co dalej robić. W przypadku ciężkich wad, których medycyna nie potrafi leczyć, aktualnie możemy zaoferować pacjentkom jedynie pomoc psychologa i zagwarantować hospicjum. To nie jest dobre rozwiązanie, ale też trudno znaleźć idealne. Z drugiej strony jest wiele wad, które można skutecznie leczyć już w czasie ciąży, ale żeby to zrobić, trzeba o nich wiedzieć, stąd badania prenatalne są takie ważne. »



Profesor Suchocki zwraca uwagę na jeszcze jeden skutek zmiany prawa. Wiele kobiet domaga się nie powrotu do ustawy sprzed wyroku TK, ale oczekuje bardziej liberalnej ustawy, łącznie z aborcją na życzenie. – Nie jesteśmy za zbyt dużą liberalizacją, bo aborcja nie może być środkiem stosowanym zamiast antykoncepcji. Powinniśmy dbać zarówno o dobro kobiety, jak i o rozwój dziecka – uważa doświadczony lekarz. Jego zdaniem należy rozważyć modele sprawdzone w innych krajach, np. w Niemczech czy Kanadzie. W modelu niemieckim aborcja jest dozwolona do 12. tygodnia pod warunkiem obowiązkowej konsultacji psychologa, a później tylko ze wskazań medycznych. – W modelu kanadyjskim w ogóle nie ma regulacji prawnych dotyczących aborcji. Tamtejszy trybunał orzekł, że jakiekolwiek ograniczenia w tej kwestii są niezgodne z konstytucją i prawem zagwarantowanej kobietom szeroko rozumianej wolności i bezpieczeństwa. Co ciekawe, aborcji w Kanadzie wcale dużo nie ma, a poziom dzietności jest tam znacznie wyższy niż w Polsce.

Obawy i możliwe scenariusze

Nowe prawo przewiduje karanie lekarzy, którzy zdecydowali się na przeprowadzenie terminacji ciąży z powodu ciężkiej wady płodu. Doktor Tomasz Fuchs w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym znacznie częściej od innych lekarzy styka się z ciążami z wadami letalnymi.

– Każdy z nas, mając do czynienia z pacjentkami, u których stwierdzono, że ciąża się nie rozwija lub rozwija się w sposób nieprawidłowy i stwierdzono prenatalnie wady letalne, starał się postępować maksymalnie transparentnie, bo nie chciał być podejrzany o to, że w jakikolwiek sposób dąży do przerywania ciąży – mówi zastępca szefa Kliniki Ginekologii i Położnictwa. – Dlatego pacjentka miała w szpitalu kontakt z wieloma lekarzami, a rozmowy z pacjentką w gronie w kilka osób gwarantowały transparentność tej całej procedury. Tym bardziej ciężko mi sobie wyobrazić lekarzy, którzy będą ryzykować swoją reputacją i kłopotami z prokuraturą, wykonując terminację ciąży wbrew prawu.

Profesor Suchocki przywołuje opinie, że ginekolodzy będą sobie radzić przy pomocy psychiatrów, którzy wystawią kobiecie zaświadczenie, że ma ona tak straszną depresję, która wywołuje psychozę, myśli samobójcze itp. To byłoby wskazaniem dla lekarza czy dla komisji lekarskiej, żeby ze względu na zły stan zdrowia kobiety skierować ją na aborcję.

– Nie sądzę, żeby lekarze decydowali się na takie rozwiązania. To jest trudna sprawa, bo zawsze będą narażeni na posądzenie o udział w procederze łamania prawa – mówi profesor i dodaje: – Teraz tylko lekarze mają być karani, a kobiety na razie nie, ale nie wiadomo, jak to będzie wyglądało później.

A kobiety? Ginekolodzy uważają, że raczej nie grozi nam rozwój podziemia aborcyjnego, choć niczego nie można wykluczyć. Spodziewają się raczej turystyki aborcyjnej i szukania przez kobiety pomocy za granicą. W dobie otwartych granic, internetu i działania fundacji proaborcyjnych nie trzeba się uciekać do pokątnie wykonywanych nieprofesjonalnych zabiegów.

Jaki powinien być kolejny krok

Profesor Suchocki podkreśla, że aktualnie mamy bardzo restrykcyjne prawo, do którego nie jesteśmy jako państwo dobrze przygotowani. Jego zdaniem takie przepisy wymagają, by było więcej hospicjów perinatalnych i tych, które pomogą w opiece nad ciężko chorym dzieckiem. – Zarówno ciężko

chore dzieci, jak i ich mamy powinny mieć zapewnioną opiekę hospicyjną. Druga kwestia to wsparcie finansowe – rehabilitacja, pomoc psychologa, sprzęt medyczny wymagają ogromnych nakładów – mówi ginekolog. – Kobieta nie powinna zostać sama z chorym dzieckiem. Ochrona zdrowia należy do obowiązków państwa.

”

Profesor dr hab. n. med. Sławomir Suchocki, konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii dla województwa dolnośląskiego zwraca uwagę, że w kwestii wad letalnych wśród opinii publicznej krąży wiele nieprawdziwych informacji. – Cały czas mówi się o zespole Downa, ale nie on jest głównym powodem terminacji ciąży. W medycynie jest trudno powiedzieć coś na 100%, to nie są wybory zero-jedynkowe. Znam dzieci, które urodziły się z zespołem Downa i dziś mają po 50 lat, pracują i dają sobie radę w życiu – mówi prof. Suchocki. – Znam też kobiety, których dzieci z zespołem Downa dodatkowo miały wady serca i niestety umarły w młodym wieku. Mówiąc o wadach letalnych, mamy na myśli na przykład bezmózgowie, cyklopię, zespół Patau czy zespół Edwardsa. Zdarzają się płody beczaszkowe. To są często liczne i straszne wady genetyczne.

“

Doktor Fuchs uważa, że czas najwyższy na odkładaną latami merytoryczną dyskusję i opracowanie realnych form wsparcia dla rodzin, w których rodzi się ciężko chore dziecko. Zwłaszcza, że życie takiej rodziny zmienia się o 180 stopni.

– Obecnie wsparcie neonatologów, genetyków, psychologów, fizjoterapeutów często udzielane jest właściwie pro bono. Brakuje solidnego wsparcia finansowego i specjalistycznego na skalę adekwatną do potrzeb ludzi, którym przychodzi opiekować się tak ciężko chorym dzieckiem – zauważa dr Tomasz Fuchs. – Nie można ich pozostawić samym sobie. Teraz jest czas na ruch rządu, Ministerstwa Zdrowia. Jeśli można rozmawiać na temat różnych wad i ich letalności, o tyle rozmowa o dziecku, które nie ma głowy albo mózgu, mija się celem. Każdy lekarz na całym świecie powie, że ono nie będzie żyło. Ono tylko oddycha, tylko bije mu serce, natomiast jak to się ma do tego, co my wiemy o życiu? Trzeba o tym rozmawiać, bo takie nieszcześcia niestety zdarzają się w całej populacji i niestety zawsze. Wiem, że dla ogółu społeczeństwa taka dyskusja nie będzie ciekawa, ale ona się powinna odbyć, a dotąd się nie odbyła. Trzeba stworzyć komisje, które w transparentny sposób będą mogły oceniać dany przypadek i powiedzieć, co takiemu dziecku można zaoferować po urodzeniu i czy cokolwiek można zaoferować. Myślę, że od czegoś takiego trzeba zacząć, bo inaczej to jest droga donikąd. ■

W 1999 roku Justin Kruger i David Dunning opublikowali pracę⁽¹⁾ opisującą przeprowadzone przez nich badanie dotyczące intrygującej, ale jednocześnie na pierwszy rzut oka nielogicznej zależności. Zauważyli mianowicie, że istnieje zależność między szacowaniem poziomu swojej wiedzy i umiejętności w danej dziedzinie a faktycznym rozeznaniem w tej dziedzinie. Osoby dopiero wkraczające na nieznane sobie pole mają tendencję do przeceniania swoich umiejętności, natomiast eksperci w danej dziedzinie przejawiają tendencję odwrotną – im większą posiadali wiedzę, tym bardziej w jej poziom wątpili. Mogłoby się wydawać, że w trudniejszej sytuacji są tu właśnie eksperci, którzy mnożą wątpliwości, szukają wad w swoim toku rozumowania. Wreszcie, jeśli już są czegoś względnie pewni, nie uważają swojej wiedzy za coś szczególnego – jeśli oni zdołali nabyć tę wiedzę, to oznacza, że to nie jest wcale takie trudne, więc nie ma powodu do ogłaszania tego światu. Ten pogląd jest jednak bardzo mylący. Właśnie ci, którzy nie mają dość wiedzy lub pragnienia jej zdobywania są w gorszej sytuacji – można pokusić o się stwierdzenie, że cierpią z powodu niedoboru wiedzy przynajmniej dwukrotnie. Nie dość, że na podstawie błędnych wniosków podejmują złe decyzje, to jeszcze często nie są zdolni do wykonania konkretnych działań.

Pozorną „niewiedzę” w swoim wykładzie noblowskim do wysokiej rangi podniosła Wisława Szymborska. Za krótkim stwierdzeniem „nie wiem” po dokonaniu jakiejś obserwacji idą bowiem pytania – „jak?”, „dlaczego?”, „jakie to ma znaczenie?”. Niewiedza nie oznacza w tym wypadku ignorancji, a jedynie punkt wyjścia do rozważań jak tę wiedzę nabyć. Są tu wszyscy natchnieni iskrą bożą od mitycznego Prometeusza poczynając przez bliższego naszym czasom Leonardo da Vinci (czy naszych Kolegach po fachu Paracelsusie, Galenie) na współczesnych badaczach-pasjonatach kończąc (wystarczy choćby wspomnieć Antoniego Kępińskiego czy Andrzeja Szczeklika).

Na drugim biegunie z kolei są ci, którzy „wiedzą” – to ludzie, którzy nie mają w sobie ciekawości świata, chęci odkrywania, ludzie, w których pasja już zgasła. Są w tej grupie także wszyscy, którzy „wiedzę” posiadli – dyktatorzy, fanatycy, politycy wypowiadający się z pozycji eksperta w kwestiach, na których się nie znają. Hałas, który wytwarzają wokół siebie jest szkodliwy, nie pozwalają na wypowiedź prawdziwym ekspertem.

W ostatnim czasie po raz wtóry przewija się przez Polskę dyskusja o prawie do aborcji – temat jest tak żywy, że gdy dwóch Polaków się spotka, trzy różne i sprzeczne ze sobą opinie mogą stworzyć. W zasadzie wypowiedzenie słowa „aborcja” w przestrzeni publicznej może w Polsce doprowadzić do wyjścia ludzi na ulice, niezależnie od wyznawanych poglądów. Dlatego wciąż nie przestaje mnie zadziwiać fakt publikacji wyroku Trybunału Konstytucyjnego w czasie, który już przez pandemię spokojnym nie jest. Tym bardziej, że ktoś uznał, że sprawa skargi konstytucyjnej dotyczącej ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (skarga wpłynęła 19.11.2019, wyrok – 22.10.2020) jest na pewno ważniejsza od spraw, które rozpatrywano w dalszej kolejności (skarga Rolniczej Spółdzielni Produkcyjnej – skarga wpłynęła 4.05.2017, wyrok – 22.10.2020, skarga odnośnie do prawa pocztowego – 23.10.2017, wyrok – 1.12.2020, skarga ws. prawa pomocy w zakresie ustanowienia pełnomocnika z urzędu, która wpłynęła 10.04.2018 została rozwiązana 18.11.2020). Nie chcę tu powiedzieć, że kwestia dzierzawy ziemi czy błędnego adresu doręczenia jest ważniejsza niż ochrona życia ludzkiego. Zastanawiam się jedynie, czy 11 miesięcy to nie za krótki czas do podjęcia decyzji, tak brzemienną w skutki (wszak podczas demonstracji „chmura wirusa unosila się nad protestującymi”, jak donosił jeden z dzienników telewizyjnych). Zwłaszcza, że pozostałe sprawy, o których wspominałem, zostały umorzone jednogłośnie po pełnym rozeznaniu w czasie przynajmniej dwóch i pół roku, a omawiana została przegłosowana jedynie większością.

Twarzą inicjatywy poselskiej dotyczącej „ustawy za życiem” została Kaja Godek, anglistka, matka dwójki dzieci (w tym jednego z zespołem Downa). Pani Godek zwykła głosić radykalne poglądy, często sprzeczne z nauką, dzięki czemu została już doceniona przez blog „To tylko teoria” Biologiczną Bzdurą Roku 2020 za wypowiedź na temat orientacji seksualnej. Poglądy na temat aborcji przez nią głoszone sugerują, jakoby jedyną wadą genetyczną dotyczącą człowieka była trisomia 21 chromosomu. I chronić prawnie należy i basta! Co po porodzie, to już nieważne, radź sobie kobieto, mężczyzno, ja przecież sobie radzę.

Nie trzeba było długo czekać na pojawienie się drugiego bieguna, wszak natura próżni nie znosi, a tu mamy klasyczny przykład dipolu. Na scenę wkroczyła Marta Lempart, przewodnicząca Ogólnopolskiego Strajku Kobiet, prawniczka z wykształcenia, działaczka w obronie osób z niepełnosprawnościami, a także przeciwko wykorzystywaniu seksualnego dzieci w polskim Kościele katolickim, a prywatnie lesbijka. Tu mamy do czynienia ze zgoła inną postawą – aborcja na życzenie na wielu sztachetach.

Po tym krótkim streszczeniu różnic chciałbym przejść do podobieństw łączących obie panie. A zasadniczym jest wypowiadanie się w kwestiach, o których mają co

► LEK. MARCIN LEWICKI

Członek Zarządu Krajowego OZZL, członek Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii NRL

Fot. Patryk Gryniiewicz



najwyżej mgliste pojęcie. Kaja Godek przez własne doświadczenia z chorobą dziecka i wszystkim co jej dotyczy, Marta Lempart przez wieloletnie zajmowanie się sprawami osób niepełnosprawnych. W wypadku Kai Godek jest to doświadczenie na poziomie przypadku, Marty Lempart – serii przypadków. Obie panie wciąż się radykalizują, przez co odstrasza od siebie tzw. milczącą większość – ten tłum, któremu nie zależy na głowach strony przeciwnej, a jedynie spokojnym życiu bez konieczności bycia bohaterem.

Coraz częściej się słyszy, że zarówno pani Lempart jak i pani Godek nie słuchają doradców, a ich racja jest jedyną słuszną, a jeżeli, nie daj Bóg, rzeczywistość nie pasuje do wizji jednej albo drugiej pani – tym gorzej dla rzeczywistości.

Wreszcie, dawno nie słyszeliśmy jak Marta Lempart mówi o prawie, którym się zajmuje (współtworzyła ustawę o języku migowym i kilka innych aktów prawnych) ani też Kai Godek posługującej się publicznie językiem angielskim (jest anglistką). Nie chcę tu powiedzieć, że należy zamykać drogę do danych dziedzin ludziom wykształconym w innej dziedzinie. Uważam jednak, że mandat do wypowiadania się na dany temat uzyskujemy znajdując się w drugiej części wykresu obrazującego efekt Krugera-Dunninga. Optymalnie, gdy znajdujemy się w części wznoszącej.

Cena raju jest wielka. Nie każdego stać na heroizm. Przy czym czyn heroiczny, gdy staje się obowiązkowy, traci swoją moc. Często wystarczy przyzwoitość. ■

Bibliografia

1. Kruger J. i Dunning D., *Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments.*



Źródło: <https://arturjablonski.com/efekt-krugera-dunninga/>

Prawdopodobny termin dostawy to...?

Rzecz o Narodowym Teście Wytrzymałości

To miała być sprawna akcja, która pomoże szybciej przywrócić normalność. Na razie jednak głównie testuje cierpliwość i napina do granic nerwy starszych pacjentów, ich rodzin oraz personelu medycznego w podstawowej opiece zdrowotnej.

Możliwość przyjęcia szczepionki przeciwko COVID-19 w swojej przychodni to dla seniorów (zwłaszcza w małych miejscowościach) bardzo ważna sprawa. Wielu z nich zdecydowało się dlatego, że nie muszą jechać gdzieś daleko, że mogą się zaszczepić u swojego lekarza i że zastrzyk wykonuje im znajoma pielęgniarka. Na początku wszystko zagrało tak, jak należy. Szczepionki zostały dostarczone w poniedziałek – po 30 dawek do każdej placówki POZ. Ich podawanie zaczynało się przeważnie we wtorek. Pacjenci, wcześniej umówieni, stawiali się na wyznaczone godziny sami albo (zdecydowanie częściej) z kimś bliskim. Pierwsi bowiem preparat firmy Pfizer przyjmowali ludzie w wieku 80+. Zadowoleni byli wszyscy. Seniorzy, że są choć trochę bardziej bezpieczni. Ich rodziny, że już nie muszą drzeć ze strachu o mamę, tatę, babcię czy dziadka i że nie trzeba ich było wozić gdzieś do odległych placówek. Lekarze i pielęgniarki, że pomagają swoim pacjentom.

Pierwsza rysa

Wszystko byłoby pięknie, gdyby system w kolejnych tygodniach działał tak jak na początku. Niestety, już w następny poniedziałek, wtorek, a nawet środę zamiast transportu przychodziły informacje o opóźnieniach dostaw. W przychodniach ruszyło gorączkowe przekładanie terminów, zmiany grafików, zawiadamianie pacjentów o nowych datach i godzinach podania szczepionki. W domach pacjentów pojawiły się nerwy, bo syn już wziął wolne, aby zawieźć mamę na szczepienie i teraz musi je przełożyć. Wnuczka zdążyła się już zamienić poranną zmianą z koleżanką, by pomóc dziadkowi dotrzeć do przychodni. Czy koleżanka zgodzi się na zmianę jeszcze raz? I kiedy o to zapytać, skoro z przychodni informują, że termin jeszcze może się z zmienić? Wszyscy jednak jakoś się spięli. Zrozumieli. Nagła sytuacja, media informowały, że producent opóźnia i zmniejsza dostawy.

Już nie rysa, ale wyrwa

Kolejny tydzień i kolejne opóźnienia. Chaos robi się jeszcze większy, bo na szczepienia umówiona jest już podwójna liczba pacjentów – 30 na pierwszą dawkę i 30 na drugą. Coraz trudniej znaleźć nowy termin szczepienia, bo przekładać terminy muszą nie pojedyncze placówki, ale większość. Infolinia się grzeje, system rejestracji internetowej zawiesza, nerwy pacjentów i pretensje rosną, cierpliwość i wytrzymałość lekarzy, pielęgniarek i rejestratorek przechodzi trudną próbę. Bliscy seniorów nie szczędzą przykrych słów, gdy odbierają telefon z kolejną zmianą terminu szczepienia.

– Ludzie wylewają żale i złość na nas, bo przecież nie zadzwonią do ministra Dworczyka czy do ministra Niedzielskiego. Mó-

wimy przecież o pacjentach 80+, 90+. Przywożą ich do nas dzieci lub wnuki, którzy nie mogą co chwilę zmieniać w pracy planów na pstryknięcie – mówi dr n. med. Agata Sławin, wiceprezes Dolnośląskiego Związku Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców. – Seniorzy są rozzarowani i zaniepokojeni. Pytają, czy my ich na pewno zaszczepimy, czy na pewną tą szczepionką, a nie inną. Czują, że coś jest nie tak. Personel jest przemęczony i zestresowany. W wielu przychodniach pracownicy namawiają szefostwo, by nie kontynuować szczepień, bo mają dość. Jest też już sporo przychodni, gdzie podjęto decyzję, że od kwietnia nie będą kontynuować szczepień. Najwytrwalsi misjonarze mają już dość.

W dodatku informacje o opóźnieniach dostaw nie zawierają konkretnych dat, tylko prawdopodobne. Doktor Sławin zastanawia się, jak ma umawiać pacjentów na prawdopodobne terminy szczepień... Zwraca też uwagę na jeszcze jeden szczegół.

– Zasadnicze pytanie brzmi: do kiedy te szczepionki są ważne? Nie informuje się nas, kiedy będą rozmrożone – zauważa wiceprezes DZLRP. – Czy zgodnie z planem w niedzielę, tylko nie zostały dowieszone na czas i są ważne do piątkowego przedpołudnia, czy też rozmrożono je później i w związku z tym możemy przesunąć pacjentów na sobotę? Nie wiadomo, a to jest kluczowe, jeśli mamy podawać działający preparat, a nie placebo.

Badania kliniczne to przy tym pestka

Lekarz Beata Stecka prowadzi przychodnię POZ na wrocławskim Przedmieściu Oławskim. Pod tym samym adresem praktykę lekarza rodzinnego ma też lek. Zuzanna Wolak-Liśtwan. Obie przystąpiły do Narodowego Programu Szczepień. Teraz obie borykają się z chaosem spowodowanym nieterminowymi dostawami.

– Opóźnienia to dla nas duży problem. Mamy dwie praktyki w jednym miejscu, więc kumuluje nam się za dużo pacjentów do szczepień, nie mieścimy się w czasie – relacjonuje doktor Stecka. – Ustaliliśmy, że szczepimy od wtorku od godz. 7.30 do 9.00, żeby to nie kolidowało z działalnością praktyk. Teraz nie udaje nam się szczepić we wtorki, a nawet w środy, bo szczepionki nie docierają na czas, zostaje czwartek i piątek. Przesuwamy pacjentów, ale problem rośnie, bo brakuje gabinetów.

Lekarki są zmuszone ograniczać ilość zamawianych szczepionek, żeby nie kumulować pacjentów w poczekalni. Nie wiadomo, jak dzielić personel do zadań, skoro ciągle są przesunięcia. Co mówić pacjentom i studentom zatrudnionym do pomocy?

– To są młodzi ludzie, z czegoś zrezygnowali, żeby sobie zarobić, zmienili swoje plany i nagle mają nie przychodzić, bo nie



ma szczepionki – opowiada lek. Beata Stecka i dodaje: – Brałyśmy udział w trzech badaniach klinicznych, ale czegoś takiego jak teraz nie jesteśmy w stanie zorganizować. Panie pielęgniarki mówią: „Ale wtopiliśmy!”. Na początku były dumne, bo pacjenci się cieszą, że mogą się zaszczepić u nas. Zwłaszcza, że w okolicy ileś przychodni nie szczepi. My się zdecydowałyśmy. Stwierdziłyśmy, że skoro poradziłyśmy sobie z badaniami klinicznymi, kiedy przysyłano nam szczepionki prosto z Ameryki, i spełniłyśmy wszystkie standardy, to dlaczego teraz miałybyśmy nie dać rady. A okazuje się, że poziom chaosu chyba jednak nas pokona.

Zaplanowana wizyta? Tylko na dziś

Zamieszanie i dezorganizację pracy przychodni POZ, jakie powodują ciągle opóźnienia dostaw szczepionek, zaczynają odczuwać nie tylko osoby czekające na szczepienie, ale też inni pacjenci korzystający z pomocy lekarzy rodzinnych.

– Na razie u nas nie ma kolejek do lekarza rodzinnego, dlatego że dołożyłyśmy godzin pracy, ale teraz nie rejestrujemy pacjentów na kolejne dni – mówi lek. Anna Krzyszowska-Kamińska z zarządu DZLRP. – Prosimy, by dzwoniли rano, bo w tej sytuacji nie jesteśmy w stanie niczego zaplanować na więcej niż jeden dzień. Działamy na bieżąco. Umawiamy tylko w dniu zgłoszenia – albo jest miejsce, albo nie. Cofnęliśmy się w systemie rejestracji do poprzedniego stulecia.

Druga dawka pod znakiem zapytania

Problemy związane z działaniem Narodowego Programu Szczepień mnożą się jak szalone. Lekarze co jakiś czas muszą się zmierzyć z takim oto dylematem: nie chcesz zmarnować szczepionki, to znajdź czas na szukanie drugiej dawki. Chodzi o sytuację, gdy pacjent umówiony na przyjęcie drugiej dawki nie przychodzi na szczepienie. Wtedy należałoby przeznaczyć dla niego porcję preparatu podać jako pierwszą dawkę pacjentowi następnemu w kolejce albo przewlekle choremu. W sytuacji, kiedy na szczepienie czekają tysiące ludzi, to powinno być postępowanie oczywiste. A niekoniecznie tak jest.

– Uważam, że szczepionka nie może się zmarnować, ale sądzę też, że nie do nas powinno należeć poszukiwanie drugiej

dawki dla kogoś, kto przyjął jako pierwszą porcję zaplanowaną dla innego pacjenta, który nie przyszedł na szczepienie – tłumaczy doktor Krzyszowska-Kamińska. – Teraz jeśli dawkę przeznaczoną dla kogoś jako drugą podamy innemu pacjentowi jako pierwszą, to nie wiemy, czy dostaniemy potem dla niego drugą dawkę. I czy on na koniec dostanie kod QR potwierdzający szczepienie. Enigmatyczny komunikat Agencji Rezerw Materiałowych niczego nie wyjaśnia.

Specjalistka medycyny rodzinnej z Wrocławia dodaje, że umówieniem takiego pacjenta na drugą dawkę, np. do szpitala węzłowego, powinni się zająć ludzie pracujący na infolinii, którzy zawiadują rejestracją. Dodaje: – Przecież my nie możemy godzinami wisieć na telefonie, bo oprócz szczepień, które przez opóźnienia stale nam rozwalają harmonogram, normalnie przyjmujemy pacjentów z innymi problemami zdrowotnymi.

Problem goni problem

O wadliwie działającym systemie e-rejestracji, który przyjmuje wszystkie pomyłki popełnione przez przemęczonych ludzi i nie sygnalizuje błędów, można opowiadać godzinami. Podobnie, jak o niewłaściwie sporządzonych rozliczeniach za wykonane szczepienia. Lekarz zgłasza wykonanie 30 świadczeń, na swoim komputerze widzi, że w portalu gabient.gov.pl wszystko gra, a okazuje się, że w systemach Centrum e-Zdrowia figuruje inna liczba szczepień wykonanych w tej placówce, co oczywiście skutkuje mniejszymi płatnościami. Żmudne dochodzenie zazwyczaj ujawnia, gdzie powstał błąd, ale też wymaga czasu, którego teraz wszystkim brakuje. I dobrej woli do współpracy ze strony urzędników, a z tą bywa różnie. Do tego wszystkiego zaczyna się trzecia fala zachorowań na COVID-19...

Co dalej z Narodowym Programem Szczepień?

Czy wobec piętrzących się trudności, napiętych do granic wytrzymałości nerwów i potwornego zmęczenia, lekarze rodzinni pozostaną w Narodowym Programie Szczepień dłużej niż do końca marca? Prawdopodobnie tak. Przystąpili przecież do tej akcji ze względu na swoich pacjentów i o ile tylko wystarczy im sił, nie zostawią ludzi, którymi opiekują się od lat. ■

Tekst Agata Grzelińska

Personel jest przemęczony i zestresowany. W wielu przychodniach pracownicy namawiają szefostwo, by nie kontynuować szczepień, bo mają dość. Jest też już sporo przychodni, gdzie podjęto decyzję, że od kwietnia nie będą kontynuować szczepień. Najwytrwalsi misjonarze mają już dość.



Tekst Mariusz Kielar

BEZPIECZEŃSTWO W CYBERPRZESTRZENI: TWARDA GRA O PODWYŻSZONĄ STAWKĘ

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/cyber-security-3400657/TheDigitalArtist

Pandemia koronawirusa stała się nieoczekiwanym katalizatorem powszechnej cyfryzacji naszego życia. Dzięki niej w coraz większym stopniu funkcjonujemy w społecznych sieciach środowiska zdalnego. Doświadczamy w nich zupełnie nowego zjawiska określanego przez niektórych badaczy „szarzeniem kalendarzy”: pracując w domu i mieszkając w pracy coraz trudniej odróżnić nam bowiem dni robocze od dni wolnych od pracy. Te płynnie przenikające się światy eskalują również zagrożenia bezpieczeństwa cyfrowego na niespotykaną wcześniej skalę.



Fot. z archiwum autora

► MARIUSZ KIELAR

Pracownik naukowy Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (Zakład Promocji Zdrowia i e-Zdrowia IZP UJ CM), pasjonat nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w opiece zdrowotnej, dziennikarz medyczny, muzyk

Globalna skala zagrożenia

W 2015 roku w Stanach Zjednoczonych odnotowano ponad 111 milionów cyberataków na systemy informatyczne placówek ochrony zdrowia. W największym, jak dotychczas, incydencie cyberbezpieczeństwa – ataku na firmę Anthem – doszło do jednorazowego wycieku ponad 78 milionów danych pacjentów. Szacuje się, że straty związane z podobnymi cyberprzestępstwami odczuło 35% amerykańskiego społeczeństwa. Ten przykład – co prawda dziś już historyczny – dość dobrze oddaje nie tylko globalną skalę zagrożenia wrogimi przejęciami danych czy niewielką skuteczność metod zwalczania tego typu procederów. Uświadamia nam przede wszystkim dramatyczne konsekwencje społeczne działalności cyberprzestępców.

Cyfrowe zagrożenia w dobie pandemii

Zagrożenie naszego bezpieczeństwa cyfrowego nasila się w czasie pandemii. Wiele firm i pracowników musi polegać dziś na pracy zdalnej, w której wszyscy jesteśmy niejako skazani na znacznie częstsze wykorzystywanie technologii teleinformatycznych do realizacji swoich codziennych obowiązków zawodowych. Pokusa wrogiej ingerencji w dzisiejsze możliwości świadczenia pracy w trybie online, a tam samym poważnego zaburzenia lub wręcz odcięcia od takiej możliwości, dla wielu organizacji przestępczych jest zbyt silna, by się jej oprzeć. Niestety w zdecydowanej większości przypadków próżno liczyć na wyrozumiałość ze strony cyfrowych przestępców, a tym bardziej na zawieszenie przez nich swoich działań z powodu globalnego kryzysu epidemicznego. Może o tym świadczyć m.in. przykład szczególnie wrażliwego ataku przeprowadzonego na początku pandemii na szpital zakaźny w Brnie, który uniemożliwił przesyłanie do bazy danych wyników testu na zakażenie koronawirusem. Jak więc „na własnym odcinku” lepiej identyfikować pojawiające się zagrożenia bezpieczeństwa cyfrowego oraz w jaki sposób zapewnić bezpieczniejszą pracę zdalną?

Jeśli chodzi o pierwszą część pytania to tzw. zwykłemu użytkownikowi systemu komputerowego w sukurs przychodzi chociażby ogólna wiedza o najczęściej występujących zagrożeniach dotyczących wrogiego przechwytywania danych i bezpieczeństwa w cyberprzestrzeni. Niemniej jednak, jak widać choćby na przykładzie brneńskiego szpitala zakaźnego, w dobie pandemii powszechnie stosowane metody cyberataków mogą skutkować jeszcze groźniejszymi konsekwencjami niż kiedykolwiek przedtem.

Pierwsze zagrożenie, czyli tzw. atak phishingowy polegający na podszywaniu się pod inną osobę lub organizację przy wykorzystaniu fałszywego adresu poczty elektronicznej czy strony internetowej w celu skłonienia osobę zaatakowaną do określonego zachowania może zostać obecnie wykorzystywany np. do wyłudzenia korzyści majątkowej pod pozorem rzekomej pomocy osobom zakażonym, służbom medycznym, a nawet przez ofertę zakupu leków na koronawirusa czy skorzystania ze szczepienia bez kolejki. Szkodliwe oprogramowanie typu ransomware instalowane na urządzeniu na ogół nieświadomego użytkownika blokuje do niego dostęp lub szefuje dostępne na nim dane. Oczywiście odblokowanie urządzenia i/lub danych na nim zapisanych wiąże się z żądaniem zapłaty okupu w formie środków pieniężnych lub – coraz częściej – w walucie wirtualnej. To jedna ze szczególnie niebezpiecznych metod cyberprzestępczości, za pomocą której można utrudnić lub wręcz całkowicie uniemożliwić wykonywanie pracy zdalnej.

Jej rozszerzona wersja obejmująca zmasowane ataki przeprowadzane za pomocą wielowariantowych metod wyłudzenia korzyści majątkowych i/lub danych wrażliwych wraz np. z jednoczesnym instalowaniem złośliwego oprogramowania to tzw. RaaS (ransomware as a service). W tej grupie zagrożeń znajduje się również dość znany „koń trojański”, czyli podstępna aplikacja podszywająca się pod inne programy – z reguły o dużej atrakcyjności dla użytkownika – której celem jest infekowanie urządzenia niepożądanym, często złośliwym oprogramowaniem w celu śledzenia bądź wykradania danych użytkownika. Mogą to być przykładowo aplikacje, które pod pozorem dostarczania informacji o aktualnych alertach zakażeń COVID-19 tak naprawdę prowadzą swoją ukrytą działalność z zakresu elektronicznej inwigilacji aktywności użytkownika w sieci. Często z komputerów zainfekowanych takim właśnie oprogramowaniem przeprowadzane są cyberataki mające na celu uniemożliwienie działania systemów informatycznych i/lub usług sieciowych za pomocą przeciążenia serwerów masową wysyłką pakietów danych. To tzw. ataki typu DoS/DDoS (distributed denial of service/denial of service).

Odpowiedź na drugą część postawionego wcześniej pytania wymaga od użytkownika przede wszystkim świadomości aktualnych zagrożeń bezpieczeństwa informatycznego „tu i teraz”, jak również żelaznej konsekwencji w przestrzeganiu zaleceń i rekomendacji dotyczących minimalizacji ryzyka takich zagrożeń w pracy zdalnej. Są one publikowane przez powołane do tego instytucje międzynarodowe (amerykański Narodowy Instytut Standaryzacji i Technologii – NIST, europejskie (Europejska Agencja Bezpieczeństwa Sieci i Informacji – ENISA) i krajowe (Urząd Ochrony Danych Osobowych – UODO) w formie wytycznych. Ich stosowanie wyznacza z kolei standardy tzw. dobrej praktyki w obszarze cyberbezpieczeństwa.

Wytyczne NIST

Zgodnie z wytycznymi NIST w celu zapewnienia optymalnego poziomu cyberbezpieczeństwa dla organizacji w okresie przechodzenia na model pracy zdalnej oraz w trakcie jej realizacji należy:

1. ograniczyć przechowywania poufnych danych na urządzeniach dedykowanych do pracy zdalnej lub dla klientów;
2. wykorzystywać wieloskładnikowe uwierzytelnienie na etapie dostępu do zasobów organizacji;
3. zabezpieczać się przed ryzykiem podsłuchu, przechwycenia lub modyfikacji komunikacji w sieciach zewnętrznych poprzez zastosowanie technologii szyfrowania w celu ochrony przetwarzanych danych i zabezpieczenia urządzeń końcowych (ang. end-to-end);
4. wykorzystywać te środki techniczne, które umożliwiają szyfrowanie danych przy wykorzystywaniu zatwierdzonych technologii szyfrowania i przy współpracy z certyfikowanymi dostawcami;
5. skutecznie zabezpieczać serwery zdalnego dostępu i zadbać o ich kompatybilność z innymi urządzeniami;
6. chronić się przed atakami złośliwego oprogramowania (malware) na urządzeniach swoich pracowników lub urządzeniach udostępnianych klientom, wykorzystując oprogramowanie antywirusowe, audytując odpowiednio dostawcę oraz klientów, czy wydzielając dla urządzeń udostępnianym klientom osobną sieć, której ewentualne naruszenie nie wpłynie na strategiczną sieć organizacji;
7. opracowywać polityki bezpieczeństwa pracy zdalnej, które określają jej podstawowe zasady oraz rodzaj urządzeń dopuszczonych do takiej pracy.

Wytyczne agencji ENISA

Z kolei europejska agencja ENISA w ramach opublikowanych przez siebie rekomendacji wyróżnia grupę wytycznych dedykowanych pracownikom. Zalecają one m.in.:

1. korzystanie z komputerów służbowych, a nie osobistych, chyba że urządzenia prywatne zostały sprawdzone przez pracodawcę;
2. nielączenie pracy zawodowej z zajęciami rekreacyjnymi na tym samym urządzeniu;
3. zachowanie szczególnej ostrożności w zakresie korespondencji dotyczącej koronawirusa (ostrzeżenie przed phishingiem);

4. łączenie się z internetem przy wykorzystaniu bezpiecznych sieci i unikanie otwartych sieci wi-fi;
5. unikanie wymiany poufnych informacji korporacyjnych przy wykorzystaniu e-maila; (do udostępniania plików roboczych wskazane jest korzystanie z wewnętrznych sieci typu intranet);
6. szyfrowanie danych w stanie spoczynku (data-at-rest), np. na dyskach lokalnych;
7. obecność aktualnego oprogramowania systemowego oraz antywirusowego;
8. zablokowanie ekranu w razie pracy w przestrzeni współdzielonej;
9. nieudostępnianie adresów URL w trakcie wideokonferencji w mediach społecznościowych lub innych publicznych kanałach.

Krajowe wytyczne UODO

Krajowe wytyczne UODO zawierają jedynie podstawowy zakres zaleceń dla pracownika, które – jak widać – w większości są kompilacją wyżej wymienionych wytycznych:

1. nie instalować aplikacji i oprogramowania niezgodnych z procedurą bezpieczeństwa organizacji;
2. upewnić się, że wszystkie urządzenia, z jakich korzysta pracownik, mają niezbędne aktualizacje systemu operacyjnego, oprogramowania oraz systemu antywirusowego;
3. wydzielić sobie przestrzeń do pracy, która uchroni przez zagrożeniami z zewnątrz i blokować urządzenie, gdy się od niego odchodzi;
4. zabezpieczyć komputer przez używanie silnych haseł dostępu i korzystać z wieloskładnikowego procesu uwierzytelniania;
5. używać służbowego adresu e-mail oraz szyfrowanych załączników;
6. unikać używania danych osobowych lub poufnych informacji w tematach wiadomości;
7. sprawdzać właściwe oznaczenie adresata wiadomości;
8. dokładnie sprawdzać nadawców wiadomości;
9. zabezpieczyć się przed phishingiem, tj. nie otwierać załączników oraz nie klikać w linki zawarte w wiadomości od nieznanych adresatów bądź wyglądających podejrzanie;
10. przekazywać hasło do zaszyfrowanych załączników drogą inną i niezależną od wiadomości z takim załącznikiem;
11. używać tylko zaufanego dostępu do sieci lub chmury;
12. zadbać o bezpieczną archiwizację danych.

Zdaniem specjalistów zajmujących się zarządzaniem bezpieczeństwem w przestrzeni elektronicznej cenną i praktyczną pomocą przy planowaniu przez organizację strategii „tarczy ochronnej” w obszarze cyberataków mogą być odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jakie dane jesteśmy zobligowani chronić i jakie dane dodatkowo chcemy chronić?
2. Jakie środki organizacyjno-techniczne będą optymalne z punktu widzenia wymogów przepisów prawa oraz najlepszych praktyk w tym zakresie?
3. Jak będziemy obsługiwać ewentualne incydenty i jak zapewnimy ciągłość działania naszej organizacji w przypadku skutecznego ataku hackerskiego?
4. Czy jesteśmy w stanie wdrożyć wszystkie działania sami czy też potrzebujemy wsparcia? ■

Opracowanie powstało na podstawie raportu „Koronawirus a prawo”, Wydawnictwo Must Read Media, wydanie I, kwiecień 2020 r.



Prof. dr hab. Aleksander Woźny odpowiada na pytania uczestników webinarium „Słowa, które leczą. Rzecz o nieznanej w Polsce medycynie narracyjnej”, które odbyło się 19 stycznia 2021 roku.

Godność

jest wartością, którą trudno zmierzyć

W końcowej części prowadzonego przeze mnie w styczniu tego roku webinarium dla lekarzy, które zorganizowała Komisja Kształcenia DRL, jeden z jego uczestników, napisał na czacie słowa, które sprawiły mi ogromną satysfakcję. Otóż osoba posługująca się inicjałami E.M. napisała, że webinarium „przypomina o istocie spotkania lekarza z pacjentem na płaszczyźnie relacji i zrozumienia”. I o to rzeczywiście tu chodzi. Ale na naszym czacie pojawiały się przede wszystkim pytania. Pokazały one, jak mocno problemy stawiane w centrum przez medycynę narracyjną nurtują środowiska lekarskie, nawet gdy samo określenie „medycyna narracyjna” pozostaje nierozpoznane (nagranie webinarium zostało umieszczone na stronie: www.medycyna-narracyjna.pl. Tam Czytelnik znajdzie także teksty mojego autorstwa na temat medycyny narracyjnej). Nie na wszystkie pytania w czasie wykładu zdążyłem odpowiedzieć, a ponieważ każde z nich miało wielką wagę, udało się, dzięki przychylności redakcji „Medium”, uzyskać ponownie miejsce na łamach lekarskiego czasopisma. Można więc uznać, że odtworzenie czatu, który towarzyszył internetowemu seminarium o nieznanej w Polsce medycynie narracyjnej, jest w pewnym sensie kontynuacją zarówno styczniowego webinarium, jak i przeprowadzonej za mną rozmowy przez red. Magdalenę Janiszewską, zamieszczonej w poprzednim numerze „Medium”.

Uczestnik webinarium: W jaki sposób zdefiniować najkrócej medycynę narracyjną? Czy nie jest to tylko dodatkowa nazwa, przypomnienie znanych od wieków kwestii komunikacji w medycynie? Na czym precyzyjnie polega nowatorstwo tego kierunku?

Prof. dr hab. Aleksander Woźny: Na to pytanie trudno jest udzielić lakonicznej odpowiedzi. Może zacznę zatem od przypomnienia swoich warsztatów prowadzonych dla lekarzy i pielęgniarek związanych z opieką paliatywną. Podczas liczącego niecałe dwie godziny spotkania dwie uczestniczki zdecydowały się opowiedzieć o swoich najbardziej traumatycznych przeżyciach, jakich doświadczyły w liczącej po kilkadziesiąt lat praktyce klinicznej. Były to narracje o śmierci dziecka i młodej kobiety. Obie bardzo dramatyczne i obie przemilczane przez dziesiątki lat, zarówno wobec osób najbliższych, jak i grona kolegów z pracy. Dopiero na naszych warsztatach doszło do ich odblokowania. Okazało się to możliwe po wspólnej lekturze poruszającego utworu literackiego o młodej dziewczynie umierającej na raka piersi. Ten wiersz stworzył zasklepione w pamięci i zamknięte na cztery spusty narracje. Pokazując w czasie warsztatów, na przykładzie samych medyków, jak literatura może otwierać opowieści pacjentów, doświadczyliśmy wspólnie jednego ze sposobów przywracania chorym utraconej podmiotowości. Bo właśnie poprzez literaturę, poprzez interpretowanie jej nierzadko ukrytych sposobów mówienia o ludzkich doznaniach i uczuciach medycyna narracyjna przybliży umiejętności współodczuwania w cierpieniu, umiejętności nazywania i rozumienia kodów, jakimi posługują się chorzy.

Mówiąc bardziej uczonym językiem, można powiedzieć, że medycyna narracyjna pomaga w przywracaniu pacjentowi zagrożonej chorobą tożsamości, a także poczucia godności poprzez współtworzenie intersubiektywnej relacji lekarza z pacjentem, która rodzi się w procesie opowiadania-słuchania.

Uczestnik webinarium: Czy nie można wprowadzić dodatkowych testów dla kandydatów na studia medyczne, sprawdzających ich stopień empatii oraz innych cech charaktero-



Fot. z archiwum A.W./UWR

► PROF. DR HAB. ALEKSANDER WOŹNY

Kierownik Zakładu Medioznawstwa, Instytut Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej, Uniwersytet Wrocławski, antropolog kultury, literaturoznawca, filozof i medioznawca. W 2020 roku wydał autorską książkę pt. „Scenariusze kultury w mediach i w medycynie narracyjnej” (link do bezpłatnego egzemplarza: http://www.wuwr.com.pl/upfiles/products/Wozny_Scenariusze_CNS_SxAYL.pdf).

”
Medycyna narracyjna jest dyscypliną humanistyczną, trudno tu zatem o dowody w tradycyjnym rozumieniu empirii.

”
Bo prawdziwa empatia to, przywołuję określenie Olgi Tokarczuk, współdzielenie czyjegoś losu. Współdzielenie nawet wówczas, a może szczególnie wtedy, gdy staje się on losem tragicznym, losem okrutnym. Aby jednak wspólnie przeżywać dramatyczny los z osobą, która go doświadcza, musimy ją dobrze poznać.

gicznych, potwierdzających potencjał na bycie dobrym lekarzem? Czy medycyna narracyjna o tym myśli?

A.W.: To bardzo interesujący pomysł, ale być może zawiera się w nim skryte przeświadczenie, że człowiek się nie zmienia, że nie jest w stanie nauczyć się pewnych umiejętności, takich jak okazywanie empatii. A przecież „przebudzenia” są czymś bardzo istotnym w życiu każdego z nas. Wierzę głęboko, że doświadczają ich lekarze, może nawet częściej niż przedstawiciele innych zawodów.

Jeśli natomiast chodzi o modyfikacje związane ze studiowaniem medycyny, to także widziałbym potrzebę dokonania tu głębokich zmian, poczynając od wprowadzania perspektywy, którą medycyna narracyjna określa jako illness. Chodzi o umiejętność spoglądania na chorobę z „perspektywy pacjenta”, o wsłuchiwanie się z uwagą w jego odczucia i niepokoje, które są niewyrażalne w języku biomedycyny. To podejście jest niesprowadzalne do disease, do „perspektywy lekarza”, redukującej często człowieka do jednostki chorobowej – powtarzalnej i pozbawiającej podmiotowości.

Na wielu uniwersytetach amerykańskich, poczynając od Columbia University, medycyna narracyjna jest wprowadzana do programu studiów, istnieje także możliwość pisania prac dyplomowych z tej właśnie dziedziny. Coraz większą popularnością cieszą się również podyplomowe studia z medycyny narracyjnej, adresowane nie tylko do przedstawicieli zawodów medycznych.

Uczestnik webinarium: Jaka jest skala stosowania medycyny narracyjnej w Stanach Zjednoczonych, i jakich placówek głównie dotyczy?

A.W.: Częściowo odpowiedziałem na to pytanie, ustosunkowując się do poprzedniego. Wszystko zaczęło się w Columbia University, nowojorskiej uczelni, która należy do tzw. Ligii Bluszczonej, gromadzącej najstarsze, najbardziej prestiżowe uniwersytety amerykańskie. Początkiem wszystkiego było seminarium zorganizowane w 2000 r. na tymże uniwersytecie, a następnie studia magisterskie z medycyny narracyjnej, w czasie których studenci medycyny poznawali podstawy z zakresu teorii literatury, filozofii i kulturoznawstwa. To dzięki nim możliwe było organizowanie warsztatów na oddziałach onkologii, opieki pourazowej i fizjoterapii. Z czasem praktyka z zakresu medycyny narracyjnej objęła wiele amerykańskich szpitali i klinik dla weteranów dotkniętych stresem pourazowym, jakiego doznawali w wyniku działań wojennych. Od kilku lat prowadzone są akademickie programy z medycyny narracyjnej na wszystkich kontynentach, od Buenos Aires po Tokio i Kioto. Bardzo intensywnie dyscyplina ta rozwija się w państwach skandynawskich i we Włoszech, gdzie poczynając od czerwca ubiegłego roku prowadzone są webinaria, umożliwiające łagodzenie skutków pandemii koronawirusa i przeciwdziałające wypaleniu zawodowemu medyków.

Uczestnik webinarium: Czy istnieje jakieś zbiorcze kompendium wiedzy na temat medycyny narracyjnej?

A.W.: Takim źródłem może być zbiór artykułów amerykańskich literaturoznawców, filologów i lekarzy zgromadzonych wokół Columbia University Medical Center (przedstawicieli medycyny narracyjnej), opublikowany u nas w ubiegłym roku w Krakowie. Są tam m.in. teksty dr Rity Charon z Columbia University, literaturoznawczyni i lekarki, uznawanej za matkę chrzestną medycyny narracyjnej. Publikacja ta powstawała ze wsparciem zespołu Sindy Smalletz (z Columbia University), z którą spotkałem się podczas sympozjum z medycyny narracyjnej organizo-

wanego trzy lata temu na Uniwersytecie Warszawskim. Książka z referatami z tej właśnie konferencji została opublikowana w 2019 r. Jest także moja książka pt. „Scenariusze kultury w mediach i w medycynie narracyjnej” z 2020 r. (link do bezpłatnego egzemplarza: http://www.wuwr.com.pl/upfiles/products/Wozny_Scenariusze_CNS_SxAYL.pdf).

Uczestnik webinarium: Jakie są dowody empiryczne przemawiające za medycyną narracyjną?

A.W.: Medycyna narracyjna jest dyscypliną humanistyczną, trudno tu zatem o dowody w tradycyjnym rozumieniu empirii. Jej rezultaty są natomiast potwierdzane w doświadczeniu choroby, w doświadczeniu pacjentów i lekarzy. I właśnie te świadectwa stanowią „materiał empiryczny” medycyny narracyjnej. Można je znaleźć w każdym z opracowań poświęconych medycynie narracyjnej, pojawia się ich także bez liku na stronach internetowych.

Uczestnik webinarium: Jak się mierzy poziom efektywności medycyny narracyjnej?

A.W.: To pytanie pokrywa się w dużym stopniu z poprzednim, dodam więc tylko, że uwzględnianie przez lekarzy perspektywy illness, jako niezbędnego dopełnienia biomedycznej perspektywy disease, wzmacnia efektywność terapii i przywraca pacjentowi poczucie godności. A godność jest wartością, którą raczej trudno zmierzyć.

Uczestnik webinarium: Czy można stwierdzić, że w medycynie narracyjnej narratorem ma być głównie pacjent, a niezbędną rolę lekarza jest wysłuchać go z empatią i zrozumieniem?

A.W.: Tak o to chodzi. To stwierdzenie, że narratorem ma być przede wszystkim pacjent, jest słuszne. Chodzi o to, żeby go wysłuchać i zrozumieć, a prowadzą do tego trzy kroki. A więc, po pierwsze, uwaga, wysłuchanie z najwyższą uwagą, pełne skupienie na tym, co pacjent ma do przekazania, czym się chce podzielić. Drugi krok to wyrażanie, reprezentacja, trzecim jest empatia. Etap drugi polega na tym, żeby słowo mówione osoby chorej zapisać, aby zapisali je ci, którzy się nią opiekują. Nabiera się wówczas do wypowiedzi dystansu, pojawia się pełniejsze jej zrozumienie. Zapis jest bowiem utrwalaniem tego, co ulotne. Dlatego tak istotne jest wyrażenie czyichś obaw, także tych własnych, w formie pisma. „Zapis” może przybierać także i inne formy, bowiem medycyna narracyjna sięga po różne środki wyrazu. W czasie pandemii coraz więcej lekarzy, nie tylko w Stanach Zjednoczonych, odwołuje się do takich form utrwalenia przeżyć związanych z chorobą i cierpieniem, jak rysunki, obrazy, a nawet plakaty czy memy. Otóż medycyna narracyjna stwarza szanse „zapisania” cierpienia nie tylko pacjentom, ale i samym lekarzom, a w konsekwencji daje im możliwość zapanowania nad wypaleniem zawodowym. Ci, którzy są głęboko zaangażowani w walkę z pandemią, odczuwają bowiem coraz częściej potrzebę ekspresji, utrwalenia emocji i przemyśleń – przelewają je na papier, w postaci tekstów literackich, bądź tworzą zróżnicowane formy plastyczne.

Uczestnik webinarium: Czy na taką postać porozumienia między lekarzem a pacjentem powinno się nakładać konkretne działanie medyczne?

A.W.: Rozumieniem to „konkretne działanie medyczne” jako działanie polegające na tych formach aktywności, które leczą to, co w medycynie narracyjnej określa się mianem disease, czyli to, co jest rodzajem naprawy ciała, które przestaje »



funkcjonować. Jak pamiętamy medycyna narracyjna tę tradycyjną formę terapii dopełnia perspektywą illness, perspektywą pacjenta. Obie się łączą i nie ma tu takiej relacji, która polegałaby na następności i uprzedniości. Te dwie perspektywy mogą się wzajemnie dopełniać. Im głębiej wchodzimy w to, co stanowi subiektywne doświadczenie osoby chorej, tym bardziej jesteśmy w stanie jej pomóc w sposób biomedyczny. Te dwie perspektywy po prostu się wzajemnie uzupełniają. I tu pojawia się trzeci z omawianych etapów, niezwykle istotny, mianowicie empatia.

”

Bo prawdziwa empatia to, przywołuję określenie Olgi Tokarczuk, współdzielenie czyjegoś losu. Współdzielenie nawet wówczas, a może szczególnie wtedy, gdy staje się on losem tragicznym, losem okrutnym. Aby jednak wspólnie przeżywać dramatyczny los z osobą, która go doświadcza, musimy ją dobrze poznać. I dopiero wówczas, gdy ten los jest nam znany, gdy potrafimy rozpoznać, co w tym losie jest najbardziej dramatyczne, podejmujemy decyzję, w którym momencie wchodzimy w tę zranioną narrację, jaką nam się przekazuje, jaką nam się opowiada. Trudno założyć, że można wejść w ten właśnie sposób w historię ludzkości i żywić empatię do wszystkich.

“

Uczestnik webinarium: Nie zgadzam się, że empatia do całego świata jest empatią fałszywą. Takie podejście oznaczałoby, że empatia jest wybiórcza, bo zależy od czegoś czy od kogoś.

A.W.: Widzę w tym stwierdzeniu głęboką troskę o to, aby właśnie nie traktować empatii w sposób wybiórczy, aby nie ograniczać się w okazywaniu empatii do osób nam najbliższych. Zgadzam się z tym apelem w stu procentach, z tym jednak, że jeśli mamy empatię do całego świata, jeśli mówię sobie rano, gdy wstaję z łóżka: kocham całą ludzkość, a wieczorem dopowiadam: tak, mogę z czystym sumieniem powiedzieć, że ją kocham, ale jakoś nie było okazji, żeby to okazać konkretnej osobie, to taka empatia jest mało wiarygodna. Bo prawdziwa empatia to, przywołuję określenie Olgi Tokarczuk, współdzielenie czyjegoś losu. Współdzielenie nawet wówczas, a może

szczególnie wtedy, gdy staje się on losem tragicznym, losem okrutnym. Aby jednak wspólnie przeżywać dramatyczny los z osobą, która go doświadcza, musimy ją dobrze poznać. I dopiero wówczas, gdy ten los jest nam znany, gdy potrafimy rozpoznać, co w tym losie jest najbardziej dramatyczne, podejmujemy decyzję, w którym momencie wchodzimy w tę zranioną narrację, jaką nam się przekazuje, jaką nam się opowiada. Trudno założyć, że można wejść w ten właśnie sposób w historię ludzkości i żywić empatię do wszystkich. Prawdę mówiąc, nie wyobrażam sobie tego, bo ludzkie historie, a zwłaszcza historie chorób są konkretne, są nasycone emocjami, wrażliwością, a przede wszystkim podmiotowością, która jest podmiotowością konkretnej, chorej osoby. Są to narracje „ranliwe”, jak mawia kanadyjski socjolog medycyny, Arthur Frank. Wymagają więc bardzo indywidulanego podejścia.

Uczestnik webinarium: Czy medycyna narracyjna ma pełnić rolę psychoterapii dla lekarza i pacjenta?

A.W.: O pacjentach było już wiele, skupię się zatem teraz na lekarzach, aby pokazać jeszcze jedno oblicze medycyny narracyjnej. Przez wielu lekarzy psychoterapeuta jest dziś traktowany jak panaceum, jak środek na każde załamanie, na każdy stres. Zwłaszcza w czasie pandemii. Otóż w kręgach medyków narracyjnych, nie tylko w Stanach Zjednoczonych, organizowane są regularnie grupowe, cykliczne spotkania, w których uczestniczą lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, całe zespoły medyczne. Otóż te zespoły w trakcie cyklicznych warsztatów pochylają się nad wybranymi przez moderatora/kulturowego suflera tekstami literackimi, i czytają je na głos, a następnie omawiają ją, wychytując w nich to, co daje im szansę postawienia na nowo ważnych pytań, na jakie w pracy, w życiu zawodowym nie ma czasu. W czasie tych wspólnych spotkań rodzi się stopniowo coś nowego, coś, co łączy ludzi, którzy dotychczas postrzegali się jedynie w kategorii przedstawicieli swoich specjalności. Coś, co pozwala przezwyciężyć największy stres i przeciwdziała zawodowemu wypaleniu.

Uczestnik webinarium: Czy wielkiego humanisty prof. Andrzeja Szczeklika nie należy traktować jako prekursora medycyny narracyjnej?

A.W.: Tak, zdecydowanie tak. I na potwierdzenie tych słów przywołuję wypowiedź Profesora z książki o uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki: „Chory przychodzi ze swoim bólem, zgryzotą, cierpieniem, trwogą i woła o pomoc. To wołanie, oczywiście, rzadko jest dosłowne. [...] chory opowiada. Trzeba słuchać, wysłuchać opowieści. [...] Dla opowiadającego ta historia to rzecz pierwszorzędna. A słuchający niech pamięta, iż jedno z tych opowiadań stanie się jego własnym [...]”. Czyż trzeba dodawać, że słowa te nabierają szczególnego znaczenia dziś, w czasie naszej zarazy? ■

Komunikat Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej

Z powodu pandemii termin statutowego walnego zebrania członków SLDiWMW nie został jeszcze wyznaczony. Walne zebranie odbędzie się w terminie umożliwiającym kontakt bezpośredni.

Zarząd SLDiWMW



Fot. z archiwum E.K.-J.

► DR N. MED. EWA KEMPISTY-JEZNACH

Absolwentka Akademii Medycznej we Wrocławiu, przez 5 lat pracowała w Klinice Endokrynologii macierzystej uczelni. W 1981 roku wyjechała do Niemiec, gdzie założyła prywatną klinikę, w której przepracowała 32 lata, zdobywając kolejne stopnie specjalizacji. Jest internistą, specjalistą chorób ogólnych, jedynym w Polsce certyfikowanym lekarzem medycyny męskiej. Autorka książek: „Chorzy ze stresu. Problemy psychosomatyczne”, „Testosteron. Klucz do męskości” i „Książka tylko dla mężczyzn”. Obecnie pracuje jako kierownik medyczny kliniki wellness w prywatnym szpitalu Medcover w Warszawie.



Rozmawia Maciej Sas

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/pedrofigueras

Większość chorób współczesnych ludzi MA PODŁOŻE PSYCHICZNE

Podkreśla, że współcześni lekarze stoją przed arcytrudnym wyzwaniem – poza wiedzą medyczną, muszą się też znać na psychologii, by skutecznie pomagać pacjentom. Jej zdaniem najważniejszą grupą w świecie medycznym są lekarze rodzinni i to o ich edukację powinniśmy dbać najbardziej. – Bo to oni najlepiej znają pacjenta, a on im ufa – w rozmowie z Maciejem Sasem mówi dr n. med. Ewa Kempisty-Jeznach, absolwentka Akademii Medycznej we Wrocławiu, jedyny w Polsce certyfikowany lekarz medycyny męskiej, autorka książki „Chorzy ze stresu. Problemy psychosomatyczne”.

Maciej Sas: „Choroby psychosomatyczne chorobami XXI wieku?” – zacznę naszą rozmowę, wykorzystując pierwsze zdanie z Pani nowej książki. Jest aż tak źle pod tym względem?

Dr n. med. Ewa Kempisty-Jeznach: Jest bardzo źle! Powiedziałabym, że w tej chwili więcej mamy nawet pacjentów z chorobami psychosomatycznymi, czy może, mówiąc nieco delikatniej, z dolegliwościami psychosomatycznymi, aniżeli ludzi, którzy są chorzy organicznie, na przykład cierpią na choroby cywilizacyjne. To może się nam wydawać związane z czasem pandemii, która to bardziej nasiliła. Mam nieodparte wrażenie, że ogromna liczba pacjentów przychodzi dzisiaj do lekarzy właśnie z objawami psychosomatycznymi.

M.S.: Stres jest przez medycynę akademicką widziany skrajnie – jedni uznają go za czynnik wielu chorób, inni zupełnie bagatelizują. To, co Pani opisała w swojej nowej książce, opiera się na Pani doświadczeniu zawodowym. Kiedy właściwie doszła Pani do wniosku, że stres może mieć tak zabójcze działanie?

E.K.-J.: Postanowiłam napisać tę książkę 5 lat temu, kiedy zauważyłam, jak bardzo wielu pacjentom muszę tłumaczyć problem psychosomatyki. Ci ludzie właściwie szukają choroby, która ich dręczy – coś ich boli, więc widzą w tym problem natury organicznej. »



M.S.: Szukają, chodząc ze swoim problemem od lekarza do lekarza – to ma Pani na myśli?

E.K.-J.: Tak, można powiedzieć, że takie osoby zajmują się turystyką medyczną – krążą od jednego gabinetu lekarskiego do drugiego, a potem – kolejnego. Nie mogą zrozumieć, że nic z tego nie wychodzi. Mają wątpliwości co do wiedzy lekarskiej. Bardzo mnie to boli, dlatego że tak inni koledzy lekarze, jak i ja zrobiliśmy wszystko, by problem zdiagnozować i wiemy, że ten pacjent nie cierpi na jakąkolwiek chorobę organiczną. W takiej sytuacji już nie badamy jednego, konkretnego organu, ale zajmujemy się człowiekiem holistycznie, wykluczając jedna po drugiej choroby organiczne. Bo żeby rozpoznać problemy psychosomatyczne, trzeba najpierw wykluczyć wszystkie możliwe choroby organiczne, które dają objawy takie, jakie opisuje pacjent. Te są niekiedy tak skrajne, że nie łączą się w jakąkolwiek spójną całość. W tym momencie zaczynamy podejrzewać kłopoty psychosomatyczne, ale – podkreślę raz jeszcze – nie wolno nam, lekarzom postawić ostatecznej diagnozy bez wykluczenia wszelkich możliwych w danym przypadku chorób organicznych. Po zbadaniu pacjenta, gdy już mamy wszystko czarno na białym, możemy z nim usiąść i wytłumaczyć, że jest chory psychosomatycznie. I to od lekarza, który przekazuje tę wiadomość zależy, co się stanie dalej. Mam na myśli to, czy pacjent będzie chodził przez rok do różnych lekarzy, aż w końcu będzie miał stany lękowe, depresyjne i trafi do psychiatry, czy potrafimy mu to tak wytłumaczyć, podpierając się swoim autorytetem, ale też postępując ze zrozumieniem, ze skróceniem dystansu i dużą dawką empatii, aż on nam uwierzy. A im szybciej uwierzy w to, że to choroba psychosomatyczna, tym większy sukces w jej leczeniu i nie trzeba będzie od razu sięgać po leki antydepresyjne.

M.S.: Z tego, co Pani powiedziała, wynika, że taki proces jest długotrwały. Sądzi Pani, że w realiach polskiego systemu opieki zdrowotnej jest miejsce na takie podejście, na znalezienie tak skomplikowanej niekiedy przyczyny? W końcu zwykle wizyta u lekarza to maksymalnie 10 minut: pada zestaw 3 sakramentalnych pytań, jest rutynowa recepta i... koniec spotkania. Gdzie tu miejsce na dotarcie do bólu duszy?

E.K.-J.: Tu jest niezbędny autorytet lekarski, o którym przed chwilą wspomniałam. Dlatego bardzo doceniam lekarzy pierwszego kontaktu, bo to oni znają doskonale swojego pacjenta i to oni wysyłają go do specjalistów. Specjalista widzi go krótko – raz, czasami dwa razy, a potem chory wraca do swojego lekarza rodzinnego. I właśnie dlatego tacy lekarze powinni zostać należycie docenieni: trzeba im dać więcej możliwości działania, rozmaitych narzędzi, bo to oni, znając pacjenta najlepiej, są w stanie postawić trafną diagnozę. Wyniki pozbierane od 2-3 specjalistów i na końcu podsumowane przez lekarza pierwszego kontaktu są niezwykle ważne. To właśnie on, człowiek, któremu pacjent ma ufać najbardziej, powinien usiąść i wszystko mu spokojnie wytłumaczyć. Posłużmy się przykładem: jeżeli człowieka boli serce, to wielu badań do wykonania nie ma – robi się EKG, EKG wysiłkowe, echo serca. Jeśli w tych badaniach nic złego się nie widzi, a na dodatek badania krwi wychodzą bez patologii, to w tym momencie można stwierdzić, że ten człowiek jest chory psychosomatycznie. Wydaje mi się, że do tego nie trzeba mnóstwa wizyt u wielu lekarzy. Tę medyczną wędrówkę można radykalnie skrócić, ale czy to się uda, zależy właśnie od autorytetu lekarza pierwszego kontaktu. Jeśli przekona pacjenta, oszczędzi mu wiele czasu związanego z chodzeniem od gabinetu do gabinetu. To on powinien nakazać zmianę trybu życia, która będzie początkiem leczenia.

Pierwszym, zasadniczym krokiem w postępowaniu terapeutycznym w takiej sytuacji nie powinien być od razu antydepresant. Jeżeli jednak pacjent nie zostanie do tego przekonany, to – niestety – czeka go wizyta u psychiatry.

M.S.: Gwałtowny rozwój technologii, cywilizacji oznacza zmiany, na które ludzki organizm nie jest przygotowany. To musi oznaczać narastający stres. Sam słyszałem od lekarzy kilka razy: „Musi się pan mniej stresować!”. Brzmi pięknie, ale poproszę receptę na lek w tym względzie: kłopot w pracy, kłopoty rodzinne, niezadowolony szef, poczucie wyizolowania towarzyszące wielu z nas – zwłaszcza teraz, w czasie pandemii. Jak się odizolować od nadmiaru stresu – zna Pani jakąś skuteczną metodę? Można wypisać na to receptę?

E.K.-J.: Jak wspomniałam, na samym końcu tego łańcucha stoją leki uspokajające, nasenne czy antydepresanty – to naprawdę ostateczność. 50 proc. sukcesu w tym przypadku to zrozumienie przez pacjenta problematyki związanej z chorobą psychosomatyczną. Wpuściliśmy na salony lekarskie techniki wyciszenia. Wydawało nam się przed paru laty, że są to metody z serii: „hokus-pokus”, które niewiele dają, że tylko ludzie spirytualnie nawiedzeni uprawiają jogę. My byliśmy przyzwyczajeni do czegoś innego: „co dzień tabletka biała”, czy antydepresant i... mamy to z głowy. Ale tak nie musi być. Powinniśmy rozwiązać problem, korzystając z trzech ścieżek. Pierwszą z nich są techniki wyciszenia, a więc zaleca się pacjentowi, by przynajmniej 3 razy w tygodniu robił trening autogenny (joga, mindfulness, tai chi). Dzisiaj w Dolinie Krzemowej, w dużych korporacjach (np. Google) są pokoje wyciszenia, z których można korzystać między godz. 12.00 a 12.30. Pierwszą wprowadziła to firma informatyczna Captain, która takie techniki wyciszenia swoich pracowników wprowadziła w pewnym momencie wręcz jako obowiązek. Każdy może wybrać technikę sam – tu się niczego nie narzuca, bo u każdego to działa inaczej: jeden woli słuchać muzyki poważnej z zamkniętymi oczami, inny – uprawiać jogę. Druga metoda to użycie adaptogenów.

M.S.: Co ma Pani na myśli – poproszę o konkrety.

E.K.-J.: Są to rośliny, które weszły na salony lekarskie z dużym oporem, ale już się je uznaje na świecie. Te naturalne leki były używane od tysięcy lat. Należy do nich 12-13 ziół. Mogą być podawane w postaci naparów, tabletek. Najważniejszym ich przedstawicielem jest ashwagandha. Jej skuteczne działanie obserwuję, analizując wyniki moich pacjentów – poziom kortyzolu (czyli hormonu stresu) po trzech miesiącach jej podawania potrafi spaść o połowę. Kortyzol, dodajmy, jest największym przeciwnikiem hormonów płciowych, a więc po użyciu takiego naturalnego leku wzrasta poziom testosteronu i estrogenów, co powoduje, że pacjenci są silniejsi wobec życia. Bo testosteron – wyjaśnijmy – jest hormonem królewskim mężczyzny: daje stanowczość, decyzyjność, dobry humor, szczęście, radość, sylwetkę, libido. To samo się dzieje u kobiet – dzięki estrogenom lepiej jajeczkują, zachodzą w ciążę. Dzisiaj też mamy z tym problem, bo obserwujemy zaburzenia hormonalne o podłożu stresowym również u pań. Im też mocno daje się we znaki nadmiar kortyzolu. Do tego dochodzi jeszcze prolaktyna, nazywana niekiedy hormonem stresu emocjonalnego. Jej poziom znacząco wzrasta u osób, które mają na koncie silne przeżycia emocjonalne, np. śmierć kogoś najbliższego, rozwód, śmierć dziecka itd. Wspomniana ashwagandha bardzo dobrze działa na kortyzol, ale – jak zauważyłam – również obniża poziom prolaktyny. Na prolaktynę najlepiej działają jednak techniki wyciszenia, i oczywiście leki chemiczne.

Trzecią metodą jest przeciwwaga do stresu w postaci programu „4S”: sposób odżywiania, sen, seks i sport. To rzeczy, które nie działają bezpośrednio na stres, ale zwiększają produkcję hormonów płciowych (sport i seks) albo hormonów szczęścia (sport i sen), dzięki czemu mamy w organizmie dużo endorfin, jesteśmy „zalani” oksytocyną, serotoniną, dopaminą. Te hormony szczęścia pośrednio wpływają również na zniwelowanie poziomu stresu. Niejeden człowiek, który jest na wysokich szczeblach kariery korporacyjnej, czy prowadzi własne biznesy wie doskonale, że dzięki sportowi jest w stanie przeciwstawić się wielu sytuacjom stresowym, z jakimi ma do czynienia w pracy.

M.S.: W których dziedzinach medycyny nadmiar stresu ma najbardziej destrukcyjny wpływ – dużą część książki poświęciła Pani swojej koronnej dziedzinie, czyli endokrynologii (podobnie jak w innych swoich publikacjach). Wypada podejrzewać, że tu jest najtrudniej?

E.K.-J.: Jedne z pierwszych elementów, które zaczynają się sypać przy nadmiernym stresie, to hormony. One są tak delikatne, że momentalnie reagują na stres. Tu nie chodzi tylko o hormony płciowe, ale również kortyzol, prolaktynę, hormony tarczycy – wszystkie one są bardzo podatne na działanie stresu. Dotyczy to również insuliny, bo przecież często ludzie, jak się mawia, „zażerają stres”. A jeśli tak robią, powodują nagłe podwyższenie węglowodanów we krwi, których następstwem jest zwiększenie poziomu insuliny, co doprowadza do insulinooporności, a potem do cukrzycy. Jak więc z tego widać, stres przerzuca się w pierwszym rzędzie na hormony, a te z kolei wywołują w organizmie różne zmiany – zarówno psychosomatyczne, jak i organiczne. Ale stres potrafi też działać bezpośrednio na ciało i dawać różne objawy (lęki, ściski, szum w uszach, zawroty głowy, bóle głowy czy brzucha, które imitują prawdziwe choroby organiczne. Dlatego w mojej książce podkreślam, jak istotne jest w pierwszym rzędzie wykluczenie przyczyn organicznych choroby, a dopiero potem pochylenie się nad psychosomatyką.

M.S.: Czyli jeszcze raz wracamy do tego, jak ważnym czynnikiem w leczeniu jest autorytet lekarza?

E.K.-J.: Właśnie tak, bo pokazanie pacjentowi czarno na białym, że nic mu nie jest, że to problem natury psychosomatycznej, jest wielkim sukcesem. Najpierw on musi się dowiedzieć, że w wynikach badań nie ma niczego złego, musi uwierzyć swojemu lekarzowi, który powinien być dla niego i przyjacielem, i autorytetem. To trudne, bo jedno z drugim nie bardzo koreluje. Ale tego się wymaga od lekarza XXI wieku. To złe, bo to my, lekarze musimy się dostosować do tych chorób, musimy przestać być „bogami w bieli”, musimy się zorientować, że jednak pacjenci są naszymi przyjaciółmi, zawierają nam swoje ciało. A ponieważ żyjemy w trudnym okresie, w którym mamy do czynienia z rewolucjami we wszystkich możliwych sferach życia, musimy pomagać tym, którzy nam zawierzyli swoje zdrowie – to duże wyzwanie. To, o czym mówię, oznacza, że musimy mieć nie tylko najświeższą wiedzę medyczną, ale też znać się na psychologii. Bez tego nie będziemy w stanie pomagać pacjentom w coraz liczniejszych przypadkach chorób psychosomatycznych. Właśnie dlatego powinniśmy w naszym systemie zdrowia bardzo dużą wagę przykładąć do wykształcenia lekarzy pierwszego kontaktu również pod względem psychologii.

M.S.: Z tego, co Pani powiedziała, wynika, że wypadałoby zmodyfikować programy nauczania na uczelniach medycznych.

E.K.-J.: Tak sędzę. Wiedza przekazywana przyszłym lekarzom powinna być dostosowana do wymogów XXI wieku – dzisiaj przekazywanie młodym lekarzom wyłącznie wiedzy stricte medycznej to stanowczo za mało. Człowiek stał się bardzo skomplikowany, musi się zmagać z tak wieloma zmianami na każdym kroku, jest narażony na tak wiele bodźców, że psychiatrzy są skrajnie przeciążeni pracą – trudno dziś się dostać od ręki do psychologa czy do psychiatry. Kiedyś ci specjaliści czekali na pacjentów, a dzisiaj jest odwrotnie. Dlatego to my powinniśmy trochę ich odciążyć i na pierwszym etapie przygotować pacjenta na kontakt z psychologiem czy psychiatrą.

M.S.: Brzmi to nieco utopijnie...

E.K.-J.: Może, ale tak być musi. Najwyższy czas zobaczyć, że świat się zmienia, a wraz z nim powinny się zmienić procedury medyczne. Podobnie jak przez ostatnie dziesięciolecia radykalnie zmienił się sprzęt medyczny, którego używamy. Ale same aparaty nie leczą, a psychika człowieka, jak już powiedzieliśmy, jest arcyważna. Musimy wprowadzić takie zmiany, jeśli nie chcemy, by całe społeczeństwo brało kiedyś antydepresanty. A tak będzie, jeżeli teraz nie zatrzymamy tego problemu w porę.

” —————
Najwyższy czas zobaczyć, że świat się zmienia, a wraz z nim powinny się zmienić procedury medyczne. Podobnie jak przez ostatnie dziesięciolecia radykalnie zmienił się sprzęt medyczny, którego używamy. Ale same aparaty nie leczą, a psychika człowieka, jak już powiedzieliśmy, jest arcyważna. Musimy wprowadzić takie zmiany, jeśli nie chcemy, by całe społeczeństwo brało kiedyś antydepresanty. A tak będzie, jeżeli teraz nie zatrzymamy tego problemu w porę.

M.S.: Cały czas bardzo podkreśla Pani, jak ważną rolę w tym wszystkim odgrywają lekarze rodzinni. To w medycynie niestandardowe podejście, bo duża część świata medycznego uznaje ich zwykle (bądźmy szczerzy...) za piąte koło u wozu, za ludzi od wypisywania recept i zwolnień. Z Pani słów wyłania się zupełnie inny obraz tej grupy.

E.K.-J.: Zdecydowanie tak, bo uważam, że w XXI wieku powinniśmy zupełnie zmienić podejście do lekarzy. Lekarz pierwszego kontaktu nie jest i nie może być jedynie tym, który wypisuje skierowania. To on powinien być jednym z najlepiej wykształconych ludzi w świecie medycznym. Dzięki temu będzie mógł do każdego pacjenta podejść holistycznie: wszystkie wyniki, które dostaje od innych specjalistów, potrafi połączyć w całość, rozwikłać zagadkę problemów pacjenta i stwierdzić, czy to choroba organiczna, czy może problemy natury psychosomatycznej. Bo dzisiaj, mówię to z pełną odpowiedzialnością, większość chorób ma podłoże psychiczne. ■

Polacy oszaleli na punkcie morsowania. Zimna woda zdrowia doda?

Tekst Robert Migdał

Na dworze mróz, woda jest zimna, dookoła leży śnieg, a oni rozebrani, jak w czasie wakacyjnych upałów, wchodzą do jeziora lub rzeki. W Polsce i Rosji nazywa się ich morsami, w Finlandii – fokami, a w Stanach Zjednoczonych – niedźwiedziami. Po co im te kąpiele? – Dla zdrowia, dla zabawy, dla uwolnienia hormonów szczęścia – mówią. Czy ten sport jest dla wszystkich? Niestety, nie...

Morsowanie znane jest w Polsce od wielu lat, ale za sprawą pandemii stało się bardzo popularne. Niektórzy śmieją się nawet, że to nasz nowy sport narodowy. Skąd ten nagły wybuch popularności?

– Przyczyną z pewnością jest epidemia koronawirusa. Przez lockdown mamy coraz mniej możliwości trenowania, wysiłku fizycznego. A morsowanie wydaje się sportem dość bezpiecznym: możemy podzielić się na grupy, zachować dystans, nie chuchamy za bardzo na siebie, jesteśmy na świeżym powietrzu. Aktywni ludzie, którzy do tej pory uprawiali różne sporty, mają teraz ograniczone pole do popisu: zamknięte są siłownie, przez wiele tygodni były zamknięte baseny, stoki narciarskie. I to jest naturalne, że szukamy czegoś nowego, co nas „nakręci” do działania. Dodatkowo dawno nie było tak pięknej i mroźnej zimy – warunki są więc idealne – mówi Ewa Zwierzchowska, dziennikarka, autorka książki „Morsowanie”.

„Dla zdrowia” i „bo znajomi namówili”...

Jednym z dolnośląskich morsów jest Paweł Pundyk, prezes Stowarzyszenia „Legnickie Morsy”. Jego przygoda z morsowaniem zaczęła się 6 lat temu: za namową znajomych i z ciekawości.

– Pomyślałem, że skoro szczuplejsi ode mnie wytrzymują kąpiel w zimnej wodzie, to ja też dam radę – uśmiecha się Pundyk. – Pierwsza moja kąpiel była w rzece, w Kaczawie. I tak zacząłem się kąpać w zimnej wodzie systematycznie, co tydzień – dodaje. Przygodę z lodowatą wodą zaczął, bo chciał zwiększyć odporność swojego organizmu, zahartować się. – Sporo

czytałem na temat tego, że morsowanie uodparnia na choroby sezonowe. I przez te sześć lat zauważyłem, że moja odporność jest znacznie lepsza. Czuję też, że po takich kąpielach uwalniają się u mnie hormony szczęścia. Po takim morsowaniu mam sporą dawkę energii na cały tydzień – mówi i zaznacza, że dzięki temu morsy są szczęśliwymi ludźmi. Sam jest tego przykładem.

Zima nie jest straszna

Autorka książki o morsowaniu przeprowadziła dziesiątki rozmów z fanami tego sportu. I wiele osób mówiło jej o poprawie swojej odporności.

– Osoby, które wcześniej nie morsowały, przeziębiali się, a kiedy zaczęły morsować, przestały chorować, są mniej czułe na zmiany temperatury. Zima im nie jest straszna – opowiada Ewa Zwierzchowska. – Po drugie mówi się o dobroczynnym wpływie na tkankę tłuszczową: jeżeli ktoś regularnie wchodzi do zimnej wody, to tkanka inaczej zaczyna pracować, choć oczywiście nie znika – uśmiecha się. Zwierzchowska widzi też wielki plus ziemnych kąpiei, który działa na naszą psychikę: nie jesteśmy zamknięci w domu, nie użalamy się nad sobą, jesteśmy w grupie, weseli, dotlenieni, bo spędziliśmy trochę czasu na świeżym powietrzu.

– Musimy jednak pamiętać, że morsowanie to trochę ekstremalna aktywność fizyczna i dlatego – zanim zaczniemy – warto porozmawiać z lekarzem na temat swojego stanu zdrowia i poradzić się go, zanim wejdziemy do zimnej wody. Trzeba zachować zdrowy rozsądek – zaznacza.

Morsowanie – tak, ale dla zdrowych

Ostrożność przy morsowaniu zaleca dr n. med. Krzysztof Zimmer, chirurg, ortopeda, lekarz sportowy, który pracuje w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym przy ul. Borowskiej we Wrocławiu. – Morsowanie nie jest dla wszystkich. To jest rozrywka, jakaś forma aktywności, ale dla zdrowych. To nie jest zabawa dla ludzi, którzy mają różne choroby, zwłaszcza przewlekłe. Morsowanie może się dla nich skończyć zaostrzeniem choroby – mówi. Przeciwwskazaniem do morsowania jest choroba wieńcowa – gwałtowne obniżenie temperatury może spowodować zaburzenia przepływu krwi w naczyniach krwionośnych i to może doprowadzić do zaburzenia rytmu serca, a nawet zawału mięśnia sercowego.

Kolejne schorzenie, przy którym nie powinno się morsować, to miażdżyca zarostowa kończyn – choroba cywilizacyjna, występująca bardzo często, zwłaszcza u osób palących. – Takim schorzeniem dyskwalifikującym jest też cukrzyca – w czasie tej choroby chorzy mają często zaburzenia odczuwania. I na przykład taki chory nie czuje, że w czasie morsowania działa na niego zimno i może dojść do odmrożeń. Nie powinny też morsować osoby z zaburzeniami wymiany gazowej: z przewlekłą, obturacyjną chorobą płuc, czyli z rozedmą płuc. Oni są w grupie ryzyka, jeśli chodzi o niepożądane działania w związku z morsowaniem.

Grupa schorzeń stanowiących przeciwwskazania jest bardzo duża. To także padaczka, niedoczynność tarczycy. Unikać morsowania powinny także ciężarne – wyjaśnia dr n. med. Janusz Sokołowski, kierownik SOR Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego przy ul. Borowskiej we Wrocławiu. Kto jeszcze nie powinien korzystać z zabiegów leczenia zimnem? Z pewnością osoby, u których rozwinęła się infekcja – traktowanie organizmu zimnem nie przyczyni się do poprawy stanu zdrowia, a może go pogorszyć. Przeciwwskazaniem są też choroby nowotworowe, uszkodzenia skóry i otwarte rany.

A dr Zimmer dodaje: – I zdecydowanie morsowanie nie jest dla małych dzieci. Dla seniorów? Bardzo ostrożnie, i to dla tych bardzo zahartowanych, którzy mają doświadczenie w jakichś ekstremalnych przedsięwzięciach i którzy są zdrowi.

Lekarz podkreśla bardzo ważną rzecz, o której wielu fanów podążających za modą na zimne kąpiele, zapomina. – Morsowanie to jest ekstremalny szok dla organizmu. Nie można tego robić przy okazji, z dnia na dzień, albo po wyrwaniu się z biura, bo taka jest moda, bo ktoś kogoś namówił: wtedy takie doświadczenie, bez przygotowania, może być niekorzystne. Poza tym morsowanie, takie kondycjonowanie zimnem w postaci kąpiele w lodowatej wodzie, to jest coś, co przynosi pozytywne skutki, tylko wtedy, kiedy następuje stopniowa adaptacja organizmu. Czyli ludzie, którzy decydują się na morsowanie w sezonie zimowym, powinni przygotowywać się do tego już... w sezonie letnim: robić zimne prysznice, kąpiele w zimnej wodzie – mówi dr Krzysztof Zimmer.

Organizm trzeba do chłodu przyzwyczajać

Podobnego zdania jest dr Janusz Sokołowski. Uważa, że morsowanie bez właściwego przygotowania, bez rozgrzewki, to tak, jak próba przebiegnięcia maratonu bez wielomiesięcznego przygotowania. Morsowanie powinno być poprzedzone odpowiednim treningiem.

– Tradycja morsowania trwa w Polsce od kilkudziesięciu lat i od tylu lat pojawiają się różne opracowania naukowe na ten temat: o podstawach morsowania, o zaletach morsowania. Jeśli ktoś chce morsować, to powinien się do tego przygotować już okresie, kiedy temperatury obniżają się, aby stopniowo

zwiększać ekspozycje organizmu na niskie temperatury. To powoduje hartowanie, przyzwyczajanie organizmu do chłodu. Są też silne publikacje naukowców kanadyjskich, którzy na dalekiej północy zajmują się ekspozycją organizmu na niskie temperatury. Wykazali oni, że nawet dwutygodniowe przygotowanie organizmu, czyli stopniowe zmniejszanie temperatury, w jakiej przebywa organizm, przez parę godzin, powoduje, że lepiej znosi się niskie temperatury: nie dochodzi do gwałtownych drżeń mięśniowych i do gwałtownego wychłodzenia, które może doprowadzić do utraty przytomności – tłumaczy dr Sokołowski.

Osoby, które chcą morsować zimą, powinny spotkać się z lekarzem, porozmawiać, zrobić badania. Na pewno morsowanie powinno być poprzedzone poważną konsultacją lekarską, zwłaszcza u osób starszych lub w zaawansowanym wieku: żeby być pewnym, że nie ma u nich jakichś przeciwwskazań bezwzględnych typu przewlekła niewydolność krążenia, przewlekła niewydolność nerek, zaburzenia równowagi, odczynny swoistego uczulenia na zimno.

Rozgrzewka tuż przed

A czy już samo wejście do lodowatej wody powinno być poprzedzone jakimiś specjalnymi przygotowaniami tuż przed kąpielą? – Tak, przez doświadczanego trenera, nauczyciela, osobę, która już długo morsuje. Powinno się np. zrobić rozgrzewkę – nie taką, jak przed meczem piłkarskim czy siatkarskim, ale taką dziesięciominutową, która uruchomi krążenie krwi w naczyniach krwionośnych mięśni, czyli tam, gdzie będzie bardzo potrzebna. Bo krążenie musi być w przypadku morsowania bardzo sprawne: musimy wejść do zimnej wody, wyjść z niej, ubrać się. Rozgrzewka u osoby bez właściwego przygotowania kondycyjnego może spowodować znaczne osłabienie organizmu, a po rozpoczęciu morsowania doprowadzić do gwałtownego wychłodzenia organizmu. I na koniec, bezwzględnie przeciwwskazaniem przy morsowaniu jest spożywanie alkoholu, nawet dzień przed samym morsowaniem, bo alkohol rozszerza naczynia krwionośne skóry i może dojść do gwałtownej, niekontrolowanej utraty ciepła – radzi dr Sokołowski.

Jakie są korzyści?

Lekarze twierdzą, że jeśli morsy podejść do zimnych kąpiele w sposób zorganizowany i systematyczny – jak radzą specjaliści – to mogą odnieść korzyści z morsowania. Jakiej? – Poprawę odporności, poprawę kondycji mięśni, zmniejszenie odczynów zapalnych, poprawę ukrwienia, kondycji, skóry. Można też wtedy skorzystać z... utraty wagi – to jest poważna zaleta morsowania, przez którą wielu ludzi decyduje się na takie doświadczenie. Poza tym wielkim pozytywnym morsowania jest to, że to jest zorganizowane – efekt grupy, efekt dopingowania przez grupę, ma też swoje duże znaczenie społeczne i powodujące większe zadowolenie z takiego doświadczenia – mówi dr Zimmer.

Było świetnie, ale odmroziłem stopy...

Morsowanie, jeśli się na nie decydujemy, nie powinno być akcyjne. A niestety nawet wśród wielu osób można zaobserwować, że ktoś na rzucone hasło „morsujemy”, od razu decyduje się na wejście do lodowatej wody.

– I nie każdy z takiego morsowania ma dobre doświadczenie – najgorszym takim doświadczeniem jest odmrożenie stóp, bo ludzie wchodzi do wody, która jest cieplejsza niż otoczenie. Woda, jeśli nie zamarza, to ma kilka stopni. Odczucie pozornego ciepła powoduje, że ludzie się rozprężają, mówią »



„ale świetnie”, po czym wychodzą bosymi, mokrymi stopami na zmrożony śnieg i... odmrażają stopy. I to jest najczęstsze złe doświadczenie po pierwszym morsowaniu: „wszystko było dobrze, tylko odmroziłem stopy”.

Następna sprawa, to taka, że ludzie zapominają, że w trakcie morsowania dystalne części ciała, zwłaszcza głowa, muszą być osłonięte: trzeba pamiętać o tym, że 70 proc. termoregulacji organizmu ludzkiego to jest głowa. I teraz głowa musi być izolowana: musi mieć czapkę i co ważne – nie moczymy głowy. Nurkowanie w przerębli czy zanurzanie w przerębli to jest dla nas śmiertelne zagrożenie. Nie wolno tego robić. To samo dotyczy rąk – ręce powinny być osłonięte porządnymi rękawiczkami, nie zamoczone, bo one łatwo ulegają odmrożeniu. Później mokre, wilgotne ręce, po wyjściu na brzeg, dalej pozostają nieosłonięte – ludzie zakładają na siebie szlafroki, koce, a ręce nadal są na zewnątrz i bardzo łatwo je odmrozić. Odmrożenie palców u rąk to jest poważna sprawa i długo ciągnąca się, jeśli chodzi o leczenie. Lepiej tego nie doświadczać – mówi dr Zimmer.

Lekarze zalecają, że jeśli już ktoś się decyduje na morsowanie, to niech to zrobi z innymi, doświadczonymi morsami, w klubie. Tam są ludzie, którzy robią to od lat, oni doradzą, co jest istotne, co zabrać ze sobą, jak się przygotować. Doradzą takie podstawy: że trzeba zabrać ze sobą klapki, żeby nie mieć po wyjściu z wody kontaktu ze śniegiem, żeby zabrać ze sobą koc, jakąś dobrą, ciepłą osłonę, termos z herbatą lub jakieś inne rzeczy rozgrzewające, bo to – zwłaszcza u szczupłych osób – bardzo się liczy. Morsowanie w grupie jest też ważne ze względów bezpieczeństwa: inni ludzie mogą szybko zareagować – np. wezwać pomoc – gdyby ktoś miał z powodu morsowania jakieś powikłania.

A jeśli nie morsowanie, to co?

– Miałem to szczęście, że razem z prof. Zdzisławem Zagrobelnym wprowadzaliśmy krioterapię całego ciała, czyli wchodzenie do komory kriogenicznej i rozpropagowaliśmy to w sporcie. Teraz to jest absolutny hit na świecie, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych – i dlatego jestem zwolennikiem, jeśli ktoś ma robić program kondycjonowania, i chce poprawić swoją odporność i swoją wydolność, to wizyty w komorze kriogenicznej, które są krótkie, kontrolowane, pod nadzorem i bezpieczne – są znacznie korzystniejsze niż morsowanie – mówi dr Zimmer.

Jego słowa potwierdza Tomasz Kabała, fizjoterapeuta, zastępca dyrektora ds. rehabilitacji w NZOZ Creator we Wrocławiu. – Jeśli chodzi o traktowanie organizmu zimnem to jestem zwolennikiem takich działań, ale... w wykonaniu krioterapii: w bezpiecznych, kontrolowanych warunkach. Morsowanie to jest zanurzenie w zimnej wodzie, a w krioterapii mamy do czynienia z chłodem „suchym” – mówi Tomasz Kabała z wrocławskiego Creatora.

W kriokomorze bezpieczniej...

Leczenie zimnem w kriokomorze jest pod bardzo ścisłą kontrolą: w przypadku krioterapii stosowane są specjalistyczne urządzenia, dzięki którym specjaliści mogą dokładnie określić temperaturę zabiegową, a wcześniej jest przeprowadzana kwalifikacja lekarska do zabiegu – nawet, jeśli te zabiegi odbywają się w celach profilaktycznych, to również taka kwalifikacja medyczna, polegająca na zebraniu wywiadu medycznego, podczas badania pacjenta, odbywa się.

– I dlatego krioterapia jest o wiele lepsza niż zwykłe morsowanie. Poza tym jesteśmy w stanie bardzo dokładnie określić temperaturę, jaką organizm jest „potraktowany” – to bardzo ważne. Przy morsowaniu tego nie ma. Dodatkowo pacjenci,

którzy są w kriokomorze, cały czas są monitorowani, jest fachowa obsługa i kolejna rzecz, która ma duże znaczenie – zabieg w kriokomorze trwa krótko: dwie, trzy minuty, bo naszym celem nie jest wychłodzenie organizmu, ale wywołanie intensywnego bodźca, który spowoduje naturalną reakcję organizmu. Natomiast w przypadku dłuższego poddawania się niskim temperaturom, jak to jest w przypadku morsowania, trzeba uważać na zjawisko hipotermii – mówi Tomasz Kabała. – Jeśli chodzi o zimno, które działa profilaktycznie, leczniczo przy wielu schorzeniach to i morsowanie, i krioterapia są dobre dla organizmu, jednak ja bym zachęcał do bezpiecznego morsowania, w kriokomorze. Takich zabiegów wykonaliśmy w naszym ośrodku kilka milionów – dodaje.

W zdrowym ciele, zdrowy duch

Dodatkowo specjaliści od krioterapii łączą leczenie zimnem z ćwiczeniami, ponieważ intensywne zimno wywołuje nastrój euforyczny i dzięki temu pacjenci chętniej ćwiczą...

– To jest dobra okazja, żeby zachęcić ludzi do ruchu, bo naszymi pacjentami w kriokomorze najczęściej są osoby ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego, ze zmianami zwyrodnieniowymi, z chorobami reumatycznymi, ale również osoby z zaburzeniami centralnego układu nerwowego, np. chorzy na stwardnienie rozsiane. W tym ostatnim wypadku krioterapia daje efekt zmniejszenia napięcia mięśniowego. Pojawiają się też badania, m.in. wrocławskich naukowców mówiące o tym, że krioterapia wspomaga leczenie depresji – dodaje Kabała. Na co może jeszcze pomóc leczenie zimnem w kriokomorze? Działa przeciwbólowo, przeciwzapalnie.

Jest jeden element w morsowaniu, który góruje nad zabiegami krioterapii: przeciwwskazaniem do zabiegów w kriokomorze jest klaustrofobia. – Tu mamy pomieszczenie zamknięte, a morsować można w otwartej przestrzeni. Jednak u osób z klaustrofobią możemy zamienić zabiegi w kriokomorze na zabiegi krioterapii miejscowej, gdzie punktowo schładzamy okolice objęte procesem chorobowym – dodaje Kabała.

Groźne morsowanie... górskie

W okresie jesienno-zimowym i wiosennym trafia na SOR bardzo wiele osób wychłodzonych, z hipotermią. Ale to są najczęściej alkoholicy, osoby leżące w domu, samotne, które nie mają w domach właściwego ogrzewania. – Natomiast jeśli chodzi o morsowanie, to zdarzały się nam na SOR takie osoby. I to nie były osoby po morsowaniu wodnym, tylko górskim, czyli ludzie, którzy niewłaściwie zabezpieczeni w ubrania, bez koszulek, w szortach, chodzili po górach, po śniegu, w mrozie – informuje dr Janusz Sokołowski. – Mielśmy dwa takie przypadki z zapaleniem płuc. To ewidentne przykłady niewłaściwego przygotowania do przebywania w niskich temperaturach. Znamy przypadki odmrożeń kończyn u osób z cukrzycą, które długo przebywały w niskich temperaturach. Można powiedzieć, że morsowanie wodne jest bezpieczniejsze od górskiego, bo w tym pierwszym można bardziej kontrolować czas traktowania organizmu zimnem – dodaje.

Autorka książki „Morsowanie” zachwala kąpiele w lodowatej wodzie jako receptę na... długowieczność. Zimna woda świetnie „konserwuje”. – Sama spotkałam wielu seniorów, którzy dzięki morsowaniu mają mnóstwo energii, wigoru i zachowują się jak dwudziestolatkowie – mówi Ewa Zwierchowska i dodaje, że wśród zalet morsowania ważne jest też to, że ono nic nie kosztuje... ■



Fot. K.N.

Od lewej: dr. n. med. Paweł Wróblewski, lek. Małgorzata Niemiec, dr. hab. n. praw. mec. Tomasz Scheffler i mec. Krystian Mularczyk

POROZUMIENIE O WSPÓŁPRACY

28 stycznia 2021 roku Dolnośląska Izba Lekarska, reprezentowana przez prezesa DRL dr. n. med. Pawła Wróblewskiego, zawarła porozumienie o współpracy z Okręgową Izbą Radców Prawnych we Wrocławiu, reprezentowaną przez dziekana dr. hab. n. praw. mec. Tomasza Schefflera oraz wicedziekana mec. Krystiana Mularczyka.

Na mocy zawartego porozumienia obie izby zobowiązały się do współpracy opierającej się m.in. na wymianie doświadczeń i informacji, wzajemnej integracji, wspólnego rozwoju w zakresie doskonalenia zawodowego członków obu samorządów oraz prowadzenia wspólnych działań naukowych i organizacyjnych.

Koordynatorem realizacji porozumienia ze strony Okręgowej Izby Radców Prawnych we Wrocławiu będzie wicedziekan mec. Krystian Mularczyk, jako przewodniczący Komisji ds. współpracy z samorządami i instytucjami, zaś ze strony DIL funkcję tę obejmie sekretarz DRL lek. Małgorzata Niemiec.

K.N.

Benefis dr n. med. Ewy Bohdanowicz

13 lutego 2021 roku, w samo południe, odwiedziliśmy dr. n. med. Ewę Bohdanowicz – nestorkę polskich pediatrów, cudownego lekarza dzieci, które do dziś pamiętają o Niej z wdzięcznością.

Uhonorowano Ją jako pierwszą Panią Doktor, wręczając dyplom „Pro Historia Medicinae meritis” i nagrodę „Stetoskop profesora Zdzisława Wiktora” za całokształt działalności lekarskiej i społecznej.

Kapituła „Wiktora” wrocławskiej grupy Polskiego Towarzystwa Historii Nauk Medycznych dokonała tej laudacji po raz piąty od 2018 roku. Wcześniejszymi laureatami są: prof. Bogdan Łazarkiewicz, dr Adam Barg, prof. Zbigniew Domosławski i prof. Edmund Waszyński.

W przesympatycznej atmosferze, w aurze pamięci o profesorstwie Hannie i Ludwiku Hirszfeldach, w reżimie sanitarnym wypiliśmy wyborną, tradycyjnie parzoną herbatę. Zjedliśmy też pyszny tort serowo-bezowy z polewą truskawkową oraz ciasto ananasowe, które osobiście upiekła p. dr Ligia Socha. W przemiłej atmosferze Rodziny Pani Doktor godzinna wizyta minęła w mgnieniu oka.

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej reprezentowali p. Danuta Bujwid i dr n. med. Roman Badowski. Komisję Historyczną DRL i Polskie Towarzystwo Historii Nauk Medycznych reprezentowali: prof. Krzysztof Wronecki, dr Dariusz Lewera i niżej podpisana.

A na koniec gromko odśpiewaliśmy wadowiczance *Plurimos annos*. Życzymy i zdrowia, i szczęścia.

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska



Fot. Dariusz Lewera

Od prawej: dr n. med. Ewa Bohdanowicz, dr Dariusz Lewera, prof. Krzysztof Wronecki i dr hab. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska,



STATUETKA „WIKTORA”
Jest numerowanym odlewem autentycznego, drewnianego stetoskopu używanego przez prof. Zdzisława Wiktora (1910-1970), który ofiarował Komisji Historycznej DRL jedyny syn uczonego – inż. architekt Tomasz Wiktor.

40. Wrocławska Księga Pamięci

NASI LEKARZ

Czterdziesta karta Wrocławskiej Księgi Pamięci została zapisana kolejnymi ważnymi dla środowiska lekarskiego nazwiskami. – Nazwiskami medyków, których wiedza, oddanie i ofiarność są nieocenionym orężem w walce z COVID-19 – mówiła 23 lutego w siedzibie DIL organizatorka przedsięwzięcia red. Wanda Ziembicka-Has. Na temat bohaterów tej edycji WKP – podczas wręczania im przyznanych przez prezydenta miasta Jacka Sutryka medali „Zasłużony dla Wrocławia – Merito di Wratislavia”, a także specjalnych wyróżnień w postaci Super Diamentów – padło wiele superlatywów. Sami laureaci twierdzili zgodnie, że honory, których dostąpili, należą się zespołom ludzi za nimi stojących.

Słów uznania nie szczędził bohaterom 40. Wrocławskiej Księgi Pamięci wiceprezydent Wrocławia Jakub Mazur. – Chylę czoło przed Państwem profesjonalizmem, dokonaniem, ogromną wiedzą oraz umiejętnością dzielenia się swoją pracą pro publico bono. W imieniu prezydenta Jacka Sutryka i własnym dziękuję za humanitaryzm, za to, że ofiarowują Państwo innym nie tylko umysł, ale też dobre słowo, życzliwość, cierpliwość i uśmiech. We Wrocławiu cenimy sobie to, że jesteśmy otwarci i serdeczni, a Państwo swoim życiem udowadniają, że są elitą tego otwartego serca – mówił.

Osiągnięć naukowych, odwagi i samozaparcia gratulował też laureatom prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej dr n. med. Paweł Wróblewski. W obecności gospodarza – szefa DIL oraz prorektora ds. klinicznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu prof. dr. hab. Szymona Dragana – wiceprezydent Jakub Mazur uhonorował dziesięć osób. Siedmiu z nich odebrało medale...

„ZASŁUŻONY DLA WROCŁAWIA – MERITO DI WRATISLAVIA”:

• dr n. med. Danuta Wendycz-Domalewska

Specjalistka laboratoryjnej immunologii medycznej we wrocławskim USK, kieruje Laboratorium Biologii Molekularnej. Szybko zorganizowała i zaczęła sprawnie zarządzać pracami laboratorium pod kątem wykrywalności zakażeń wirusem SARS-CoV-2 wśród pacjentów i pracowników USK, a także kontrahentów zewnętrznych, którymi są aż 63 jednostki medyczne z Dolnego Śląska.

Absolwentka Wydziału Nauk Przyrodniczych na Uniwersytecie Wrocławskim, doktor nauk medycznych od 1998 r. W pracy dydaktycznej kieruje specjalizacją diagnostów laboratoryjnych, prowadzi również szkolenia podyplomowe diagnostów laboratoryjnych. Należy do Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, posiadaczka wielu certyfikatów w zakresie obsługi aparatów do badań wirusologicznych technikami biologii molekularnej. Jest współautorką 26 publikacji naukowych.

W macierzystym szpitalu dr Wendycz-Domalewska opracowała wdrożenie i prowadzenie systemu kontroli jakości w Laboratorium Biologii Molekularnej oraz wdrożyła do praktyki laboratoryjnej i kli-

Osiągnięć naukowych, odwagi i samozaparcia gratulował laureatom prezes DRL dr n. med. Paweł Wróblewski (po prawej). Na zdjęciu w towarzystwie prorektora ds. klinicznych UM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu prof. dr. hab. Szymona Dragana.



Red. Wanda Ziembicka-Has, organizatorka przedsięwzięcia otrzymała od prezesa DRL prezent w postaci limitowanej serii znaczków Poczty Polskiej z wizerunkiem siedziby DIL.



nicznej metodę oznaczania przeciwciał ANCA na granulocytach krwi obwodowej pacjentów, którzy chorują na układowe zapalenie naczyń. Jej doświadczenie, poparte 32-letnim stażem w diagnostyce laboratoryjnej, zostało uhonorowane przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych odznaczeniem „Zasłużony Diagnosta Laboratoryjny”.

• dr n. med. Sylwia Serafińska

Jako zastępca ordynatora I Oddziału Zakaźnego WSS im. J. Gromkowskiego i asystentka w Klinice Chorób Zakaźnych i Hepatologii UMW we Wrocławiu od marca roku 2020 nieprzerwanie pracuje na pierwszej linii walki z COVID-19 w zespole kierowanym przez prof. Krzysztofa Simona. Na co dzień zajmuje się tam diagnostyką i terapią chorych, szkoleniami personelu w zakresie metod diagnostyczno-terapeutycznych oraz procedur epidemicznych i szerzeniem wiedzy w zakresie COVID-19 podczas webinarów poświęconych tej chorobie, organizowanych pod jej kierownictwem przez personel lekarski I Oddziału Zakaźnego we współpracy z Dolnośląską Izbą Lekarską.

Ukończyła UMW, tam obroniła także doktorat w Klinice Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odporności na kierunku hepatologia zakaźna. Ma II stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych i z chorób zakaźnych. Od 2002 r., oprócz lekarskiej praktyki klinicznej, zajmuje się także dydaktyką i pracą badawczą. Jest autorką i współautorką szeregu monografii i publikacji naukowych w dziedzinie chorób zakaźnych i hepatologii. Organizatorka i prelegentka licznych kursów specjalizacyjnych, konferencji i szkoleń w dziedzinie hepatologii chorób zakaźnych. Uzyskała certyfikat hepatologa Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego.

ZE DOCENIENI ZA ODWAGĘ I DETERMINACJĘ W WALCE Z PANDEMIĄ



Od lewej: lek. stom. Radosław Jadach, prof. Szymon Dragan, prof. Jarosław Drobnik, dr n. med. Danuta Wendycz-Domalewska, kpt. Renata Mycio, dr n. med. Janusz Sokołowski, dr n. med. Sylwia Serafińska, prof. Grzegorz Mazur, red. Wanda Ziembicka-Has, dr n. med. Wojciech Barg, prof. Waldemar Goździk, lek. stom. Jacek Ćwirko i wiceprezydent Wrocławia Jakub Mazur

Fot. M.J. IWAW

• prof. dr hab. n. med. Waldemar Goździk

Jest kierownikiem Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK przy ul. Borowskiej. Na tamtejszym Oddziale Intensywnej Terapii zostało wydzielonych 14 stanowisk dla pacjentów covidowych. Dzięki staraniom prof. Goździka sześciu z nich, by służyć pacjentom najciężej dotkniętym przez COVID-19, ma możliwość wykorzystania ECMO, czyli rodzaju protezy, która zastępuje pracę płuc i (lub) serca, pozwalającej na pozaustrojowe natlenianie krwi i eliminację z niej dwutlenku węgla. Na oddziale utworzony został również mobilny zespół ECMO do transportu pacjentów z COVID-19 z innych szpitali w kraju. Profesor Goździk sprawował nadzór nad przygotowaniem i wyposażeniem ambulansu ECMO, pozyskanego ze środków miasta Wrocławia. Jak ważna i skuteczna okazała się technika ECMO (która jest bardzo inwazyjną i ryzykowną terapią) dla oddziału USK, zaświadcza m.in. zakończone sukcesem długotrwałe leczenie ciężarnej i chorej na COVID-19 pacjentki, u której przeprowadzono zabieg cesarskiego cięcia.

Profesor jest absolwentem wrocławskiej Akademii Medycznej, gdzie uzyskał doktorat. Dziś jest wykładowcą i członkiem Senatu tej uczelni. Od sześciu lat wchodzi też w skład zarządu Stowarzyszenia na rzecz Badania i Leczenia Sepsy, przewodniczy Komitetowi Organizacyjnemu cyklicznych kongresów „Pokonać sepsę”, które odbywają się we Wrocławiu. Szkolił się w wielu prestiżowych europejskich centrach medycznych, m.in. we Włoszech, Niemczech, Belgii i Szwecji – gdzie jest, od blisko 22 lat, konsultantem Karolinska Institute DANDRYDS Hospital. Autor 161 publikacji i doniesień zjazdowych w czasopiśmie polskich i zagranicznych.

• dr n. med. Wojciech Barg

Od 2018 r. kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów

Śląskich. Przedtem pracował kolejno w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, w Katedrze i Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych i Alergologii, a także w Katedrze i Zakładzie Fizjologii. Jest absolwentem wrocławskiej Akademii Medycznej, gdzie uzyskał również doktorat i habilitację. Ma dwie specjalizacje z chorób wewnętrznych. W kręgu badawczych zainteresowań dr. Barga znajdują się metabolomika w chorobach płuc i aktywacja bazofoili. Napisał lub jest współautorem ponad 140 prac naukowych, m.in. rozdziałów w monografiach lub podręcznikach.

Jest koordynatorem uczelnianej wymiany naukowej z Tarnopolskim Narodowym Uniwersytetem Medycznym – za swoją działalność dr Barg został honorowym profesorem tej uczelni, otrzymał również na Ukrainie Order św. Pantaleona, nadany przez Kapitułę Honorową tego orderu w roku 2019. Należy do Polskiego Towarzystwa Alergologicznego (członek-założyciel), do Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc (członek Głównej Komisji Rewizyjnej) i Polskiego Towarzystwa Metabolomicznego. W życiu i pracy kieruje się zasadą: „Cokolwiek czynisz, czyń dobrze i patrz końca. Rzetelnym bądź sam względem siebie”.

• prof. dr hab. n. med. Grzegorz Mazur

Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zawodowych, Nadciśnienia Tętniczego i Onkologii Klinicznej i kierujący oddziałem w USK. Od września 2020 r. na polecenie wojewody i dyrektora USK zorganizował i prowadził oddział internistyczny dla chorych z infekcją COVID-19. Jako jeden z pierwszych zwrócił uwagę na możliwość wykorzystania osocza ozdrowieńców w leczeniu wczesnej fazy zakażo-



– Nagrodę traktuję także jako wyróżnienie dla mojego zespołu. Wszystko się udaje, jeżeli pracuje zespół – stwierdziła dr Danuta Wendycz-Domalewska, odbierając medal z rąk wiceprezydenta Wrocławia Jakuba Mazura.



– Odbieram tę nagrodę w imieniu całego zespołu. Lekarzy, pielęgniarek, fizykoterapeutów i całej rzeszy innych ludzi, którzy na oddziale są po prostu niezbędni – powiedział prof. Waldemar Goździk.



nych wirusem SARS-COV-2. Na badania nad osoczem otrzymał grant Agencji Badań Medycznych. Efektem zastosowania osocza z pewnością stało się uchronienie wielu chorych przed groźnymi powikłaniami pocovidowymi, a nawet przed śmiercią. Obecnie prof. Mazur jest odpowiedzialny za utworzenie Centrum Chorób Wewnętrznych w USK i na Uniwersytecie Medycznym.

Absolwent wrocławskiej Akademii Medycznej, jeszcze podczas studiów wygrał konkurs na etat stażowy w Katedrze i Klinice Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku AM, gdzie pracował do czasu powołania – w 2012 r. na stanowisko kierownika Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego na Wydziale Lekarskim UMW. Profesorem belwederskim jest od roku 2014, etat prof. zwyczajnego UMW otrzymał rok później. Uczestnik wielu zagranicznych staży i kursów doskonalących, a także laureat konkursu ogłoszonego przez NATO na stypendium w zakresie hematologii. Profesor Mazur współpracuje w zakresie badań genetycznych hematologicznych chorób nowotworowych z ośrodkami naukowymi w Hamburgu, Lundzie, Londynie i Rzymie. W dorobku ma łącznie 578 publikacji. Uczestnik, prelegent i prowadzący sesje licznych zjazdów naukowych w kraju i za granicą. Od dziewięciu lat jest konsultantem wojewódzkim w zakresie chorób wewnętrznych.

• **prof. dr hab. n. med. Jarosław Drobnik**

Naczelnny epidemiolog USK we Wrocławiu. Od początku zaangażowany w walkę z epidemią koronawirusa w tym szpitalu, a także w Dolnośląskim Centrum Zdrowia Publicznego, Specjalistycznym Centrum Medycznym w Polanicy-Zdroju, Milickim



– Pracujemy w zespole, najczęściej we współpracy z kolegami z SOR-u i anesteziologami, a także innymi osobami, które swoje obowiązki wykonują z wielkim oddaniem – zaznaczył, odbierając prezydencki medal, prof. Grzegorz Mazur.



– Gdy wybuchła pandemia, zostaliśmy sami i sami musieliśmy tworzyć wszystko od początku. Tylko zespoły nas nie opuściły i za to też chcę mojemu zespołowi podziękować – mówił wzruszony dr Jarosław Jadach.

Centrum Medycznym i wrocławskim Pogotowiu Ratunkowym. Opracował lub współtworzył procedury, związane z walką z epidemią, autor szeregu koncepcji zapobiegania epidemii, które wdrożono na poziomie wojewódzkim i krajowym. Propagator stosowania środków ochrony osobistej i dystansowania oraz szczepień przeciwko COVID-19, również jako konsultant. Przeprowadza badania m.in. w kierunku stosowania danych epidemiologicznych jako podstawy oceny i prognozowania stanu zdrowia ludzkości, analizy danych ze sprawozdawczości rutynowej i specjalnych danych epidemiologicznych.

Absolwent wrocławskiej Akademii Medycznej, jest specjalistą w dziedzinie zdrowia publicznego, epidemiologii, w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej, a także medycyny paliatywnej. Przewodniczył Zespołowi ds. Epidemiologii i Zakażeń Szpitalnych. Profesor Drobnik należy m.in.: do Towarzystwa Internistów Polskich, do Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz do Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej (do 2019 r. prezes zarządu głównego tego Towarzystwa, obecnie wiceprezes). Nagradzany przez rektorów UMW i Państwowej Medycznej Szkoły Zawodowej w Opolu. Posiadacz branżowego Krzyża Zasługi i statuetki Hipokratasa – za szczególny wkład w rozwój medycyny rodzinnej.

• dr n. med. Janusz Sokołowski

Od 2016 r. kieruje Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym w DSS im. Marciniaka we Wrocławiu i jest konsultantem wojewódzkim w dziedzinie medycyny ratunkowej, wykonuje też obowiązki lekarza dyżurnego Ośrodka Tlenoterapii. Dobre zabezpieczenie personelu oddziału w środki ochrony indywidualnej, utrzymanie trybu niezależnego przyjmowania chorych zakażonych koronawirusem i tych bez infekcji, a także rozbudowanie struktury SOR-u do potrzeb działania w stanie pandemii (sale izolacyjne) pozwoliły na utrzymanie ciągłości pracy oddziału, którym kieruje dr Sokołowski. Żeby polepszyć opiekę nad pacjentami, podjął się zorganizowania własnego, SOR-owego transportu dla chorych, zwłaszcza tych z najcięższymi objawami COVID-19, wymagającymi zastosowania ECMO w Klinice Intensywnej Terapii Szpitala Uniwersyteckiego. Za największy sukces dr Sokołowski uważa jednak utrzymanie zgranego i świetnie współpracującego ze sobą w najtrudniejszych chwilach zespołu.

Doktor Sokołowski po ukończeniu wrocławskiej UM odbył staż podyplomowy w Dolnośląskim Centrum Gruźlicy i Chorób Płuc. Tuż po studiach podjął się też pracy dydaktycznej w Studium Podyplomowym Pielęgniarek i Ratowników im. Hanny Hirszfeldowej. Gdy w roku 2002 w Centrum Medycyny Ratunkowej im. T. Marciniaka powstał pierwszy we Wrocławiu oddział ratunkowy (z Pracownią Tlenoterapii Hiperbarycznej z komorą hiperbaryczną) pod kierunkiem prof. J. Jakubaszki, dr Sokołowski został asystentem tego oddziału, prowadził ćwiczenia, seminaria, wykłady dla studentów UMW. Swoje zainteresowania naukowe rozwijał dzięki m.in. licznym stypendiom w Szpitalu Królewskim w Sztokholmie.

SUPER DIAMENTY

– Za odwagę i determinację w walce z koronawirusem we Wrocławiu podczas pandemii – taki napis widnieje na statuetkach, czyli Super Diamentach. Wręczamy je osobom, które gdy zaczęła się pandemia, nie zaprzestały działalności zawodowej na rzecz wrocławian w obawie przed koronawirusem, a ich gotowość do niesienia potrzebującym pomocy w tym czasie jest ponadstandardowa i godna szczególnego uznania – wyjaśniała podczas uroczystości red. Wanda Ziembicka-Has.

23 lutego br. SUPER DIAMENTAMI 40. Wrocławskiej Księgi Pamięci zostali uhonorowani:

• kpt. Renata Mycio (życiorys w rozszerzonym elektronicznym wydaniu „Medium”)

• lek. stom. Radosław Jadach

W chwili wkroczenia do nas koronawirusa, działalność prowadzonej przez niego obecnie kliniki Dental Salon została wstrzymana tylko na dziesięć dni i właściwie jedynie po to, by jej szef przygotował bardzo szczegółowe i restrykcyjne protokoły postępowania w gabinetach stomatologicznych. Zostały one następnie udostępnione nieodpłatnie wszystkim stomatologom w Polsce i za granicą – na grupach i forach internetowych. Doktor Jadach nagrał także osiem filmów edukacyjnych dla lekarzy na czas COVID-19. Wraz ze swoim zespołem wspomagał sanepid oraz NFZ w stworzeniu procedur przyjmowania i leczenia stomatologicznego pacjentów na kwarantannie oraz z pozytywnym testem na koronawirusa. Dental Salon oczywiście także pacjentów przyjmował. Co więcej, w placówce zapadła decyzja o rozszerzeniu programu pro publico bono o urazy zębów u dzieci – taka pierwsza pomoc jest również udzielana najmłodszym natychmiast.

Doktor Jadach po ukończeniu studiów na AM we Wrocławiu został wolontariuszem, a potem pełnoetatowym lekarzem w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej. Prowadził także zajęcia dydaktyczne – jako wykładowca na Uniwersytecie Medycznym na Wydziale Zdrowia Publicznego w Katedrze Ratownictwa Medycznego oraz w Katedrze Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia. Założył klinikę Dental Salon, a w roku 2014 został fundatorem i założycielem Akademii Chirurgii Jamy Ustnej we Wrocławiu o statusie szkoły. Placówka jest znana także poza granicami kraju, gości wykładowców z Polski z zagranicy – w celu propagowania nowoczesnych technik zabiegowych w chirurgii jamy ustnej. Jest laureatem brytyjskiej nagrody na najbardziej rozpoznawalnego stomatologa w Europie w roku 2018. Jako pierwszy stomatolog na świecie uzyskał też „czarne i czerwone” wyróżnienie (2017) wśród największej społeczności stomatologów RIPE z siedzibą w Sydney.

• lek. chirurg stom. Jacek Ćwirko

W czasie tuż przed rozwojem pandemii, w roku 2019 uczestniczył w zaawansowanym kursie implantologicznym na Uniwersytecie Medycznym w Kartagenie, w Kolumbii, gdzie doskonalił chirurgiczne procedury implantologiczne. Po powrocie bacznie zaś obserwował rozprzestrzenianie się koronawirusa w naszym kraju, a gdy i w Polsce ogłoszono pandemię, zdecydował – wraz ze swoją asystentką Martą Wites – o nieprzerwywaniu działalności i konieczności niesienia pomocy dentystycznej pacjentom, z zachowaniem reżimu sanitarnego. Doktor Ćwirko był zawsze dostępny pod telefonem na każde wezwanie cierpiących. Cały czas utrzymuje otwarty gabinet. Dzięki swojej postawie zdobył miano odważnego stomatologa, za co doceniła go także Rada Osiedla „Plac Grunwaldzki”, nominując go do tytułu Honorowy Mieszkaniec Osiedla.

Doktor Ćwirko ukończył Wydział Stomatologii UM we Wrocławiu, jeszcze podczas studiów zdobywał zawodowe umiejętności podczas pobytu w USA. Poznał i środowisko amerykańskich stomatologów, i nowoczesną wówczas stomatologię, i odmienne niż u Polsce podejście do leczenia. Staż podyplomowy zaliczył w Wojewódzkim Zespole Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej przy ul. Dobrzyńskiej, tam też bardziej zainteresował się chirurgią stomatologiczną, z której potem uzyskał specjalizację. Następnym etapem jego kariery zawodowej było podjęcie pracy, wraz ze swoją mamą, specjalistką stomatologii zachowawczej, Barbarą Ćwirko, w gabinecie stomatologicznym przy ul. Grunwaldzkiej. Przyjmuje tam pacjentów do dziś. W kręgu jego fachowych zainteresowań leżą również stomatologia estetyczna, protetyka, a także nowoczesna ortodoncja – Invisalign, którą jako pierwszy na Dolnym Śląsku wprowadził do swojej praktyki. ■



Fot. Tomasz Walów

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu rozpoczyna prace nad digitalizacją danych

Ogrom danych wbrew pozorom nie sprzyja rozwojowi nauki. Duża część z nich pozostaje niewykorzystana. Kluczem jest ich odpowiednie uporządkowanie. Dzięki współpracy z Uniwersytetem Ekonomicznym, wrocławski Uniwersytet Medyczny rozpoczyna właśnie prace nad procesem ich digitalizacji.

Rektor Uniwersytetu Medycznego prof. Piotr Ponikowski oraz Prorektor ds. Budowania Relacji i Współpracy z Otoczeniem prof. Tomasz Zatoński podpisali wczoraj list intencyjny z Uniwersytetem Ekonomicznym we Wrocławiu w zakresie prac nad projektem digitalizacji zasobów naukowych gromadzonych na uczelni.

– Mamy morze niewykorzystanych danych, bardzo cennych, a leżących na pendrive'ach. Codziennie tworzymy i gromadzimy nowe dane. Digitalizacja jest niezbędna, aby móc je w pełni wykorzystać – mówi dr Agnieszka Siennicka z Katedry i Zakładu Fizjologii, koordynatorka projektu.

W ramach projektu specjaliści z Katedry Inteligencji Biznesowej w Zarządzaniu oraz Katedry Systemów Informatycznych z Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Ekonomicznego, nieodpłatnie przekażą swój ekspercki know-how w zakresie zarządzania danymi oraz data science.

– Podpisanie listu intencyjnego to ważny krok ku in-

nowacji i digitalizacji zasobów uczelnianych – dodaje dr Siennicka. Uczelnie zobowiązały się do stworzenia dokumentu, który będzie stanowił ogólny plan (mapę drogową) projektu określający jego cele, ogólne potrzeby i wymagania uczelni oraz analizę obecnego stanu nauki i techniki. – Pierwszym krokiem w realizacji projektu będzie właśnie audyt i w uproszczeniu - ocena tego, jak dużo jest do zrobienia i od czego powinniśmy zacząć – informuje dr Agnieszka Siennicka.

– Nowoczesne techniki analizy danych pozwolą oczyścić i zintegrować różne zbiory danych, dzięki czemu będą one miały większą wartość naukową – tłumaczy dr inż. Maciej Pondel, koordynator projektu po stronie UE.

Działania będą realizowane w ramach wrocławskiego Digital Innovation Hub Level 4.0., który tworzy 5 organizacji: Politechnika Wrocławska, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocławski Park Technologiczny, Baluff Sp. z o.o. oraz TestArmy Group S.A. ■

inf. prasowa UMW

Przeszczepy serca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym

Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu jest szóstą placówką medyczną w Polsce, która będzie przeszczepiać serca. Pozytywną decyzję w tej sprawie wydało właśnie Ministerstwo Zdrowia. Specjaliści i zakwalifikowani do transplantacji pacjenci są już w pełnej gotowości, teraz pozostaje im czekać na pierwszego dawcę.



Fot. z archiwum UMW

Starania o dołączenie do grona placówek, które mogą przeszczepiać serca, rozpoczęły się dwa lata temu, gdy w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu powstało Centrum Chorób Serca, na czele którego stanął wybitny kardiolog, prof. Piotr Ponikowski.

– Uzyskanie zgody ministra zdrowia na przeprowadzenie transplantacji serca, a co za tym idzie realizację Programu mechanicznego wspomagania krążenia, jest długotrwałym procesem, ale udało nam się udowodnić, że jesteśmy wystarczająco dobrym oraz gotowym na to wielkie i bardzo ważne przedsięwzięcie, ośrodkiem – mówi prof. Piotr Ponikowski, kierownik Centrum Chorób Serca Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego oraz rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. – Zgoda, którą otrzymaliśmy, to dla nas wielki przełom i ogromne wyzwanie.

Placówka medyczna, która ubiega się o pozwolenie na wykonywanie przeszczepów, musi spełnić szereg wymogów dotyczących m.in. liczby i kwalifikacji personelu, odpowiednich oddziałów, pomieszczeń czy sprzętu medycznego.

– W Centrum Chorób Serca mamy fantastycznych specjalistów, brakowało jednak osób, które mają już doświadczenie w transplantacji, dlatego zaprosiliśmy do współpracy doktora Romana Przybylskiego i profesora Michała Zakliczyńskiego – dodaje prof. Piotr Ponikowski. – Musieliśmy również wykazać, że mamy wymagane doświadczenie w przeprowadzaniu wysokospecjalistycznych procedur kardiologicznych w obszarze kardiologii interwencyjnej, przy czym chodziło nie tylko o liczbę, ale także jakość wykonywanych zabiegów.

Kardiochirurg dr Roman Przybylski i kardiolog prof. Michał Zakliczyński specjalizują się w transplantacjach, a do Wrocławia przyjechali ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, gdzie fachu uczyli się od najlepszych – prof. Zbigniewa Religii i prof. Mariana Zembała. Dr Roman Przybylski wykonał cztery z pięciu przeprowadzonych w Polsce auto-

przeszczepień serca (w tym jedno już w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym) oraz kilkaset transplantacji tego narządu.

Według danych Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant” w ubiegłym roku przeszczepiono w Polsce 146 serc. W grudniu 2020 r. na nowy narząd czekało 415 osób. Załoga Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu ma nadzieję, że będzie mogła pomóc pacjentom i poprawić te wskaźniki.

– Na terenie Dolnego Śląska będzie to pierwszy przeszczep serca, ale przeprowadzi go bardzo doświadczony zespół, dla mnie to nie będzie pierwszy ale 301 taki zabieg – mówi dr Roman Przybylski, kardiochirurg z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Jednym z wymogów, jaki musi spełniać ośrodek przeszczepiający serca, jest posiadanie biorców różniących się płcią, wagą, grupą krwi.

– Chodzi o to, abyśmy byli gotowi na przyjęcie narządu, który będzie akurat do dyspozycji transplantologów – wyjaśnia prof. Krzysztof Reczuch, kierownik Kliniki Chorób Serca USK. – Obecnie mamy pod opieką kilkunastu pacjentów, zarówno stabilnych, którzy przebywają w domu, jak i pilnych, którzy nie są w stanie funkcjonować bez wspomagania farmakologicznego i mechanicznego, czyli pomp które wspomagają pracę komór serca.

Decyzja o pierwszym przeszczepie we Wrocławiu zapadnie po potwierdzeniu pojawienia się dawcy.

– Do tej pory zgłaszani przez nas pacjenci byli przeszczepiani w innych ośrodkach w kraju – mówi prof. Michał Zakliczyński transplantolog, z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. – Teraz naszym celem jest stworzenie, takiej listy pacjentów, by móc optymalnie dobrać dla nich narząd.

Już dziś w USK na nowe serce czeka dwóch pilnych pacjentów. ■

inf. prasowa UMW

Chirurdzy z USK będą rozwijać nowatorską metodę leczenia raka trzustki. Dostali grant na 9,5 mln złotych.

Prestiżowy grant z Agencji Badań Medycznych został przyznany wrocławskim naukowcom w ramach III rundy konkursu na działalność badawczo-rozwojową w zakresie niekomercyjnych badań klinicznych. Rekrutacja pacjentów do leczenia rozpocznie się w drugiej połowie roku.

Projekt zespołu prof. Wojciecha Kielana kierownika II Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, dotyczy wpływu nieodwracalnej elektroporacji wapniowej, elektrochemioterapii oraz elektroporacji (IRE-CaCl₂, ECT oraz IRE) na jakość życia oraz przeżycie wolne od progresji u chorych na raka trzustki. Konkurencja była ogromna, ostatecznie dofinansowanie otrzymało zaledwie 9 z 51 nadesłanych projektów. Do Wrocławia trafiło niemal 9,5 miliona złotych. – To ogromna szansa nie tylko dla nas, ale przede wszystkim pacjentów – podkreśla prof. Wojciech Kielan. – Dzięki temu będziemy mogli opłacić zakup igieł i kwestia finansowania badania przestanie być przeszkodą w leczeniu.

Urządzenie zakupił klinice Uniwersytecki Szpital Kliniczny. Pierwszy zabieg usunięcia guza trzustki tą metodą lekarze USK we Wrocławiu przeprowadzili w lutym 2018 roku u 60-letniej pacjentki. Operację wykonał zespół profesora Wojciecha Kielana wraz z asystą prof. Pawła Lampego ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, od wielu lat uznawanego specjalisty w leczeniu chorób nowotworowych trzustki oraz prof. Michała Studniarka, radiologa z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. – To jest niewątpliwa przewaga szpitali uniwersyteckich – możliwość nawiązania współpracy i dostępność w tej samej jednostce różnego rodzaju specjalistów – podkreśla prof. Wojciech Kielan. – Te operacje wymagają dużego zespołu i interdyscyplinarności – bez anestezyjologów, radiologów, onkologów klinicznych, odpowiedniej opieki pielęgniarskiej nic byśmy nie zrobili – podkreśla profesor.

Pieniądze zlikwidują poważną barierę – finansową. Koszt kompletu elektrod to 30 tysięcy złotych. Niewielu pacjentów może go ponieść, zwłaszcza, że lekarze podkreślają, że metoda, jak pokazują pierwsze wyniki, znacząco przedłuża chorym życie i poprawia jego jakość, ale nie wyleczy z choroby. Jest skierowana do pacjentów, którzy nie kwalifikują się do resekcji. Dotychczasowe rezultaty są obiecujące, możliwość potwierdzenia ich na grupie kolejnych 70 pacjentów, obserwowanych na przestrzeni 6 lat trwania projektu – bezcenna. Badacze oceniają wpływ zabiegu na jakość życia chorych, czas przeżycia, czas wolny od progresji.

– Jestem entuzjastką – deklaruje dr Julia Rudno-Rudzińska z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej USK. Upowszechnimy nową metodę, sprawdzimy jej efekty na większej grupie leczonych, co pozwoli znaleźć odpowiedni „moment terapeutyczny”. Jest to część projektu „Personalizacja leczenia raka trzustki”, który obejmuje również hodowle linii komórkowych wyprowadzonych od danego pacjenta i sprawdzenie chemiowrażliwości. Być może w przyszłości możliwe będzie zastosowanie chemioterapii celowanej – dostosowanej dla poszczególnego pacjenta indywidualnie. Szukamy najlepszych rozwiązań, bo mierzymy się z wyjątkowo trudnym przeciwnikiem. Podobnie jak w przypadku elektroporacji współpracujemy z dr hab. inż. Julią Kulbacką, prof. uczelni z Katedry Biologii Molekularnej i Komórkowej Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. – Łączenie nauki z praktyką jest niewątpliwie zaletą pracy w ośrodkach uniwersyteckich – dodaje lekarka.

Trudno wykryć, trudno operować, trudno leczyć

Chirurdzy nie mają najmniejszych wątpliwości – nowotwory to dziś jedna z częstszych przyczyn wykonywanych przez nich operacji. W klinice kierowanej przez prof. Wojciecha Kielana w minionym roku 30 procent zabiegów miało podłoże onkologiczne. Chirurdzy z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego specjalizują się w operacjach z powodu nowotworów przewodu pokarmowego. Rak trzustki jest w tym zestawie jednym z najtrudniejszych przeciwników.



Fot. z archiwum UMW

– Trzustka jest specyficznie anatomicznie położona, w pewnym sensie można powiedzieć, że mamy ją „na plecach” – wyjaśnia prof. Wojciech Kielan. – Co to oznacza? Trudno przy standardowym USG zauważyć niepokojące zmiany; przez co pacjenci, uspokojeni prawidłowym badaniem, trafiają do nas późno. Objawy są niejednoznaczne: ból, utrata wagi powodowane mogą być spowodowane różnymi przyczynami, a pojawiająca się żółtaczka często diagnozowana jest wstępnie jako zakaźna i czas mija – wyjaśnia prof. Wojciech Kielan. – W tej pierwszej fazie pacjenci często nie mówią nawet o bólu a pewnym uczuciu dyskomfortu – dodaje dr Julia Rudno-Rudzińska. Statystyki są bezlitosne – zaledwie 20 procent pacjentów kwalifikuje się do operacji, resekcja wsparta chemioterapią pooperacyjną jest najskuteczniejszą formą leczenia. Aż 80 procent liczyć może jedynie na opiekę paliatywną i chemioterapię. A to nie koniec problemów. – Zabieg chirurgiczny w przypadku trzustki jest wyjątkowo trudny – po raz kolejny decyduje jej budowa anatomiczna i sąsiedztwo dużych naczyń – opisuje prof. Wojciech Kielan. I dodaje, że choć chirurgia onkologiczna bardzo się rozwija sięgając po nowe metody, choćby laparoskopowe, które niemal całkowicie zdominowały operacje w przypadku jelita grubego, to trzustka nawet przy standardowej operacji nadal sprawia problemy. – Tylko 20 procent pacjentów możemy zoperować, pozostałym pozostaje chemioterapia, ale ten rodzaj nowotworu jest niestety często chemiooporny, więc leczenie nie zawsze jest tak skuteczne, jak byśmy tego chcieli – przyznaje dr Julia Rudno-Rudzińska.

Metoda przyszłości?

Lekarze szukają więc niestandardowych rozwiązań, które pomogą pacjentom. W przypadku raka trzustki duże nadzieje wiąże z elektroporacją. Chirurdzy zainteresowali się metodą dzięki współpracy z naukowcami z kierowanej przez prof. Jolantę Saczko Katedry Biologii Molekularnej i Komórkowej Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Tam – we współpracy z dr hab. inż. Julią Kulbacką, prowadzono próby na liniach komórkowych. Od tego zaczęło się zainteresowanie metodą NanoKnife. Na czym to polega? Wytwarza się serię mikrosekundowych impulsów elektrycznych w celu wytworzenia ubytków w błonach komórkowych, co powoduje utratę homeostazy, a następnie śmierć komórki. Impulsy elektryczne są aplikowane w tkance za pomocą specjalnych elektrod - igieł. Zabieg odbywa się pod kontrolą USG śródoperacyjnego lub przezskórnie pod kontrolą tomografii komputerowej. W wyniku zastosowania odpowiedniego napięcia, komórki nowotworowe zostają nieodwracalnie uszkodzone i obumierają. Badania dowodzą, że naczynia krwionośne i nerwy w rejonie uszkodzonych przez NanoKnife komórek nowotworowych zachowują swoją żywotność, co czyni z tej metody często jedyną perspektywę terapii w miejscach dotychczas trudnych do leczenia chirurgicznego. – Elektroporacja działa w przypadku guzów litych, w Wielkiej Brytanii czy Dani jest w standardach postępowania w niektórych nowotworach i jest refundowana, w Polsce niestety nie – przyznaje dr Julia Rudno-Rudzińska. To niewątpliwie poważny problem w jej rozpowszechnieniu, pomimo bardzo obiecujących wyników i obserwacji. – Metoda nie szkodzi, to wiemy, co więcej obserwuje się – na razie w przypadku czerniaków – znaczącą aktywizację układu immunologicznego organizmu. Czy w przypadku trzustki będzie podobnie? Tego chcielibyśmy się dowiedzieć – podkreśla dr Rudno-Rudzińska. I będą mieli na to szansę dzięki dofinansowaniu uzyskanemu z Agencji Badań Medycznych. ■

inf. prasowa UMW

Tekst Aleksandra Solarewicz

„Białe rączki” i biały fartuch

Miał szczęście chory, który trafił pod opiekę lekarza na nieludzkiej ziemi. Miał do czynienia z cudem ten lekarz, który wyleczył swojego pacjenta, mając do dyspozycji głównie czystą wodę, aspirynę i nadmanganian potasu. 10 lutego minęła kolejna rocznica pierwszej masowej wywózki Polaków w głąb ZSRR. Miłosierne dłonie lekarzy ocaliły tam w prymitywnych warunkach wiele istnień ludzkich.

Wyniku wywózki 10 lutego 1940 roku w głąb ZSRR wysiedlonych zostało ok. 140 tys. Polaków (jak podaje IPN). Trafili oni głównie na północ europejskiej części Rosji (obwód archangielski, Komi, obwód Iwanowski), na Ural oraz do krajów Krasnojarskiego i Altajskiego na Syberii. Były to przede wszystkim rodziny osadników wojskowych, cywilnych kolonistów oraz niżsi rangą urzędnicy państwowi. Wrogowie ustroju. W konfrontacji z administracją sowiecką posiadanie statusu inteligenta, którego zdradzały przede wszystkim „biełye rączki”, rokowało fatalnie. Tak zwane ironicznie przez Sowieców białe rączki stanowiły znak, że ich właściciel nie trudni się ciężką pracą fizyczną, a więc dla władzy jest elementem bezużytecznym. Wyjątek stanowił lekarz. Ten wykonywał bardzo konkretną pracę, z której korzyść mogli mieć także panowie życia i śmierci, czyli Sowieci. Wykształcenie medyczne dawało więc pewną szansę.

Szansa i zagrożenie

– Warto zwrócić uwagę, iż w przypadku lekarzy uprawiany zawód i posiadane umiejętności mogły z jednej strony być wyławianiem (umożliwiały otrzymanie lepszej pracy i lepszych warunków bytowych), lecz jednocześnie stanowić zagrożenie, gdyż stalinowskie władze (podobnie jak hitlerowcy) niszczyły programowo przedstawicieli inteligencji – tłumaczy dr n. med. Zbigniew Kopociński, lekarz okulista, pasjonat Kresów i historii medycyny. Wśród Sybiraków trafiali się i tacy, którzy wcześniej zataili swoje stopnie wojskowe, przez co uniknęli obozów jenieckich i masakry w Katyniu. Zdaniem Dariusza Cherubina, le-

karze byli wręcz jedyną grupą, którzy „mogli liczyć na pracę po *specialnosti*, gdyż z reguły brakowało kadr do obsługi szpitali obozowych”. Należało być jednak ostrożnym, bo zdarzały się problemy z rosyjskimi lekarzami. Zdarzało się, że na skuteczną terapię, zastosowaną przez polskiego lekarza, Rosjanie – jeśli byli słabiej wykształceni – reagowali zawiścią. – Trzeba jednak podkreślić – dodaje dr Kopociński – że w większości relacji zachował się raczej pozytywny obraz rosyjskich lekarzy, którzy starali się pomagać swoim kolegom po fachu, pochodzącym z Polski. Nędza więzienna i pomór wśród zesłańców, mimo oficjalnej propagandy, która przedstawiała Polaków jako kryminalistów, uwalniały odruchy serca.

Cynga, pelagra, kurza ślepota

Wszyscy nowoprzybyli do łagru przechodzili przez komisję lekarską, która określała ich zdolność do pracy, ale były to czynności formalne. Do najcięższej pracy, czyli do wyrębu lasu czy do kopalni, mógł trafić każdy, także kobieta w ciąży. W surowym klimacie, w fatalnych warunkach higienicznych, w wyniku nieludzkiej pracy i przy chronicznym niedożywieniu szalały choroby. Był to przede wszystkim szkorbut, czyli *cynga*. Jeśli szkorbut w ogóle leczono, to zupełnie nieskutecznym wywarem z igieł sosnowych czyli *chwoi*.

Inny specyfik stanowiło *cyngotnoje pitanije*, czyli łyżka surówki. To już było na wagę złota, a przeznaczone dla nielicznych najciężiej chorych, którzy musieli najpierw dostać skierowanie od lekarza. Ale najgroźniejszą formą awitaminozy była pelagra, w wyniku której puchło całe ciało. Nawet jeśli lekarzowi udało »



się zlikwidować najgroźniejsze jej objawy, taki pacjent nie był już w stanie wrócić do pracy i z biegiem czasu umierał. Nikogo w łagrach nie dziwiła kurza ślepotą i wieczorami w obozach widywano całe grupy ślepców.

W łagrze mnożyły się pasożyty. Regularnie wybuchały epidemie tyfusu i czerwoni, dręczyły więźniów biegunki i choroby nerek. Z racji odmrożeń i wypadków przy pracy tracili kończyny. Lista chorób, które dręczyły nieszczęśników, była długa. Wreszcie, straszne warunki bytowania i przeżycia osobiste powodowały chorobę głodową, zwaną tam elegancko dystrofią, oraz różne formy obłądki obozowej...

Sanczast, w cieniu szpitala

Podobnie jak w niemieckich obozach śmierci, w radzieckich łagrach istniało coś co miało sprawiać pozory opieki zdrowotnej. Był to sanchast, wydział sanitarny. Podlegała mu izba chorych, mieszcząca kilka łóżek dla cięższych chorych, albo szpital łagrowy. W takim przybytku pracował na ogół lekko, czyli felczer, ale często także doświadczeni lekarze różnych nacji. Rosjanie, Polacy, Ukraińcy. Leczenie w łagrowym szpitalu ograniczało się przede wszystkim do minimalnego zwiększenia odpoczynku dla więźnia i zapewnienia mu poprawnych warunków higienicznych. O lekach specjalistycznych nie można było marzyć. Władze łagru nie miały w tym interesu, toteż apteczka była nader uboga. Mogły się w niej znaleźć, przykładowo: aspiryna, chinina, nadmanganian potasu, krople walerianowe (na serce), salol (ból gastralny), rycyna... Instrumentów było także niewiele, bańki, nożyczki, strzykawki, termofor, lampka spirytusowa do gotowania igieł. Lekarz miał za zadanie jak najszybciej odstawić „zdrowego” do pracy, bo przecież pobyt w szpitalu zagrażał wyrobieniu normy pracy. Ale choć kilka dni w szpitalu choćby i nie polepszyło stanu ciała, chwilowo podnosiło na duchu. Tu na wejście dostawało się skierowanie do łaźni, a następnie czyste łóżko ze świeżą pościelą, zamiast łachów bielizny, a do jedzenia surówkę i biały chleb. Szpital to był raj, szpital to był luksus.

Najwyższy krąg piekła

To więźniowie byli przeważnie lekarzami. Mimo stałego nadzoru ze strony naczelnika obozu zazwyczaj robili wszystko, by ulżyć cierpiącym, mimo grożących im samym represji. Zgodnie z tajnymi rozporządzeniami, jak podaje Gustaw Herling-Grudziński, nie wolno im było zwolnić więźnia z pracy przy temperaturze poniżej minus 38 °C (na Kółmie spadała ona i do minus 70 °C). W dodatku kandydatów do zwolnienia, bez przesady, było setki.

Lekarze, którzy walczyli o pacjenta, ryzykowali karcerem lub przydzieleniem na stałe do ciężkiej pracy fizycznej. Chorych było setki. Doktor Bolesław Stec, osadzony pierwotnie w łagrze Pieczornaja, za zwolnienie z pracy zbyt dużej liczby ludzi został ukarany zesłaniem do karnego łagru. Po latach pisał: „Było to prawdziwe piekło ludzkie. Głodni, źle ubrani, wyganiani do morderczej dwunastogodzinnej pracy, biedni ci ludzie szukali ratunku w lekarzu. Zwalniałem, kogo mogłem, ale kierownicy obozów mieli wyznaczony plan i wydajność pracy, który bezwarunkowo musiał być wykonany” (B. Stec, „Od rewolucji do łagru. Wspomnienia lekarza”, Hove Sus 1988, s. 30).

Zarówno Polacy, jak i Rosjanie byli wierni swojej misji, co wspominała więźniarka: „Tutaj się leczy, karmi, ratuje i mnie i moje sąsiadki. A przecież żyłam się już z myślą, że ludzie, z którymi się spotykałam przez ostatnie trzy lata, jeśli niebyli więźniami, mają tylko jedno pragnienie: dręczyć i mordować” (E. Ginzburg, „Stroma ściana”, Warszawa 1990, s. 123). I Barbara

Skarga: „Lubiłam szpital, bo zajmował on jeden z tych najwyższych kręgów piekła, była w nim jeszcze jakaś nadzieja, panowała życzliwość” (B. Skarga, „Po wyzwoleniu 1944-1956”, Poznań 1990). W oczach Matyldy Tiemkin (M. Temkin, „W sowieckim łagrze. Wspomnienia komunistki”, Warszawa 1989) lekarz to bohater, który mimo poczucia bezsilności do końca starał się spełniać obowiązki. Dariusz Cherubin przytacza wspomnienia świadka, na oczach którego w prymitywnych warunkach – bez środków przeciwbólowych i podczas niemieckiego nalotu (czasowo wyłączone światło) – przeprowadzono zabieg zeszywania ścięgien okaleczonej ręki. Po latach pacjent, który wyszedł z ZSRR z armią gen. Andersa, był w stanie grać na skrzypcach.

”

W wyniku wywózki 10 lutego 1940 roku w głąb ZSRR wysiedlonych zostało ok. 140 tys. Polaków (jak podaje IPN). Trafili oni głównie na północ europejskiej części Rosji (obwód archangielski, Komi, obwód Iwanowski), na Ural oraz do krajów Krasnojarskiego i Altajskiego na Syberii. Były to przede wszystkim rodziny osadników wojskowych, cywilnych kolonistów oraz niżsi rangą urzędnicy państwowi. Wrogowie ustroju.

“

Którzy wyszli z „niehumanitarnej ziemi”

Lekarze towarzyszyli swoim pacjentom na dalszych ich drogach. Ci, którym udało dołączyć się do powstającej armii gen. Andersa, przeszli szlak bojowy z II Korpusem i po wojnie, a świadomi komunistycznych represji, nie wracali przeważnie do kraju, pracując na rzecz obcych państw. Mniejsza ich liczba, zwłaszcza ci, którzy przebywali w bardzo odległych gułagach, nie mieli możliwości dołączyć do Andersa. Ci wyszli ze Związku Radzieckiego z I Armią Wojska Polskiego, wraz z którą mogli powrócić do kraju w jego nowych granicach.

– Warto zwrócić uwagę – zaznacza dr Kopociński – że pojawiające się w wypowiedziach niektórych polityków próby dzielenia polskich żołnierzy walczących z Niemcami na różnych frontach i deprecjonowania postawy tych, którzy walczyli w szeregach 1 i 2 Armii Wojska Polskiego, są absolutnie niedopuszczalne. Znakomicie oddają to słowa gen. Maczka: „Żołnierz polski bić się może o wolność wszystkich narodów – umiera tylko dla Polski”. Katorka i upokorzenia nie zdołały złamać moralnie tych, którzy mieli dobrze ukształtowane charaktery. – Największym zwycięstwem lekarzy, którzy przeżyli gehennę wywozek na wschód, jest fakt, że władzom sowieckim nie udało się w nich zabić powołania lekarskiego, a szczególnie uczucia empatii oraz chęci niesienia pomocy potrzebującemu człowiekowi bez względu na narodowość czy wyznanie – podsumowuje dr Kopociński.

Piśmiennictwo:

D. Cherubin, „Ludność polska w więzieniach i obozach radzieckich w latach 1939-1941”, Warszawa 1989.

J. Stupady, „Cierpienie więźniów a lekarze Gułagu w świetle literatury łagrowej”, w: kwartalnik „Zesłaniec”, nr 29, 2007; Z tego źródła pochodzą cytaty ze wspomnień; zeslaniec.pl/ToC.html

„Zielone wspomnienia”

Anegdoty o prof. Tadeuszu Marciniaku

PROF. TADEUSZ MARCINIAK (1895-1966)

Doktor wszech nauk lekarskich, profesor, anatom, rentgenolog, rektor Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego we Wrocławiu w latach 1962-1965



Fot. z archiwum Medium

TADEUSZ MARCINIAK I ZIELONI

GRUCZOŁ ŁZOWY

Egzamin z anatomii prawidłowej, sesja zimowa 1957, I termin. Mała sala ćwiczeń z osteologii. Za stołem nakrytym zielonym sukniem siedzi w białym kitlu profesor Tadeusz Marciniak. Po jego prawej stronie ustawiony ludzki szkielet. Przed stołem w kilku rzędach krzesła ponad dwudziestu wystraszonych, zielonych jeszcze młodych ludzi.

Spocone dłonie kurczowo obejmują brzegi krzesła.

Zaczyna się!

Krzysio S. z oczami błagającymi o litość z trudem opowiada o budowie oczodołu. Co chwilę dyskretnie szuka pomocy wśród kolegów, ale bezskutecznie.

Z ust egzaminatora pada komenda:

– niech wskaże umiejscowienie gruczołu łzowego!

Krzysio bez wahania wtyka palec w kącik przynosowy oka. W sali słychać cichy, przeciągły syk. Ktoś pokazuje właściwą lokalizację i Krzysio natychmiast poprawia się. To jednak dręczycielowi nie wystarcza!

– Teraz po drugiej stronie!

Krzysio bezbłędnie wskazuje na właściwy punkt i z westchnieniem ulgi opuszcza rękę, ale boga trudno zadowolić:

– niech jeszcze raz wskaże lokalizację obu gruczołów łzowych i trzyma palce w tych punktach. Zdezorientowany chłopak z miną nieszczęśnika słyszy już kolejne pytanie... Trzymać palce wbite w obrysy oczodołów i sensownie odpowiadać na pytania rozbawionego przeciwnika?

– Nie ma takiej możliwości... ale zapamiętać na zawsze lokalizację gruczołu łzowego to co innego...

Krzysiek okulistą nie został, ale po wielu latach z powodzeniem prowadził praktykę stomatologiczną, podobno nawet „we Widniu”.

MACICA

Pewniaczką w opinii grupy była jak zwykle nad wyraz żywa Helenka W. Zapytana o „macicę” z szybkością karabinu maszynowego, z radosnym uśmiechem wyrecytowała: „macica u obu płci przylega do różnych narządów”!

Egzaminator natychmiast zareagował:

– ha, ha, ha... Stary Marciniak wróci do domu i oznajmi żonie: „dziś dowiedziałem się, że i ja mam macicę”.

Okrutnik domyślił się jednak, że siedzi przed nim nie byle jaka sztuka, mimo że zielona, której zapewne mogło chodzić o pęcherz moczowy. Dlatego z nieskrywanym uśmiechem zachęcił, by przystąpiła do rzeczy; na co Hela ochoczo przystała. Tego dnia Hela i druga koleżanka, Maryla W., zmniejszyły rozmiar okrutnej klęski całej grupy.

Gwiazdą wrocławskiej ginekologii nie została. Została za to specjalistką chorób płuc, szefową oddziału i uznaną biegłą sądową z zakresu pulmonologii, zaś Maryla W. jako specjalistka chorób wewnętrznych i alergologii godnie prezentowała się w birecie i profesorskiej tozde.

KAPITULACJA

W jednej z grup był wśród zdających nie taki już zielony kolega. Egzamin nie szedł najlepiej, więc padło dodatkowe pytanie:

– co robił przed studiami?

Padła krótka odpowiedź:

– w wojsku byłem Panie Profesorze.

Na to Profesor:

– to lepiej byłoby gdyby w tym wojsku został.

Riposta też była krótka:

– nie każdy może zostać generałem Panie Profesorze. Tak?!” Profesor oniemiał i skapitulował. Kolega – też... honorowo.

Nie znam dalszych losów byłego żołnierza, ale jestem przekonany, że nadal cenił sobie honor...

GARNITUR

W sesji zimowej 1957 roku jeden z zielonych przyszedł na egzamin w czarnym „garniturze” – przerobiona przedwojenna marynarka ojca z udatnie dobranymi spodniami, biała koszula, krawat i starannie wyczyszczone buty, ale może z nieco mniej starannie przyswojonym materiałem, zawartym w kilku tomach „Anatomii prawidłowej człowieka” autorstwa egzaminatora.

Pierwsze pytanie:

– linia Choparta i linia Lisfranca przyjęte z wyraźną ulgą. Idzie nieźle – znajomość znaczenia praktycznego w zabiegach chirurgicznych, wyszczególnienie stosownych kości. A szczegóły tych „kosteczek” – guzki, rowki, przyczepy?

– Niewiele pomagają stopy stojącego obok człowieczego szkieletu.

Pod wydatnym nosem egzaminatora pojawia się szyderczy uśmiech i pada szydercza ocena:

– patrzcie, wystroił się, ojciec dyrektor, a syn leń.

– Ojciec nie wrócił z Syberii – pada ledwie słyszalne sprostowanie, już skazanego!

„Stary” nie ma jednak litości!

– To jeszcze gorzej, matka z pewnością wypruwa sobie żyły żeby utrzymać lenia.

Właściciel „garnituru” nie został ani chirurgiem, ani ortopedą. Terminował u znakomitego profesora interny, obronił doktorat z kardiologii dedykowany pamięci... prof. dr. med. Tadeusza Marciniaka i został ordynatorem.

Czasem spogląda na oprawioną fotografię, a na niej – stoi On – na tle rozwieszonych plansz anatomicznych, w niedopiętym, białym kitlu, z długim kijem w ręce, w wypełnionej do ostatniego miejsca sali wykładowej Collegium Anatomicum.

Wielka osobowość, uczony, niekwestionowany autorytet, legenda, dręczyciel, szyderca, czarodziej – Człowiek! Dziś, niestety, mógłby mieć kłopoty... ■

Bohdan A. Słończewski

Skwer im. Tadeusza Szczęsnego Owińskiego – twórcy powojennej stomatologii we Wrocławiu

Wiosną ubiegłego roku, a dokładnie 30 kwietnia, Dolnośląska Rada Lekarska z inicjatywy Komisji Historycznej DRL, podjęła uchwałę w sprawie poparcia inicjatywy nadania skwerowi we Wrocławiu nazwy prof. dr. hab. Tadeusza Szczęsnego Owińskiego. A był to jubileuszowy rok profesorów lwowskich.

Pomysł ten od lat, jak i wiele innych upamiętniających znane i cenione osobistości ze świata medycznego, niestrudzenie wprowadza w czyn dr Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska. Jak okazuje się często bardzo skutecznie. Inicjatywę z całą życzliwością poparł prezes Izby dr Paweł Wróblewski, pamiętający, jako lekarz, postać profesora, także z chwil może najtrudniejszych, bo tych ostatnich Jego życia. Pamięć o ludziach, którzy ukochali Wrocław, poświęcili mu ogrom pracy i energii – to przecież tworzenie historii naszego miasta. W 2020 roku minęło 25 lat od śmierci prof. Tadeusza Owińskiego.

Dla Wrocławia, szczególnie tego powojennego, była to postać niezwykle ważna. Przyjechał do zrujnowanego miasta 9 maja 1945 roku, wraz z pierwszą grupą naukowców Delegatury Ministerstwa Oświaty i objął zniszczony działaniami wojennymi Instytut Dentystyczny. Z jego inicjatywy ulicy, przy której mieścił się instytut, nadano później imię Antoniego Cieszyńskiego, co nasuwa refleksję, że umieliśmy uczcić Jego pamięć, tak jak On uszanował swojego mistrza. Wykazał się niezwykłą przedsiębiorczością, odwagą i pomysłowością, ratując pozostały dobytek, aby mógł służyć szkoleniu przyszłych kadr. Był to okres niezwykle wytężonej pracy, często niebezpiecznej w zrujnowanym mieście, pełnym szabrowników i uzbrojonych bandytów. Jeden z Jego wychowanków, prof. Adam Masztalerz, pisał: „Profesor miał w sobie wiele romantyzmu i duszę sienkiewiczowskiego harcownika...”

Kiedy 15 listopada 1945 roku rozpoczęły się wykłady na uniwersytecie, Klinika Stomatologii była odbudowana, z nowym dachem, z własnym ujęciem wodnym, zaopatrzona w prąd – mogła już objąć opieką stomatologiczną studentów. Tak zaczęła się praca usługowa, a po niej dydaktyczna i naukowa kliniki, którą Tadeusz Owiński prowadził najpierw jako docent, a od 1955 roku jako profesor nadzwyczajny, zaś od 1965 roku jako profesor zwyczajny. Pełniąc funkcję kierownika Kliniki Chirurgii Stomatologicznej w roku 1947 odbudował drugi gmach przy ul. Skłodowskiej-Curie i zorganizował tam stację obrażeń szczękowych, po latach wywalczył dla kliniki gmach przy ul. Chałubińskiego 5. Rozwijał opiekę w dziedzinie chirurgii stomatologicznej i szczękowej, sam zdobywając sławę znakomitego, nowatorskiego operatora.

Profesor Owiński twórczo rozwinął metody operacyjne w chirurgii szczękowo-twarzowej, w tym własną ostectomia mediana oraz metodę dwuczasową operacji torbieli szczękowych. Już w roku 1947 otwarto w klinice Oddział Stomatologiczny i od tego też roku rozpoczął doszkalanie lekarzy z terenu na kursach i posiedzeniach naukowych. Kursy te stanowiły jedną z wielkich pasji profesora, jako że stałe podnoszenie kwalifikacji uważał za powinność uczciwego lekarza. Szkolenia te stały się też załącznikiem późniejszego wrocławskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Od 1946 do 1986 roku pełnił obowiązki konsultanta w przychodni kolejowej i w Ubezpieczalni Społecznej. Funkcję dyrektora kliniki pełnił do roku 1968. W latach 1960-1962 sprawował z wielkim powodzeniem godność dziekana Wydziału Lekarskiego. Opublikował ok. 200 prac naukowych i wraz z żoną wydał ceniony wśród fachowców „Atlas chorób błon śluzowych jamy ustnej”. Za popieranie studentów w marcu 1968 roku został pozbawiony kierownictwa katedry i zakazano mu wszelkich kontaktów z uczniami. Dopiero rektor Zbigniew Knapik i Senat Akademii Medycznej w 1992 roku wystosowali do niego uroczysty list z przeprosinami.

W czasach młodości kochał góry i sport – uprawiał żeglarstwo, narciarstwo biegowe (zdobył mistrzostwo Lwowa) i skoki, oraz przez krótki czas boks – do pierwszego znokautowanego przez siebie przeciwnika i później nie darzył tego sportu sympatią. Po przyjeździe do Wrocławia poświęcił swoje pasje na rzecz pracy. Przez całe swoje życie profesor zawsze był „bezpartyjny”, co w tamtych czasach uważał za swoją patriotyczną powinność, a z pewnością to nie ułatwiało mu życia. Był gorącym patriotą poczynawszy od wczesnej młodości, kiedy jako jeden z Orłąt Lwowskich (miał wtedy 14 lat) był kurierem, po bohaterską postawę podczas Powstania Warszawskiego. Walczył jako szeregowiec, radiotelegrafista, radiotechnik w K4 „Baszta” pod pseudonimem „Maciuś”. Kładł między innymi linie telefoniczne ze Śródmieścia na Mokotów (kanałami) oraz w obrębie barykad pod ostrzałem nieprzyjaciela. Rozkazem dowództwa zo-



Profesor Tadeusz Szczęśny Owiński, fot. Archiwum Uniwersytetu Wrocławskiego za: „Album dwudziestolecia Uniwersytetu Wrocławskiego” 1965, część graficzna

stał za to odznaczony Krzyżem Walecznych. Na Mokotowie był ranny w oba uda i kanałami wyszedł włazem na ulicy Dworkowej. Niemal cudem uniknął rozstrzelania, przeszedł przez obóz w Pruszkowie, z którego udało mu się uciec.

Obraz prof. Owińskiego byłby niepełny, gdyby nie powiedzieć o jego ogromnym zaangażowaniu w swoją misję jako lekarza, oddanego pacjentom. W klinice często był widywany wieczorami, gdy przyjeżdżał po całym dniu pracy, aby sprawdzić stan zdrowia pacjentów po poważnych operacjach jakiego przeprowadzał. W swojej praktyce prywatnej, której poświęcał popołudnia, miał pacjentów z całej Polski, co też zaowocowało wieloma dożgonnymi przyjaźniami. Być może jeszcze wspominają profesora najstarsi mieszkańcy dzielnicy Zacisze, gdzie mieszkał i przez 15 lat woził swojego proboszcza ks. Dorożyńskiego do chorych i sędziwych parafian. Pracował w swoim gabinecie do końca długiego życia, dożył 91 lat, choć przez niemal sześć ostatnich lat walczył z chorobą nowotworową, starając się nie dawać tego odczuć najbliższym.

Był człowiekiem wielkiego serca, ogromnej siły woli, niezwykle pracowitym, a także wspaniałym i czułym ojcem. Fakt, że tak wiele osób, zarówno lekarze z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, jak i członkowie Rady Miejskiej, uznało iż warto uhonorować wybitnego lekarza i prawego, dobrego człowieka miastem, noszącym Jego nazwisko dowodzi, że te wartości nadal są ważne i tworzą piękną historię naszego miasta. ■

Zofia Owińska



Fot. z archiwum „Medium”

PRAWO NA CO DZIEŃ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

18 stycznia 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r. poz. 111 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową.



23 stycznia 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 stycznia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 153.

Wprowadzone zostały następujące zmiany w szczepieniach ochronnych przeciwko COVID-19 **w ramach etapu „I”**:

- osoby zatrudnione w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej lub w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku;
- pacjenci zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, hospicjum stacjonarnego lub domowego i oddziału medycyny paliatywnej oraz osoby przebywające w domu pomocy społecznej lub w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku;
- **osoby urodzone po 1961 r. z następującymi stanami zwiększającymi ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19: dializowane, z chorobą nowotworową w trakcie leczenia do roku, licząc od dnia ostatniej hospitalizacji do dnia podania pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19, w trakcie przewlekłej wentylacji mechanicznej lub po przeszczepieniu komórek, tkanek i narządów;**
- nauczyciele, wychowawcy i inni pracownicy pedagogiczni oraz osoby prowadzące zajęcia rozwijające zainteresowania zatrudnieni w przedszkolu, innej formie wychowania przedszkolnego, szkole lub placówce działającej w systemie oświaty, **osoby pracujące z dziećmi w placówce opiekuńczo-wychowawczej, w regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej, w interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym oraz w ramach form opieki nad dziećmi w wieku do lat 3,**
- strażnicy straży gminnej (miejscowej). »

Więcej na stronie:
www.dilnet.wroc.pl/
zakładka PRAWO



26 stycznia 2021 r. weszła w życie Ustawa z dnia 21 stycznia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w Dz. U. z 2021 r., poz. 159.

W przypadku gdy ważność **badania lotniczo-lekarskiego** upływa w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ważność tych badań ulega przedłużeniu do dnia upływu 90 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, w zależności od tego, który z nich zostanie odwołany później, jednak nie dłużej niż o 6 miesięcy od dnia utraty ważności badań, pod warunkiem że orzeczenie lotniczo-lekarskie nie zawiera ograniczeń z wyjątkiem wzrokowych.

Uprawnienia **inspektora ochrony radiologicznej** do zajmowania stanowiska mającego istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa jądowego i ochrony radiologicznej, których ważność upływa w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii albo w okresie 30 dni następujących po ich odwołaniu, zachowują ważność przez okres kolejnych 18 miesięcy od dnia upływu terminu ich ważności.

Ustawa wprowadza również zmiany między innymi w następujących ustawach:

W Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Lekarz może udzielić upoważnienia do wystawiania elektronicznych: recept, zleceń na zaopatrzenie i zleceń naprawy lub skierowań, a także do dokonywania wpisów w Karcie Szczepień, w jego imieniu osobie wykonującej:

- zawód medyczny,
- czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Osoby upoważnione mogą być dopuszczone do przetwarzania danych osobowych zawartych w tych dokumentach po wydaniu im przez podmiot wykonujący działalność leczniczą upoważnienia do przetwarzania danych osobowych. Osoby te mogą być obecne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz są obowiązane do zachowania poufności wszelkich informacji i danych uzyskanych w związku z wystawianiem recepty, skierowania, zlecenia na zaopatrzenie lub zlecenia naprawy, a także w związku z dokonaniem wpisu w Karcie Szczepień. Obowiązek zachowania poufności obowiązuje również po śmierci pacjenta.

Upoważnienie może być udzielone na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy, przy czym po upływie tego okresu można udzielić kolejnych upoważnień na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy. Upoważnienie to może być w każdym czasie cofnięte przez lekarza lub podmiot wykonujący działalność leczniczą. Cofnięcie upoważnienia przez podmiot wykonujący działalność leczniczą następuje po uprzednim uzgodnieniu z lekarzem.

Od dnia udzielenia upoważnienia do dnia jego cofnięcia albo wygaśnięcia osoba upoważniona jest obowiązana do zapewnienia zgodności danych zamieszczonych na tych receptach, skierowaniach, zleceniach i w Karcie Szczepień z danymi zawartymi w dokumentacji medycznej.

Udzielanie upoważnień następuje za pośrednictwem Rejestru Asystentów Medycznych. Upoważnienie do wystawiania recept, zleceń na zaopatrzenie, zleceń naprawy i skierowań, a także do dokonywania wpisów w Karcie Szczepień obowiązuje od dnia następującego po dniu jego udzielenia albo od wprowadzonej przez wystawiającego daty obowiązywania upoważnienia – w zależności, która z okoliczności nastąpi później.

Elektroniczna dokumentacja medyczna jest podpisywana przez pracownika medycznego lub osobę przez niego upoważnioną kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez ZUS.

W Karcie Szczepień mogą być dokonywane również wpisy o szczepieniach wykonanych przed dniem wejścia w życie ustawy, na podstawie dokumentacji medycznej potwierdzającej wykonanie danego szczepienia.

Minister zdrowia podaje do publicznej wiadomości, ogłaszając na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej obsługującego go urzędu oraz w dzienniku urzędowym, informację o uruchomieniu możliwości dokonywania w Karcie Szczepień wpisów o szczepieniach wykonanych przed dniem wejścia w życie ustawy i wystawiania upoważnień do wystawiania zleceń na wyroby medyczne oraz dokonywania wpisów w Karcie Szczepień, nie później niż do 31 grudnia 2021 r.

W Ustawie o publicznej służbie krwi

W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii:

- honorowemu dawcy krwi, który oddał krew lub jej składniki, w tym osocze po chorobie COVID-19, przysługuje zwolnienie od pracy oraz zwolnienie od wykonywania czynności służbowych w dniu, w którym oddał krew lub jej składniki, oraz w dniu następnym;
- honorowemu dawcy krwi, który oddał co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocze po chorobie COVID-19, przysługuje ulga w wysokości 33% na przejazdy w komunikacji krajowej środkami publicznego transportu zbiorowego.

W Ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach mają, przez 12 miesięcy od dnia wystawienia zaświadczenia, dawcy krwi, którzy oddali co najmniej 3 donacje krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie COVID-19.

Powyższe uprawnienie przysługuje także przez okres 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy w przypadku oddania przed tym dniem krwi lub jej składników, w tym osocza po chorobie COVID-19, jeżeli liczba donacji wynosi 3 i zostało wydane zaświadczenie.

W Ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Osoba przeprowadzająca:

- lekarskie badanie kwalifikacyjne,
- szczepienie ochronne – może dokonywać wpisu do Karty Szczepień prowadzonej w postaci elektronicznej w systemie teleinformatycznym – Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych.

W przypadku gdy osoba przeprowadzająca lekarskie badanie kwalifikacyjne dokonała wpisu o tym badaniu do Karty Szczepień, nie wystawia się zaświadczenia ze wskazaniem daty i godziny przeprowadzonego badania.

Zaświadczenie o wykonaniu szczepienia wydane w postaci elektronicznej udostępnia się w Internetowym Koncie Pacjenta osoby poddanej udostępnieniu. Na żądanie tej osoby zaświadczenie o wykonaniu szczepienia wydaje się także w postaci papierowej.

W przypadku dokonania wpisu o szczepieniu w Karcie Szczepień nie jest wymagane dokonanie:

- tego samego wpisu w karcie uodpornienia,
- wpisu o szczepieniu w wykazie zabiegów.

Osoby wykonujące zawód medyczny mają dostęp do jednostkowych danych medycznych osoby poddanej szczepieniu dotyczących przeprowadzonego szczepienia. W tym przypadku nie jest wymagana zgoda osoby poddanej szczepieniu lub jej przedstawiciela ustawowego.

W przypadku wystąpienia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, wykonanie szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 jest poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do jego wykonania.

W przypadku wystąpienia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 przeprowadzają:

- lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, felczerzy i ratownicy medyczni;
- fizjoterapeuci, farmaceuci, higienistki szkolne i diagności laboratoryjni, posiadający kwalifikacje określone w przepisach wydanych przez ministra zdrowia.

Do szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 nie stosuje się przepisów dotyczących zalecanych szczepień ochronnych, w przypadku wystąpienia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19. W takim przypadku zakup szczepionek przeciwko COVID-19 oraz koszty przeprowadzania szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 są finansowane ze środków publicznych.

Szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 są przeprowadzane na podstawie skierowania w postaci elektronicznej, które jest wystawiane przez:

- system teleinformatyczny – Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych,
- lekarza za pośrednictwem powyższego systemu.

Skierowanie jest ważne przez 90 dni od dnia jego wystawienia. Po wykonaniu szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 albo podaniu pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19 punkt szczepień dokonuje zmiany statusu informacji skierowania w systemie teleinformatycznym.

Tworzy się centralny elektroniczny system rejestracji na szczepienia ochronne przeciwko COVID-19, w którym są przetwarzane:

- informacje niezbędne do przeprowadzania tych szczepień,
- dane osoby poddawającej się tym szczepieniom: imię i nazwisko, numer PESEL, numer i seria dokumentu tożsamości, numer telefonu, adres poczty elektronicznej, adres miejsca zamieszkania oraz jednostkowe dane medyczne tej osoby;
- dane zawarte w skierowaniu.

Do systemu rejestracji dane o planowanych szczepieniach ochronnych przeciwko COVID-19:

- wprowadza administrator systemu teleinformatycznego – Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych;
- wprowadza się w ramach działalności:
 - * usługodawcy wystawiającego skierowanie,
 - * punktu szczepień.

Do systemu rejestracji dane o przeprowadzanych szczepieniach ochronnych przeciwko COVID-19 wprowadza się w ramach działalności punktu szczepień.

Administratorem danych zawartych w systemie rejestracji jest minister zdrowia. Obsługę techniczną systemu rejestracji zapewnia jednostka podległa ministrowi zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

W zakresie kierowania na szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 system rejestracji korzysta z danych oraz usług dostarczanych przez System Informacji Medycznej, dziedziczne systemy teleinformatyczne oraz rejestry medyczne.

Dane dotyczące szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 zawarte w systemie rejestracji, w tym jednostkowe dane medyczne, są przekazywane do systemu teleinformatycznego w celu prezentowania ich w Internetowym Koncie Pacjenta oraz monitorowania przebiegu szczepień.

Jednostka podległa ministrowi zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia udostępnia dane o szczepieniach NFZ w celu kontrolowania i rozliczania udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Rejestracja na wykonanie szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 następuje w systemie rejestracji po udostępnieniu imienia i nazwiska oraz numeru PESEL osoby poddawanej temu szczepieniu, a w przypadku jego braku – numeru i serii dokumentu tożsamości wskazanego na skierowaniu, za pośrednictwem:

- Internetowego Konta Pacjenta lub telefonicznie,
- usługodawcy wystawiającego skierowanie,
- punktu szczepień.

Podczas rejestracji na wykonanie szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 osoba poddawana temu szczepieniu może przekazać numer telefonu lub adres poczty elektronicznej. W takim przypadku informacja o terminie i miejscu szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 jest przekazywana przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, w postaci wiadomości tekstowej na ten numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (**od 27 grudnia 2020 r.**).

27 stycznia 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 166 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 stycznia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje.

28 stycznia 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 183 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 20 stycznia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zdrowiu publicznym.

29 stycznia 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 199 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 stycznia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, uprawniającej do dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką.

29 stycznia 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 200 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 stycznia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej.

30 stycznia 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 stycznia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 207.

Dotychczasowy termin obowiązywania ograniczeń, nakazów i zakazów (31 stycznia 2021 r.), ze wskazanymi wyjątkami, został określony na **14 lutego 2021 r.**

Wprowadzone zostały następujące zmiany w szczepieniach ochronnych przeciwko COVID-19 **w ramach etapu „0”**:

- nauczyciele akademicki zatrudnieni w uczelni medycznej albo w innej uczelni prowadzącej zajęcia na kierunkach przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego oraz doktoranci i studenci tych uczelni biorący udział, zgodnie z programem studiów, w zajęciach z udziałem pacjentów lub w trakcie których następuje kontakt z biologicznym materiałem zakaźnym;

oraz **w ramach etapu „I”**:

- osoby urodzone po 1961 r. z następującymi stanami zwiększającymi ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19:
 - * dializowane z powodu przewlekłej niewydolności nerek lub
 - * z chorobą nowotworową, u których po 31 grudnia 2019 r. prowadzono leczenie chemioterapią lub radioterapią lub
 - * poddawane przewlekłej wentylacji mechanicznej lub
 - * po przeszczepach komórek, tkanek i narządów, u których prowadzono leczenie immunosupresyjne.

Minister zdrowia informuje podmioty, w których przebywają albo są zatrudnione lub pełnią służbę osoby uprawnione do szczepień w ramach etapu „I”, o możliwości wystawienia skierowania na szczepienie przeciwko COVID-19. »



29 stycznia 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 195 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 20 stycznia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

3 lutego 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 200 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 26 stycznia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie postępowania ze środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi, ich preparatami, prekursorami kategorii 1, środkami zastępczymi lub nowymi substancjami psychoaktywnymi w przypadku prowadzenia badań lub szkoleń.

3 lutego 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 226 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 stycznia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie systemów wymiany informacji w zakresie dotyczącym zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

4 lutego 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2021 r. w sprawie wzoru oświadczenia o braku konfliktu interesów dla kandydatów na członków Komisji Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia oraz jej członków, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 233.

4 lutego 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 231.

Teleporada jest realizowana nie później niż w pierwszym dniu roboczym następującym po dniu zgłoszenia się pacjenta do świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, systemu łączności lub osobistego albo w późniejszym terminie ustalonym w porozumieniu z pacjentem lub jego opiekunem ustawowym.

4 lutego 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 240 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 stycznia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala.

4 lutego 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 241 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 stycznia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie sposobu wydawania i określenia wzoru poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

6 lutego 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 5 lutego 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 253.

Wprowadzone zostały następujące zmiany w szczepieniach ochronnych przeciwko COVID-19 **w ramach etapu „I”**:

- nauczyciele, wychowawcy i inni pracownicy pedagogiczni, osoby prowadzące zajęcia rozwijające zainteresowania, pomoc nauczyciela i pomoc wychowawcy, zatrudnieni w przedszkolu, innej formie

wychowania przedszkolnego, szkole lub placówce działającej w systemie oświaty, a także instruktorzy praktycznej nauki zawodu prowadzący zajęcia praktyczne, osoby pracujące z dziećmi w placówce opiekuńczo-wychowawczej, w regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej, w interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym oraz w ramach form opieki nad dziećmi w wieku do lat 3.

6 lutego 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 249.

6 lutego 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 252.

10 lutego 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 263.

Należność dla danego zakresu świadczeń rozliczanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej za okresy sprawozdawcze w okresie od 1 stycznia do 31 marca 2021 r., może być ustalona jako kwota nie większa niż 70% iloczynu odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń.

W przypadku zakresów świadczeń dla dzieci realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, należność za okresy sprawozdawcze w okresie od 1 stycznia do 31 marca 2021 r., może być ustalona jako kwota iloczynu odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń.

Ustalenie należności następuje na wniosek świadczeniodawcy.

Należność ustalona w powyższy sposób nie obejmuje należności uwzględnianych przy wyliczaniu opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w przepisach ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

10 lutego 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 265 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

11 lutego 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 276 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22 stycznia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

11 lutego 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 268 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22 stycznia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego.

12 lutego 2021 r. weszła w życie Ustawa z dnia 21 stycznia 2021 r. o zmianie ustawy o służbie więziennej, ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, opublikowana w Dz. U. z 2021 r., poz. 180.

Ustawa wprowadza zmiany w ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

W okresie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, dyrektor generalny służby więziennej może określić, w drodze zarządzenia, czasowe cele, strukturę organizacyjną i zadania podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności. Statut podmiotu leczniczego ulega zawieszeniu.

W powyższym okresie badaniom kontrolnym podmiotowym (wywiad chorobowy) i przedmiotowym (fizykalnym) poddaje się osobę pozbawioną wolności przed jej zwolnieniem z zakładu karnego, a osobę pozbawioną wolności przed jej przetransportowaniem tylko wtedy, gdy według oceny personelu medycznego stan zdrowia osoby pozbawionej wolności tego wymaga lub osoba pozbawiona wolności zgłasza dolegliwości zdrowotne.

Lekarz podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności może udzielić porady lekarskiej oraz zlecić wykonanie badania (w tym badania kontrolnego), nie mając bezpośredniego kontaktu z pacjentem.

12 lutego 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 lutego 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 267.

Dotychczasowy termin obowiązywania ograniczeń, nakazów i zakazów (14 lutego 2021 r.), ze wskazanymi wyjątkami, został określony na **28 lutego 2021 r.**

Do odwołania warunkiem rozpoczęcia:

- leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej,
- świadczeń uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego dzieci wykonywanego pod opieką dorosłych – jest negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 pacjenta oraz opiekuna dziecka, z materiału pobranego w terminie nie wcześniejszym niż 6 dni przed terminem rozpoczęcia leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej albo zaszczepienie się pacjenta lub opiekuna dziecka przeciwko COVID-19.

Podstawą do wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 finansowanego ze środków publicznych jest skierowanie na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, potwierdzone przez oddział wojewódzki NFZ.

Do skierowań na turnusy rozpoczynające się w marcu 2021 r., potwierdzonych przez oddział wojewódzki NFZ, nie stosuje się terminu doręczenia świadczeniobiorcy potwierdzonego skierowania (**od 11 marca 2021 r.**).

Wprowadzone zostały następujące zmiany w szczepieniach ochronnych przeciwko COVID-19 **w ramach etapu „0”**:

- urzędowni lekarze weterynarii oraz osoby zatrudnione w Inspekcji Weterynaryjnej, wykonujące czynności związane z kontrolą występowania zakażenia SARS-CoV-2 u norek i zwalczaniem ognisk tej choroby.

Minister zdrowia podaje do publicznej wiadomości na stronie internetowej urzędu obsługującego tego ministra oraz w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej informację o dacie rozpoczęcia szczepienia osób wchodzących w skład grup wymienionych w rozporządzeniu.

15 lutego 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 290 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

17 lutego 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne przeciwko COVID-19, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 293.

Fizjoterapeuci, farmaceuci, higienistki szkolne i diagnostki laboratoryjne, posiadający odpowiednie kwalifikacje, **przeprowadzają szczepienie ochronne przeciwko COVID-19**, jeżeli:

- uzyskali dokument potwierdzający ukończenie szkolenia:
 - * teoretycznego, dostępnego na platformie e-learningowej CMKP oraz
 - * praktycznego, którego program zatwierdziło CMKP, obejmujące naukę podania szczepionki w postaci iniekcji domięśniowej oraz podjęcia działań w przypadku wystąpienia nagłej reakcji alergicznej lub innego stanu zagrożenia życia pacjenta następującego bezpośrednio po przeprowadzeniu szczepienia, realizowanego w warunkach symulowanych w CMKP lub uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku lekarskim, pielęgniarstwie albo
- są uprawnione do przeprowadzenia szczepień obowiązkowych zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych.

18 lutego 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 302.

Skierowanie na szczepienie przeciwko COVID-19 zawiera oznaczenie pacjenta kierowanego na szczepienie: nazwisko i imię (imiona), datę urodzenia, wiek, płeć, adres miejsca zamieszkania, adres miejsca pobytu na terytorium RP lub adres miejsca zameldowania, jeżeli posiada, numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, dane kontaktowe (numer telefonu lub adres poczty elektronicznej), jeżeli posiada.

Uchyla się przepis stanowiący, że skierowanie na szczepienie przeciwko COVID-19 jest ważne przez okres 60 dni od dnia jego wystawienia.

Karta Szczepień zawiera m.in. oznaczenie pacjenta w sposób określony na wstępie.

Uchyla się przepis stanowiący, że Karta Szczepień jest prowadzona w postaci elektronicznej w systemie teleinformatycznym.

Osoby przeprowadzające lekarskie badanie kwalifikacyjne albo szczepienie ochronne w zakresie szczepień przeciwko COVID-19 dokonują wpisów do Karty Szczepień.

Uchyla się przepis stanowiący, że zaświadczenie o wykonaniu szczepienia wydane w postaci elektronicznej udostępnia się w Internetowym Koncie Pacjenta osoby poddanej szczepieniu. Na żądanie tej osoby zaświadczenie o wykonaniu szczepienia wydaje się także w postaci papierowej.

20 lutego 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 279.

Zmianie uległ załącznik do rozporządzenia zawierający wykaz czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym. ■



Koniec stycznia 2021 roku zapisał się na kartach historii dolnośląskiej onkologii złotymi zgłoskami. Lekarze z Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi 4. WSK przeprowadzili pierwszy w województwie zabieg onkologiczny z jednoczesną rekonstrukcją płatem unaczynionym. Skomplikowana operacja, trwająca prawie 13 godzin, rozpoczęła nowy etap onkologicznej chirurgii rekonstrukcyjnej w naszym województwie. Pacjentem był 62-letni mężczyzna, mieszkaniec Głogowa z rozległym nowotworem w obrębie żuchwy. U chorego konieczne okazało się usunięcie połowy żuchwy wraz z dnem jamy ustnej i policzkiem, a następnie odtworzenie ubytków fragmentami kości, mięśni i skóry z podudzia. O przebiegu zabiegu, a także największych wyzwaniach, z którymi musiał zmierzyć się zespół, opowiadają jego członkowie: płk dr n. med. Szczepan Barnaś, dr n. med. Monika Rutkowska, ppłk. lek. Mariusz Kiszka oraz lek. Krzysztof Pakulski.

Aleksandra Sołtys: Jaki był skład wielospecjalistycznego zespołu operacyjnego?

Dr n. med. Monika Rutkowska: Zespół onkologiczny to bardzo duża grupa ludzi. Świadomość, że w ogóle jesteśmy w stanie pacjentowi pomóc, jak również późniejsze nakierowanie całego planu leczenia, zawdzięczamy patomorfologowi. Głowa i szyja to obszar specyficzny, ponieważ oprócz klasycznych zmian, występują zmiany wywodzące się z zębów, które również mogą być złośliwe, dlatego potrzebny jest naprawdę wybitny patomorfolog i właśnie taką osobę udało nam się pozyskać. W skład zespołu wchodzi również chirurg, otolaryngolog, instrumentariuszki, anesteziolodzy i pielęgniarki anesteziologiczne, którzy zajmują się pacjentem w trakcie i w pierwszych dobach po zabiegu, pielęgniarki, opiekunki medyczne, rehabilitanci, psycholodzy oraz psychiatrzy. W przypadku tego typu zabiegów bardzo dużo zależy także od samego pacjenta. Jeżeli nie będzie on chciał z nami współpracować, poddawać się rehabilitacji i higienizacji, efekt operacji zawsze będzie słabszy.

Ppłk. lek. Mariusz Kiszka: Na wynik patomorfologiczny czekają też radiolodzy opisujący badania obrazowe, które bezwzględnie są potrzebne dla całego zespołu. Niezwykle ważny jest również czas od wykonania badania do podjęcia leczenia decydującego, tj. przeszczepu, ponieważ w onkologii dwa tygodnie potrafią zmienić sytuację zdrowotną diametralnie. W momencie, kiedy jeszcze nie wiemy, czy pacjent kwalifikuje się do operacji czy, niestety, już nie, presja czasu jest ogromna, a zgranie całego zespołu do pracy trudne, choć oczywiście możliwe.

A.Sz.: Jak przebiegało postępowanie przygotowawcze do zabiegu?

Płk dr n. med. Szczepan Barnaś: Rekonstrukcja dolnego piętra twarzy ze struktur podudzia – a taki właśnie zabieg wykonaliśmy – jest zabiegiem o najwyższym stopniu trudności. Samo przygotowanie do zabiegu zajęło dużo czasu. Musieliśmy zgromadzić potrzebne badania i materiały, jak np. płyty rekonstrukcyjne. Na podstawie badań radiologicznych wydrukowaliśmy żuchwę pacjenta, do której kształtu doginaliśmy płyty tytanowe użyte podczas zabiegu. Gdy na sali operacyjnej zgromadziliśmy cały potrzebny sprzęt, mikroskopy, dwa zespoły chirurgiczne z instrumentariuszkami, okazało się, że praktycznie nie ma miejsca na nic więcej.

Szansa na c



Lek. Krzysztof Pakulski: Wśród tego wszystkiego musieli się jeszcze znaleźć anesteziolodzy. Od ich pracy zależy, czy płat unaczyniony podejmie funkcję. Każdy w takim zespole wypełnia swoją rolę i musi być niezwykle skupiony.

A.Sz.: Jakie były poszczególne etapy prawie trzydniowej operacji?

M.K.: Pojedynczych fragmentów nie da się wyodrębnić, ponieważ cały zabieg przebiega równolegle.

K.P.: Muszą być dwa zespoły: pierwszy, który wycina guza i drugi, który pobiera materiał do rekonstrukcji, a następnie materiał ten wszczepia.

Sz.B.: Zazwyczaj jest tak, że osoby, które zajmują się rekonstrukcją, nie zajmują się usuwaniem guza. W Polsce jest kilkanaście osób, które mają uprawnienia i realną wiedzę w preparowaniu płatów unaczynionych, a w zakresie głowy i szyi jest to grupa 3-4 lekarzy, którzy zasilają większość ośrodków i między nimi się przemieszczają.

Sam zabieg usunięcia guza trwał prawie 5 godzin. Etap poświęcony wprowadzeniu przeszczepu do loży jest bardzo trudny, a godzina jego wykonywania późna, bowiem zespół rekonstrukcyjny czeka na efekt pracy zespołu resekcyjnego – my przygotowujemy im łożę, preparujemy naczyń, do których oni muszą się podłączyć.

K.P.: Ostateczny zakres ubytku, który powstanie, jest trudny do przewidzenia dla obydwu zespołów. Oczywiście na podstawie badań obrazowych zawsze analizujemy go przed zabiegiem, niemniej jednak często guz okazuje się inny niż przewidywaliśmy.

Sz.B.: Ocena prawidłowości resekcji jest kluczowym momentem zabiegu onkologicznego i jest to etap, w którym ponownie wkracza patomorfolog. Śródzabiegowo ocenia cały preparat i informuje nas, czy usunęliśmy guz radykalnie także mikroskopowo.

M.R.: W międzyczasie musimy cały czas preparować naczyń pod kątem drugiego zespołu. Jeden zespół prze-



Fot. z archiwum szpitala

chodzi w miejsce drugiego, anestezjologdy i pielęgniarki także się rotują. Jest też wiele newralgicznych momentów, np. gdy pacjentowi spada ciśnienie, nie możemy kontynuować wszywania naczyń.

A.Sz.: Jak często wykonywane są w Polsce tego typu operacje? Z jakimi problemami musi się mierzyć na co dzień zespół operacyjny?

M.R.: Przynajmniej połowa dużych ośrodków onkologicznych w Polsce wykonuje zabiegi rekonstrukcyjne. Najbardziej znanym ośrodkiem jest gliwicka Klinika Chirurgii Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej z prof. dr. hab. Adamem Maciejewskim na czele – zespół od lat ukierunkowany na tego typu operacje. Pozostałe większe ośrodki w Polsce, jak na przykład Oddział Chirurgii Szczękowej w Szpitalu Rydygiera w Krakowie, nie wykonują więcej niż dwóch tak dużych rekonstrukcji w miesiącu, ponieważ jest to ogromny wysiłek dla całego zespołu, również pod względem logistycznym. Mniejsze zabiegi procedowane są częściej.

Kolejne utrudnienie – w ramach karty DiLO wyniki badań wpływają do nas nawet po miesiącu od rozpoznania. Nie można procedować tego szybciej i nie jest to kwestia sytuacji epidemiologicznej. Zbyt wiele czynników sprawia, że minimalny czas, po którym możemy uzyskać wyniki badań, wynosi 6 tygodni. Na to wszystko nakłada się zintensyfikowana praca OIOM-u, bez którego te zabiegi nie mają racji bytu. Bez uzgodnienia terminu z intensywiastami nie jesteśmy w stanie przeprowadzać zabiegów, a obecnie intensywne terapie są obłożone z powodu COVID-19. Dlatego zasada „im szybciej, tym lepiej” w naszym systemie, z różnych przyczyn, nie jest możliwa.

M.K.: Obecnie pacjenci boją się trafić do szpitala, a jak już trafiają, duża część z nich jest nieoperacyjna. Niestety, wykonując diagnostykę obrazową i oceniając klinicznie pacjenta niejednokrotnie dochodzimy do wniosku, że pozostaje tylko leczenie paliatywne.

A.Sz.: Jak pandemia koronawirusa wpłynęła na diagnostykę i leczenie pacjentów Państwa specjalizacji?

Sz.B.: Do realiów funkcjonowania w czasach pandemii musimy cały czas się przyzwyczajać. Problem jest inny, a mianowicie okno serologiczne u pacjenta, który jest zakażony, sprawia, że otrzymujemy ujemny wymaz, a pacjent ma już rozwijającą się infekcję. Na to nałożyły się zwolnienia starszego personelu, a z kolei tym, którzy pozostali, powierzono zbyt

wiele obowiązków. To wszystko sprawia, że coraz więcej ośrodków, które do tej pory wykonywały drobne zabiegi, zawiesza swoją działalność.

K.P.: Dotychczas mniejsze ośrodki zajmowały się drobnymi zabiegami, a my mogliśmy wykonywać wysoce specjalistyczne procedury. Obecnie są do nas przywożeni pacjenci z terenów graniczących z naszym województwem, np. na tracheotomię.

M.R.: Sytuacja epidemiologiczna jest dla nas dramatycznie trudna, ponieważ każdy zamykający się mały szpital, oddział, czy mała poradnia sprawia, że ci wszyscy pacjenci zwracają się o pomoc do nas.

M.K.: Jest jeszcze inna kwestia, której bardzo się obawiam i myślę, że nie jestem w tym osamotniony – zaniedbania onkologiczne okresu pandemii wcześniej czy później ujawnią się w zatrażającej skali.

A.Sz.: Jakie czynniki mogą uniemożliwić przeprowadzenie operacji?

Sz.B.: Samo przykrycie ubytku nie oznacza prawidłowego funkcjonowania pacjenta. Obecnie standardem światowym jest quality of life – jeżeli nie można pacjentowi zapewnić jakości życia, nie operuje się go.

K.P.: Nie każdego guza możemy wyleczyć. Ważny jest wynik histopatologiczny, na podstawie którego podczas konsylium wraz z różnymi specjalistami podejmuje się decyzje, co jest interdyscyplinarnym podejściem do tematu.

M.R.: Są sytuacje, niezależnie jak duży jest guz, w których pacjent nie przeżyje bez leczenia chirurgicznego, a żadna z innych terapii nie da efektu. Jest to grupa pacjentów, przy których alternatywy od leczenia chirurgicznego nie ma. Ostatnio mieliśmy do czynienia z wieloma pacjentami po 80 r.ż. z dużymi zmianami i po rozmowach o tym, jak obciążający byłby to zabieg, bo na przykład nacieki dotyczyły kości. Część z tych pacjentów nie zdecydowała się na operację. I ci pacjenci mają rację, ponieważ w naszych »



realiach nie możemy im zaproponować rekonstrukcji, bo do tego potrzebny jest pacjent silny i wydolny.

K.P.: Także choroby współwystępujące nierzadko dyskwalifikują pacjenta. My musimy przedstawić pacjentowi możliwy negatywny scenariusz i to są bardzo trudne rozmowy – z nim, z jego rodziną. Czasami wydaje się nam, że przekazaliśmy wszystkie niezbędne informacje, a jednak po zabiegu pacjent ma depresję, bo konsekwencje zabiegu go przerastają.

M.K.: Do kwestii zapewnienia podstawowych funkcji życiowych pacjenta jak np. jedzenie czy oddychanie dochodzi też element estetyczny.

K.P.: Poza tym w obrębie twarzy występuje swoista trudność anatomiczna – naczynia i nerwy ważne dla późniejszych funkcji ośrodkowego układu nerwowego, dlatego, jeżeli się da, musimy je oszczędzić.

M.K.: Występuje więc konflikt interesów, bo musimy zabrać maksymalnie dużo, anatomia nie zawsze nam na to pozwala w stopniu, jaki byśmy chcieli. A oprócz tego jest jeszcze pacjent, który nie do końca rozumie, że mimo stosunkowo niewielkiego guza, wyciąć należy też potrzebny margines.

A.Sz.: Wiadomo, że dotychczas wykonywano już w Polsce zabiegi onkologiczne z jednoczesną rekonstrukcją. Państwa operacja była pierwszą na Dolnym Śląsku. Z czego wynikało to opóźnienie względem innych regionów? Ostatecznie co umożliwiło przeprowadzenie tego typu zabiegu?

M.R.: Możliwość przeprowadzenia tej operacji była wynikiem połączenia Oddziałów Chirurgii Szczękowej i Laryngologii w jedną Klinikę.

K.P.: Dokładnie tak, to połączenie było momentem, w którym uznaliśmy, że możemy naszą współpracę rozszerzyć o takie właśnie zabiegi.

M.R.: Wtedy rozpoczęło się poszukiwanie do naszego zespołu osoby, która zajmuje się przygotowaniem płatów unaczynionych. Mimo pandemii udało nam się ściągnąć dr. n. med. Bartosza Mańkowskiego, wybitnego specjalistę, który zdobywał doświadczenie m.in. w Korei, a teraz dzieli się nim także z nami. Następnie rozpoczęło się poszukiwanie pacjenta, który będzie odporny psychicznie, nie będzie obciążony, zadeklaruje chęć poddania się zabiegowi itd. Udało się znaleźć odpowiednią osobę, a w przygotowywaniu są już następni pacjenci.

Tak naprawdę podjęliśmy się tej operacji, ponieważ pracujemy razem od wielu lat, przy zabiegu znamy każdy swój ruch i jesteśmy w stanie wytrzymać ze sobą kilkanaście godzin, a potem należycie zająć się pacjentem. Były też duże naciski ze strony Dolnośląskiego Centrum Onkologii, jako że jesteśmy jednym z większych województw w Polsce, a pacjenci z zakresu głowy i szyi nie mogli uzyskać pomocy jednocześnie.

K.P.: To nie jest tak, że na Dolnym Śląsku nie robiło się zabiegów rekonstrukcyjnych, przykładem jest chociażby Polanica-Zdrój. Ważne jest to, że tych zabiegów nie robiło się jednocześnie, ponieważ wymagało to ośrodka, w którym można byłoby skupić wielu specjalistów.

Sz.B.: O rekonstrukcjach myślałem już 10 lat temu, jeszcze jako ordynator laryngologii, jednak problem pojawił się na etapie opieki pozabiegowej. Dlatego trzeba podkreślić, że nasze plany stały się możliwe dzięki dr. Jarosławowi Jancowi, kierownikowi Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

K.P.: Niewątpliwie niezbędna jest chęć współpracy zespołu anestezjologicznego w okresie pozabiegowym. W dobie pandemii wygospodarowanie łóżka dla pacjenta jest nie lada wyczynem.

M.K.: Pomysł rodził się od wielu lat, więc właściwie był to wieloetapowy proces. Różne elementy, które zostały spięte dzięki koordynacji Moniki i Szczepana, umożliwiły przeprowadzenie tej pierwszej operacji. Zadecydował przede wszystkim czynnik ludzki, a więc czyjeś zaangażowanie, chęci i poświęcony czas.

M.R.: Myślę, że najważniejsze jest to, że gramy zespołowo, że dyskutujemy, zastanawiamy się, rozmawiamy o pacjencie i operacji.

M.K.: I często też mamy dylematy. To nigdy nie są sytuacje zero-jedynkowe, a problemów, z którymi musimy się mierzyć, jest wiele.

A.Sz.: Jakim powodzeniem wśród studentów medycyny cieszą się specjalizacje chirurgiczne?

M.R.: Zauważalna jest coraz mniejsza liczba chętnych na specjalności zabiegowe, które, oprócz odpowiedzialności, wymagają od lekarzy ogromnego wysiłku, poświęcenia, często rezygnacji z rodziny. Dodatkowo coraz to nowsze zapisy prawne sprawiają, że lekarzowi niejednokrotnie trudno jest się wypłatać z oskarżeń pacjenta, co również jest czynnikiem zniechęcającym potencjalnego kandydata.

K.P.: Sama specjalizacja trwa minimum 5 lat, a jej zdobycie nie jest równoznaczne z umiejętnością samodzielnego wykonywania zabiegów, ponieważ to są kolejne lata zdobywania doświadczenia.

Sz.B.: Przekonanie młodych osób, żeby chciały się w to zaangażować i poświęcić swoją codzienność, jest bardzo trudne.

M.K.: Chętnych do pracy w ciężkiej chirurgii brak, w ośrodkach powiatowych brakuje też ludzi, dlatego niejednokrotnie te ośrodki są zamykane, co jest dużym problemem dla pacjentów dojeżdżających. Dla niektórych z nich aspekt logistyczny jest czynnikiem decydującym o rezygnacji z leczenia.

K.P.: Jeżeli taki pacjent nie jest regularnie kontrolowany, to zgłasza się do nas dopiero, gdy sam zauważy niepokojące objawy, a wtedy najczęściej już jest za późno.

M.R.: Niestety, coraz częściej jest tak, że pacjenci z mniejszych miejscowości są przyjmowani przez nas wcześniej, aby ich odpowiednio przygotować do zabiegu, ponieważ np. lekarz POZ nie jest w stanie ustabilizować ciśnienia lub nie zleca wymaganych badań, a to z kolei blokuje miejsca na oddziale dla kolejnego pacjenta.

K.P.: Dostęp do specjalistów w ramach NFZ jest mocno ograniczony, więc jeżeli pacjent ma problemy z tarczycą, a oczekiwanie na wizytę u endokrynologa trwa kilka miesięcy, to jest to zderzenie ze ścianą.

A.Sz.: W chirurgii rekonstrukcyjnej pacjent sam dla siebie jest dawcą. Jakie są jego oczekiwania względem efektu końcowego zabiegu?

M.R.: Przede wszystkim pacjent nie ma świadomości, że nigdy już nie będzie wyglądał tak, jak przed operacją. Niezależnie od swojego optymizmu i przygotowania psychologicznego, a także naszego zadowolenia z końcowych rezultatów, bo wiemy, że zabieg wyszedł dobrze, że jest możliwość kontynuacji leczenia, że płat jest idealnie wygojony, nie ma przetok i infekcji, na sam koniec pacjent i tak z niezadowoleniem spogląda w lustro. Po drugie, pacjenci oczekują realiów z Leśnej Góry i całodobowej indywidualnej opieki rehabilitanta i psychologa. Niestety, ale w warunkach polskiej służby zdrowia nie jesteśmy w stanie spełnić tych oczekiwań.

K.P.: Decydując się na takie przedsięwzięcie, bierzemy pełną odpowiedzialność za to, co robimy.

M.K.: Jeśli wypadnie choć jeden konieczny element, pojawia się efekt domina, a ostateczny cel, który chcemy osiągnąć, czyli skuteczne zoperowanie pacjenta z przedłużeniem mu komfortu i jakości życia, po prostu się rozpada.

O ROZMÓWCACH

ŁK DR N. MED. SZCZEPAN BARNAŚ

Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi 4. WSK

DR N. MED. MONIKA RUTKOWSKA

Zastępca kierownika Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi 4. WSK, konsultant wojewódzki ds. chirurgii szczękowo-twarzowej dla województwa dolnośląskiego

PPŁK. LEK. MARIUSZ KISZKA

Ordynator Klinicznego Oddziału Otolaryngologicznego 4. WSK

LEK. KRZYSZTOF PAKULSKI

Kierownik Klinicznego Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej 4. WSK



ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1968

UWAGA!!! ZMIANA TERMINU SPOTKANIA!!!

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie absolwentów Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 17-19 września 2021 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Za Komitet Organizacyjny
Krystyna Czernik, Wojciech Durek,
Andrzej Karmowski, Bogusław Kudyba,
Wanda Poradowska-Jeszek,
Wacław Weyde, Krzysztof Wronecki

JUBILEUSZOWY ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1970

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 12 czerwca 2021 r. (sobota) we Wrocławiu.

Za Komitet Organizacyjny
Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska,
Henryk Lisiak

JUBILEUSZOWY ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1971

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na uroczyste obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 8 maja 2021 r. (sobota) we Wrocławiu.

Za Komitet Organizacyjny
Krzysztof Bąk, Bogdan Durynek,
Magdalena Koziorowska,
Wanda Man-Widerska, Alicja Marczyk-Felba

ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1976

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 45-lecia ukończenia Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 11-12 czerwca 2021 r. we Wrocławiu.

Za Komitet Organizacyjny
Krystyna Awzan (Ślusarek), Lucjan Ilnicki

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1977

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 21-23 maja 2021 r. w Kudowie-Zdroju (Hotel Kudowa**** Manufaktura Relaksu, ul. Pogodna 16, 57-350 Kudowa-Zdrój).

Za Komitet Organizacyjny
Andrzej Bugajski,
Jolanta Kasperkiewicz-Skałeczka,
Małgorzata Rudnicka, Danuta Sidor

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1981

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 17-19 września 2021 r. w hotelu „Las” (58-573 Piechowice, Turystyczna 8).

Za Komitet Organizacyjny
Adam Ciemięga,
Halina Dembolecka-Ciemięga,
Mariusz Markuszewski, Mariola Sędzimirka

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1985

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 35-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 28-30 maja 2021 r. w Ośrodku Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Za Komitet Organizacyjny
Jacek Chodorski, Dorota Radziszewska,
Andrzej Stawarski

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1985

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 35-lecia ukończenia Wydziału Stomatolo-

gicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 14-16 maja 2021 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Tarasy Wang w Karpaczu (Na Śnieżkę 3, 58-540 Karpacz).

Za Komitet Organizacyjny
Aneta Łojewska, Waldemar Jarosiewicz

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1990

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 4-6 czerwca 2021 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Za Komitet Organizacyjny
Wojciech Apoznański, Ewa Willak-Janc,
Teresa Żak (Biercewicz)

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1994

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 18-20 czerwca 2021 r. w Kudowie-Zdroju (hotel Kudowa**** Manufaktura Relaksu, ul. Pogodna 16, 57-350 Kudowa-Zdrój).

Za Komitet Organizacyjny
Magdalena Hirowska-Tracz,
Jacek Poleszczuk

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1995

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 24-26 września 2021 r. Miejscem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Za Komitet Organizacyjny
Radek Tarkowski



Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 14.01.2021 roku

NR 1/2021

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 2/2021

w sprawie udziału lekarza w konsylium lekarskim

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na udział prof. dr. n. med. Oliviera Kaschkego, ordynatora Klinicznego Oddziału Otolaryngologii Szpitala Świętej Gertrudy w Berlinie, w dniach 29-30 stycznia 2021 r., w konsylium lekarskim na temat operacyjnego leczenia przewlekłego zapalenia zatok przynosowych i wykonywanie zabiegów operacyjnych, których potrzeba wynika z tego konsylium w „Medicus” Dolnośląskie Centrum Laryngologii Sp. z o. o. we Wrocławiu, na zaproszenie prezesa zarządu dr. n. med. Macieja Mazura.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 28.01.2021 r.

NR 3/2021

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 4-5/2021

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania miesięcznej składki członkowskiej

NR 6/2021

w sprawie odmowy uchylenia uchwały dot. zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza dentyści

NR 7/2021

w sprawie wydania opinii dot. kandydata na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii stomatologicznej

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę dr. n. med. Macieja Stagraczyńskiego na konsultanta

wojewódzkiego dla województwa dolnośląskiego w dziedzinie chirurgii stomatologicznej.

NR 8/2021

w sprawie zwołania XL Zjazdu Delegatów DIL

§ 1

1. Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zwołuje XL Zjazd Delegatów DIL.
2. Ze względu na wprowadzony na obszarze RP stan epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 XL Zjazd Delegatów DIL odbędzie się w trybie obiegowym z wykorzystaniem narzędzi elektronicznych i telekomunikacyjnych lub drogą pocztową.
3. Głosowania w ramach XL Zjazdu Delegatów DIL odbędą się w okresie od 17 kwietnia 2021 r. od godziny 9.00 do 26 kwietnia 2021 r. do godz. 16. 00.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się sekretarzowi DRL.

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 4 lutego 2021 roku

NR 11/2021

w sprawie zakupu urządzenia wielofunkcyjnego dla OSŁ DIL

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu przeznacza kwotę 6 tys. zł brutto na zakup wielofunkcyjnego urządzenia do drukowania, kserowania i skanowania dokumentów (w tym w formacie A3) dokumentacji medycznej oraz materiałów stanowiących akta postępowań prowadzonych przez Okręgowy Sąd Lekarski Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu.

NR 12/2021

w sprawie ubezpieczenia OC Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia OC pokrywającego ryzyko wyrządzenia szkody przy wykonywaniu zadań samorządu lekarskiego, określonych przepisami ustawy o izbach lekarskich wspólnie z okręgowymi izbami lekarskimi i Naczelną Izbą Lekarską zgodnie z ofertą przedstawioną przez TU INTER Polska S.A.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 18 lutego 2021 roku

NR 14/2021

w sprawie powołania Komisji Lekarskiej dla oceny zdolności do wykonywania zawodu lekarza

NR 15/2021

w sprawie ustalenia liczebności rejonów wyborczych oraz liczby mandatów

§ 1

1. Rejon wyborczy obejmuje nie mniej niż 40 lekarzy uprawnionych do głosowania w danym rejonie.

2. Maksymalna liczba członków rejonu wyborczego wynosi 400 lekarzy.

§ 2

1. Zebranie lekarzy rejonu wyborczego dokonuje wyboru spośród swoich członków delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy w stosunku 1 delegat na 40 lekarzy.
2. Jeżeli w wyniku podzielenia liczby lekarzy należących do rejonu wyborczego przez liczbę, o której mowa w ust. 1, reszta z dzielenia przewyższa połowę tej liczby, zabranie rejonu wyborczego upoważnione jest do wyboru dodatkowego delegata (np. 1 delegat na 21 lekarzy oraz 2 delegatów na 61 lekarzy).

Pozostałe uchwały znajdują się na stronie: bip.dilnet.wroc.pl



**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu oraz II Katedra i Klinika Pediatrii,
Gastroenterologii i Żywienia Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
zapraszają na konferencję online**

WEBINARIUM: „POSTĘPY W GASTROENTEROLOGII DZIECIĘCEJ”

która odbędzie się 6 marca 2021 r. (sobota) w godz. 9.00-18.00.

Uczestnikowi konferencji przysługują 8 punktów edukacyjnych.

Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.

Kierownik naukowy konferencji – dr n. med. Andrzej Stawarski

Zapraszamy lekarzy wszystkich specjalności, szczególnie pediatrów i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Program konferencji

godz. 9.00-9.45	<i>Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy u dzieci. Zakażenia Helicobacter pylori</i> lek. Joanna Braksator
godz. 9.45-10.30	<i>Postępowanie z dzieckiem z ostrą biegunką</i> dr n. med. Tomasz Pytrus
godz. 10.30-11.15	<i>Zaburzenia karmienia u dzieci</i> dr n. med. Agnieszka Borys-Iwanicka
godz. 11.15-12.00	<i>Zaburzenia czynnościowe górnego odcinka przewodu pokarmowego u niemowląt i małych dzieci. Choroba refluktowa przełyku</i> dr n. med. Anna Kofla-Dłubacz
godz. 12.00-12.45	<i>Zaparcia u dzieci w praktyce lekarza POZ</i>

godz. 12.45-13.30	dr n. med. Krystyna Mowszet <i>Postępowanie z dzieckiem z krwawieniem z przewodu pokarmowego w praktyce lekarza POZ</i> lek. Anna Dancewicz
godz. 13.30-14.00	Przerwa
godz. 14.00-14.45	<i>Postępowanie z noworodkiem i niemowlęciem z przedłużającą się żółtaczką</i> dr n. med. Elżbieta Krzesiek
godz. 14.45-15.30	<i>Kiedy możemy podejrzewać nieswoiste zapalenie jelit u dziecka? Co może i powinien zrobić lekarz POZ?</i> dr n. med. Katarzyna Akutko
godz. 15.30-16.15	<i>Alergia pokarmowa u dzieci w praktyce lekarza POZ</i> dr n. med. Tatiana Jamer
godz. 16.15-17.00	<i>Przewlekłe bóle brzucha u dzieci – postępowanie w praktyce lekarza POZ</i> lek. Natalia Olszak
godz. 17.00-17.45	<i>Dziecko z podejrzeniem celiakii w POZ</i> dr n. med. Andrzej Stawarski
godz. 17.45-18.00	Podsumowanie webinarium i zakończenie konferencji

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu
proszone są o zapisy wyłącznie drogą elektroniczną na adres:
komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl (zapisać na szkolenie
może się tylko osoba zgłaszająca).**

Decyduje kolejność zgłoszeń.

**Kilka dni przed szkoleniem uczestnik otrzyma
drogą elektroniczną link do szkolenia.**

**Certyfikat potwierdzający odbycie szkolenia zostanie
przesłany drogą elektroniczną, po weryfikacji przez dział
informatyczny DIL logowania każdego
zgłoszonego wcześniej uczestnika.**

**Ośrodek Doskonalenia Zawodowego Naczelnej Izby Lekarskiej
w Warszawie, Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady
Lekarskiej we Wrocławiu oraz Klinika Chorób Zakaźnych
i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu, I Oddział Zakaźny Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego im. Gromkowskiego we Wrocławiu
zapraszają na konferencję online**

WEBINARIUM: „COVID-19 – NASTĘPSTWA, POWIKŁANIA WCZESNE I ODLEGŁE. SZCZEPIENIA”

**która odbędzie się 18 marca 2021 r. (czwartek)
w godz. 9.00-14.00.**

Uczestnikowi konferencji przysługują 5 punktów edukacyjnych.

Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.

Kierownik naukowy konferencji:

dr n. med. Sylwia Serafińska,
dr n. med. Anna Szymanek-Pasternak,
lek. Justyna Janocha-Litwin

Opiekun naukowy konferencji – prof. zw. dr hab. Krzysztof Simon

Zapraszamy lekarzy wszystkich specjalności zajmujących się pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2 hospitalizowanymi, jak i w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Program konferencji

godz. 9.00-9.05	Otwarcie konferencji dr n. med. Sylwia Serafińska
godz. 9.05-9.30	<i>Zakażenie SARS-CoV-2/COVID-19: patomechanizm, obraz kliniczny, diagnostyka, leczenie</i> prof. dr hab. Krzysztof Simon
godz. 9.30-9.45	<i>Weklury (remdesiwir) w badaniach i praktyce klinicznej u pacjentów z COVID-19 (wykład na zlecenie firmy Gilead Science Poland)</i> dr n. med. Sylwia Serafińska
godz. 9.45-10.15	<i>Powikłania zakrzepowo-zatorowe zakażenia SARS-CoV-2: obraz kliniczny, profilaktyka, leczenie. Prezentacja przypadków</i> lek. Aleksander Zińczuk, lek. Justyna Janocha-Litwin

godz. 10.15-11.00	<i>„NeuroCOVID” – powikłania neurologiczne wczesne i odległe, diagnostyka i postępowanie</i> lek. Justyna Jachman-Kapułka
godz. 11.00-11.30	<i>COVID-19 – powikłania pozapalne: naczyniowe, neurologiczne, wielonarządowe: MIS, PIMS, ze szczególnym uwzględnieniem populacji dzieci</i> dr n. med. Kamila Ludwikowska
godz. 11.30-12.00	<i>Powikłania płucne w COVID-19 z punktu widzenia specjalisty torakochirurga. Odma, ropień śródpiersia, zwiększenie tchawicy: czynniki ryzyka, postępowanie, odległe konsekwencje</i> dr n. med. FETCS Andrzej Majewski
godz. 12.00-12.20	<i>Zapalenie wątroby w przebiegu zakażenia SARS-CoV-2 – implikacje kliniczne</i> dr n. med. Monika Pazgan-Simon
godz. 12.20-12.50	<i>Sercowe i naczyniowo-sercowe powikłania COVID-19: epidemiologia, obraz kliniczny, diagnostyka. Prezentacja przypadków</i> lek. Marcin Drozd, lek. Wojciech Szymański
godz. 12.50-13.10	<i>Szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 – sytuacja na świecie i w Europie, realizacja Programu Szczepień w Polsce</i> dr n. med. Sylwia Serafińska
godz. 13.10-13.45	<i>Szczepionki: preparaty, prawdziwe i fałszywe przeciwwskazania do szczepień, prawdziwe i fałszywe niepożądane odczyny poszczepienne, schematy szczepień</i> dr n. med. Anna Szymanek-Pasternak
godz. 13.45-14.00	Dyskusja online: najciekawsze pytania i odpowiedzi Podsumowanie webinarium

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu
proszone są o zapisy wyłącznie drogą elektroniczną na adres:
komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl (zapisać na szkolenie
może się tylko osoba zgłaszająca).**

Decyduje kolejność zgłoszeń.

**Kilka dni przed szkoleniem uczestnik otrzyma
drogą elektroniczną link do szkolenia.**

**Certyfikat potwierdzający odbycie szkolenia zostanie
przesłany drogą elektroniczną, po weryfikacji przez dział
informatyczny DIL logowania każdego
zgłoszonego wcześniej uczestnika.**



**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu oraz Katedra i Klinika Neonatologii
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
zapraszają na konferencję online**

WEBINARIUM: „PRAKTYCZNE ASPEKTY PERINATALNEJ OPIEKI PALIATYWNEJ”

**która odbędzie się 27 marca 2021 r. (sobota)
w godz. 9.00-15.00.**

**Uczestnikowi konferencji przysługują
5 punktów edukacyjnych.**

Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.

Kierownik naukowy konferencji – prof. dr hab. Barbara Królak-Olejnik

Kierownik organizacyjny konferencji – lek. Agnieszka Jalowska

Zapraszamy na wykłady osoby, które otaczają profesjonalną opieką rodziny dzieci z niepomyślną diagnozą prenatalną, umierające w okresie prenatalnym i okołoporodowym. Przedstawimy najnowsze standardy oraz ich realizację w praktyce (studium przypadków). Zastanowimy się także, jak wspierać psychologicznie naszych pacjentów w okresie straty dziecka i żałoby. Będzie czas na dyskusję i pytania. Zapraszamy lekarzy i wszystkich członków zespołów ginekologiczno-neonatologicznych, które opiekują się kobietą i rodziną doświadczającą straty dziecka w okresie prenatalnym i okołoporodowym.

Program konferencji

- godz. 9.00-9.30 *Definicja i zasady opieki paliatywnej i wspierającej*
prof. dr hab. Wojciech Leppert, konsultant krajowy
w dziedzinie medycyny paliatywnej
- godz. 9.30-10.00 *Specyfika perinatalnej opieki paliatywnej. Opieka
paliatywna nad noworodkiem*
prof. dr hab. Barbara Królak-Olejnik

- godz. 10.00-10.30 *Wada letalna – definicja i potrzeba indywidualnego
podejścia do pacjenta po diagnozie prenatalnej*
prof. dr hab. Robert Śmigiel
- godz. 10.30-11.00 *Jak przygotować i wspierać rodzinę dziecka umierającego
w okresie okołoporodowym?*
mgr Agnieszka Paślowska
- godz. 11.00-11.30 *Studium przypadków. Dyskusja*
lek. Karolina Karcz, lek. Małgorzata Opalińska, lek.
Barbara Tarsa, lek. Weronika Wesołowska
- godz. 11.30-12.00 *Prowadzenie ciąży po niepomyślnej diagnozie prenatalnej.
Kwalifikacja do porodu*
dr hab. Tomasz Fuchs
- godz. 12.00-12.30 *Rola położnej w perinatalnej opiece paliatywnej.
Koncepcja indywidualnej szkoły rodzenia*
mgr Katarzyna Adamczyk, mgr Ewa Żurawska-Zarobka
- godz. 12.30-13.00 *Koordinator – kluczowe pojęcie w perinatalnej opiece
paliatywnej*
mgr Jaonna Krzeszowiak
- godz. 13.00-13.30 *Współpraca z domowym Hospicjum dla Dzieci
– praktyczny poradnik*
dr n. med. Krzysztof Szmyd
- godz. 13.30-14.00 *Studium przypadków. Dyskusja*
lek. Karolina Karcz, lek. Małgorzata Opalińska,
lek. Barbara Tarsa, lek. Weronika Wesołowska
- godz. 14.00-15.00 *Dyskusja online*

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu
proszone są o zapisy wyłącznie drogą elektroniczną na adres:
komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl (zapisać na szkolenie może
się tylko osoba zgłaszająca). Decyduje kolejność zgłoszeń.**

**Kilka dni przed szkoleniem uczestnik otrzyma
drogą elektroniczną link do szkolenia.**

**Certyfikat potwierdzający odbycie szkolenia zostanie
przesłany drogą elektroniczną, po weryfikacji przez dział
informatyczny DIL logowania każdego
zgłoszonego wcześniej uczestnika.**

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu oraz II Katedra i Klinika Pediatrii,
Gastroenterologii i Żywności Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
zapraszają na konferencję online**

WEBINARIUM: „NIESWOISTE ZAPALENIA JELIT U DZIECI”

która odbędzie się 29 maja 2021 r. (sobota) w godz. 9.00-13.00.

Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.

Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.

Kierownik naukowy konferencji – dr n. med. Andrzej Stawarski

Komitet naukowy i organizacyjny:

prof. dr hab. Elżbieta Poniewierka, dr n. med. Tomasz Pytrus,
dr n. med. Elżbieta Krzesiek, dr n. med. Agnieszka Borys-Iwanicka,
dr n. med. Anna Kofla-Dłubacz, dr n. med. Tatiana Jamer,
dr n. med. Katarzyna Akutko, dr n. med. Robert Dudkowiak,
lek. Joanna Braksator, lek. Natalia Olszak, mgr Małgorzata
Jackowska-Adamska, mgr pielęgniarstwa Renata Porębska

Zapraszamy lekarzy wszystkich specjalności, szczególnie pediatrów
i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz rodziców chorych dzieci.

Program konferencji

- godz. 9.00-9.10 *Powitanie uczestników i otwarcie konferencji*
dr n. med. Andrzej Stawarski
- godz. 9.10-9.30 *Współczesna diagnostyka obrazowa i endoskopowa
u dzieci z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit*
dr n. med. Tomasz Pytrus
- godz. 9.30-9.50 *Badania laboratoryjne i skale aktywności chorób u dzieci
z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit
– dlaczego robimy, w jakim celu liczymy?*
lek. Joanna Braksator, lek. Natalia Olszak
- godz. 9.50-10.10 *Żywność i leczenie żywieniowe u dzieci z nieswoistymi*

- chorobami zapalnymi jelit*
dr n. med. Agnieszka Borys-Iwanicka
- godz. 10.10-10.30 *Rola psychologa w leczeniu nieswoistych chorób
zapalnych jelit u dzieci*
mgr Małgorzata Jackowska-Adamska
- godz. 10.30-10.50 *Rola i zadania pielęgniarki w leczeniu nieswoistych chorób
zapalnych jelit u dzieci*
mgr pielęgniarstwa Renata Porębska
- godz. 10.50-11.10 *Doświadczenia Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii
i Żywności w leczeniu biologicznym nieswoistych
chorób zapalnych jelit*
dr n. med. Elżbieta Krzesiek, dr n. med. Anna Kofla-Dłubacz
- godz. 11.10-11.30 *Rola i zadania Polskiego Towarzystwa Wspierania Osób
z Nieswoistymi Zapaleniami Jelit „J-Elita”*
przedstawiciel „J-Elita” dr n. med. Robert Dudkowiak
- godz. 11.30-11.50 *Leczenie biologiczne nieswoistych chorób zapalnych jelit
u dzieci – aktualny stan wiedzy, perspektywy na przyszłość*
dr n. med. Tatiana Jamer, dr n. med. Katarzyna Akutko,
dr n. med. Andrzej Stawarski
- godz. 11.50-12.10 *Transfer pacjentów pediatrycznych z nieswoistymi
zapaleniami jelit do ośrodka internistycznego – przyczyny,
uwarunkowania, problemy*
dr n. med. Andrzej Stawarski
- godz. 12.10-12.30 *Miejsce czynników genetycznych wśród przyczyn
nieswoistych chorób zapalnych jelit*
prof. dr hab. Elżbieta Poniewierka
- godz. 12.30-13.00 *Podsumowanie webinarium i zakończenie konferencji*

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu
proszone są o zapisy wyłącznie drogą elektroniczną na adres:
komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl (zapisać na szkolenie może
się tylko osoba zgłaszająca). Decyduje kolejność zgłoszeń.**

**Kilka dni przed szkoleniem uczestnik otrzyma
drogą elektroniczną link do szkolenia.**

**Certyfikat potwierdzający odbycie szkolenia zostanie
przesłany drogą elektroniczną, po weryfikacji przez dział
informatyczny DIL logowania każdego
zgłoszonego wcześniej uczestnika.**

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu
oraz firma G. L. Pharma GmbH Sp. z o.o. oddział w Polsce
zapraszają na kurs online

WEBINARIUM: „BEZSENNOŚĆ – PROBLEM WSPÓŁCZESNEGO ŚWIATA”

który odbędzie się **21 kwietnia 2021 r. (środa)**
w godz. 16.00-18.30.

Uczestnikowi kursu przysługują 2 punkty edukacyjne.

Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.

Moderator i kierownik naukowy kursu
prof. dr hab. Marek Jarema

Program kursu

godz. 16.00-17.00 *Standardy leczenia bezsenności*

prof. dr hab. Adam Wichniak
godz. 17.00-18.00 *Leczenie bezsenności ze współistniejącymi
chorobami somatycznymi i psychicznymi*
prof. dr hab. Marek Jarema
godz. 18.00-18.30 Dyskusja online
Podsumowanie webinarium

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu
proszone są o zapisy wyłącznie drogą elektroniczną na adres:
komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl (zapisać na szkolenie
może się tylko osoba zgłaszająca).**

**Kilka dni przed szkoleniem uczestnik otrzyma
drogą elektroniczną link do szkolenia.**

**Certyfikat potwierdzający odbycie szkolenia zostanie
przesłany drogą elektroniczną,
po weryfikacji przez dział informatyczny DIL
logowania każdego zgłoszonego wcześniej uczestnika.**

Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
oraz Oddział Wrocław Polskiego Towarzystwa
Stomatologicznego
zapraszają na konferencję online

WEBINARIUM: „ZARZĄDZANIE GABINETEM STOMATOLOGICZNYM”

która odbędzie się **10 kwietnia 2021 r. (sobota)**
w godz. 10.00-13.30.

Uczestnikowi konferencji przysługują 3 punkty edukacyjne.

Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.

Kierownik i moderator konferencji
dr hab. Maciej Dobrzyński, prof. UMW

Wykładowcy:

dr nauk ekonomicznych Magdalena Szumska,
mgr inż. Marcin Szumski

Program konferencji

godz. 10.00-10.10 Otwarcie konferencji
godz. 10.10-11.00 Praktyczne spojrzenie na komunikację
Trudny pacjent w gabinecie – arogancki, wymagający,
znikający, bólowy, roszczeniowy
godz. 11.00-12.00 Praktyczne spojrzenie na ekonomię
Finanse – rentowność gabinetu i lekarza. Stop mitom
i nieprawidłowościom w liczeniu
godz. 12.00-13.00 Praktyczne spojrzenie na marketing
Zarządzanie pacjentem-klientem w kierunku
długofalowego korzystania z usług stomatologicznych
godz. 13.00-13.30 Dyskusja i zakończenie konferencji

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu
proszone są o zapisy wyłącznie drogą elektroniczną na adres:
komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl (zapisać na szkolenie może
się tylko osoba zgłaszająca).Decyduje kolejność zgłoszeń.**

**Kilka dni przed szkoleniem uczestnik otrzyma
drogą elektroniczną link do szkolenia.**

**Certyfikat potwierdzający odbycie szkolenia zostanie
przesłany drogą elektroniczną, po weryfikacji przez dział
informatyczny DIL logowania każdego
zgłoszonego wcześniej uczestnika.**

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
we Wrocławiu
zaprasza na kurs medyczny online

WEBINARIUM: „JAK MĄDRZE POMAGAĆ? O BUDOWANIU DOJRZAŁEJ RELACJI Z PACJENTEM”

który odbędzie się w następujących terminach:
13 marca 2021 r. (sobota), godz. 11.00-15.00 (brak miejsc)
24 kwietnia 2021 r. (sobota), godz. 11.00-15.00 (brak miejsc)
15 maja 2021 r. (sobota), godz. 11.00-15.00
5 czerwca 2021 r. (sobota), godz. 11.00-15.00.

Wykładowca

mgr Anna Masternak, psycholog, trener komunikacji
Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny. Maksymalnie może
w nim uczestniczyć 30 osób.

Uczestnikowi kursu przysługują 4 punkty edukacyjne.

Zagadnienia

- Psychologiczny obszar niesienia pomocy w relacji lekarz – pacjent
- Funkcjonalne zasady niesienia pomocy
- Trudności w zakresie wspierania i motywowania pacjentów
- Czy pacjent zawsze chce być zdrowy? Czy pacjent zawsze chce żyć?

- Granice ingerencji lekarskiej w procesie leczenia pacjenta
- Odpowiedzialność za zdrowie, życie i postępy pacjentów. Do kogo należy?
- Czy pomoc może być przemocowa?
- Medyczny autorytet lekarza vs niezależność pacjenta. Czy muszą się wykluczać?
- Przekonywanie pacjenta – czy jest konieczne?
- Dojrzała relacja lekarza z pacjentem. Czym jest?
- Jak tworzyć relację z pacjentem wolną od wypalenia emocjami, wolną od wypalenia zawodowego?
- Jak tworzyć dojrzałe relacje z pacjentami?

W trakcie wykładu na czacie można zadawać pytania,
na które wykładowca będzie udzielał odpowiedzi.
Można również wziąć udział w dyskusji online za pomocą środków
audiowizualnych (mikrofon, kamera).

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu
proszone są o zapisy wyłącznie drogą elektroniczną na adres:
komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl (zapisać na szkolenie
może się tylko osoba zgłaszająca).**

Decyduje kolejność zgłoszeń.

**Kilka dni przed szkoleniem uczestnik otrzyma
drogą elektroniczną link do szkolenia.**

**Certyfikat potwierdzający odbycie szkolenia zostanie
przesłany drogą elektroniczną, po weryfikacji przez dział
informatyczny DIL logowania każdego zgłoszonego
wcześniej uczestnika.**



Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zaprasza na kurs medyczny online

WEBINARIUM: „PERSWAZJA SPOSOBEM NA WZMACNIANIE WYTRWAŁOŚCI W LECZENIU”

który odbędzie się w następujących terminach:

20 marca 2021 r. (sobota), godz. 9.00-12.00

17 kwietnia 2021 r. (sobota), godz. 9.00-12.00

8 maja 2021 r. (sobota), godz. 9.00-12.00

Wykładowca:

lek. Dariusz Delikat, psycholog

Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.

Ze względów techniczno-organizacyjnych w kursie może uczestniczyć maksymalnie 30 osób.

Uczestnikowi kursu przysługują 3 punkty edukacyjne.

Zagadnienia

Według raportów WHO tylko 50% pacjentów cierpiących z powodu chorób przewlekłych po sześciu miesiącach terapii nadal stosuje się do zaleceń terapeutycznych. Dlaczego tak się dzieje? Co sprawia, że pacjenci nie są wytrwali w leczeniu? Przyczyn jest wiele. Można podzielić je na dwie grupy. Pierwsza to czynniki zewnętrzne, na które nie zawsze mamy wpływ (np. wysoka cena, trudności związane z aplikacją leku, politerapia, objawy uboczne...). Druga grupa to czynniki subiektywne, związane bezpośrednio z osobą pacjenta: motywacja do leczenia, postawa wobec choroby i konieczności leczenia,

pamięć, uwaga. Ich umiejętne wykorzystywanie i modyfikacja mogą być skutecznym sposobem wzmacniania wytrwałości w leczeniu.

Część teoretyczna:

- przestrzeganie zaleceń lekarskich – uwarunkowania psychologiczne,
- prawa perswazji i sposoby ich wykorzystywania w rozmowach z pacjentami,
- perswazyjne konstrukcje i środki językowe,
- perswazyjna siła języka metafor,
- indywidualne kody językowe,
- sposoby zwiększania wiarygodności przekazu,
- metody przełamywania wątpliwości.

Część praktyczna:

- wzmacnianie wiarygodności przekazu,
- formułowanie perswazyjnych konstrukcji językowych i wykorzystywanie skutecznych środków językowych,
- stosowanie metafor dla wzmacniania siły perswazyjnej przekazu,
- dopasowywanie przekazu do indywidualnych kodów językowych,
- pozbywanie się wątpliwości i obrona przed manipulacyjnymi zachowaniami rozmówców.

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu proszone są o zapisy wyłącznie drogą elektroniczną na adres: komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl (zapisać na szkolenie może się tylko osoba zgłaszająca).

Decyduje kolejność zgłoszeń.

Kilka dni przed szkoleniem uczestnik otrzyma drogą elektroniczną link do szkolenia.

Certyfikat potwierdzający odbycie szkolenia zostanie przesłany drogą elektroniczną, po weryfikacji przez dział informatyczny DIL logowania każdego zgłoszonego wcześniej uczestnika.

„Stany nagłe w gabinecie lekarskim – postępowanie praktyczne” – organizacja warsztatów online wstrzymana do wakacji

Z przyczyn epidemicznych dr hab. Jacek Smereka, kierownik naukowy kursu medycznego pt. „Stany nagłe w gabinecie lekarskim – postępowanie praktyczne” zdecydował się wstrzymać do wakacji organizację warsztatów. O ponownym uruchomieniu kursu będziemy informować na łamach „Medium” oraz na stronie internetowej DIL.

Komisja Kształcenia DRL

NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 21 stycznia 2021 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne uzyskali:

1. **lek. Wojciech Antoni Czak,**
2. **lek. Joanna Agnieszka Pondel,**
3. **lek. Rafał Smoliński,**
4. **lek. Witold Marczyński,**
5. **lek. Arkadiusz Kacała,**
6. **lek. Raaaid Tawfeeq Yousif Tarrawi,**
7. **lek. Iga Jolanta Gromny,**
8. **mgr Agnieszka Zembska.**

Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 21 stycznia 2021 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne uzyskał **ppłk lek. Tomasz Jerzy Berus.**

Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu z 26 stycznia 2021 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki o zdrowiu, uzyskały:

1. **mgr Kamila Dobrosielska-Matusik,**
2. **mgr Ewa Radwańska.**

Bezpłatne wsparcie psychiczne dla lekarzy i lekarzy dentystów

Lekarzu/lekarzu dentysto! Potrzebujesz wsparcia psychicznego? Borykasz się z długotrwałymi skutkami stresu (stany lękowe, niepokój, depresja, zaburzenia snu, zaburzenia psychosomatyczne itp.)?

Od teraz możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy, którą oferuje w tym zakresie specjalista psychiatrii lek. Antoni Brański. Jego gabinet mieści się przy ul. Krzyckiej 86b lok. 1.

Wizyty umawiane są po wcześniejszej rejestracji, tel. 511 461 330, e-mail: gabinet@antonibranski.pl

Więcej informacji na stronie: www.antonibranski.pl

BEZPŁATNE KONSULTACJE PSYCHOLOGICZNE ZE SPECJALISTAMI Z CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO+

Obserwując i rozumiejąc trwającą od wielu miesięcy trudną sytuację pracowników medycznych CZP+ wychodzi na przeciw potrzebom pracowników ochrony zdrowia i chce zatroszczyć się o Wasze zdrowie psychiczne.

Wszystko w ramach bezpłatnych konsultacji psychologicznych ze specjalistami z Centrum Zdrowia Psychicznego+.

W ramach konsultacji można porozmawiać o trudnych doświadczeniach i emocjach, jakie się z nimi wiążą. Konsultacje odbywają się za pośrednictwem telefonu, platformy Zoom lub osobiście w placówce. Jedno spotkanie trwa 50 minut.

Zapisywać można się e-mailowo: czp@spzoz.wroc.pl lub telefonicznie: 71 369 90 60.

PLAN KURSU SPECJALIZACYJNEGO „PRAWO MEDYCZNE”, online

I termin: 11-13.10.2021, II termin: 15-17.11.2021

11 października 2021 (poniedziałek) i 15 listopada 2021 (poniedziałek)		
8.00-10.15	dr hab. n. prawnych Agata Wnukiewicz-Kozłowska	Zasady wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry: pojęcie zawodu lekarza/lekarza dentystry, standardy wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry (zgodność z aktualną wiedzą medyczną, zgodność z dostępnymi środkami i metodami, obowiązek ustawicznego kształcenia, zgodność z zasadami etyki lekarskiej). Prawa i obowiązki lekarza/lekarza dentystry: informowanie pacjenta, uzyskiwanie zgody na leczenie, obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej, lekarski obowiązek udzielenia pomocy, odmowa leczenia, klauzula sumienia. Prawa i obowiązki pacjenta
10.15-10.30		P R Z E R W A
10.30-12.00	dr hab. n. prawnych Agata Wnukiewicz-Kozłowska	Nabywanie i utrata kwalifikacji zawodowych, prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry. Zasady wypisywania recept na leki oraz zleceń na wyroby medyczne. Zasady prowadzenia eksperymentów medycznych i badań klinicznych.
12.00-12.15		P R Z E R W A
12.15-14.30	dr n. med. Katarzyna Połtyn-Zaradna	Organizacja opieki zdrowotnej w Polsce i Unii Europejskiej, zasady sprawowania opieki zdrowotnej w świetle Konstytucji RP. Zasady powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (prawa i obowiązki osoby ubezpieczonej, organizacja i zakres udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, dokumentacja związana z udzielaniem świadczeń udzielanych ze środków publicznych)
12 października 2021 (wtorek) i 16 listopada 2021 (wtorek)		
8.00-8.45	dr n. med. Paweł Wróblewski	Zadania i działanie samorządu lekarskiego: zadania izb lekarskich
8.45-10.15	dr n. prawnych Ewa Wójtowicz	Wykonywanie działalności leczniczej: pojęcie i zakres działalności leczniczej, podmioty lecznicze, prawne formy prowadzenia działalności leczniczej, praktyka zawodowa lekarza oraz lekarza dentystry
10.15-10.30		P R Z E R W A
10.30-11.15	prof. dr hab. Dariusz Patrzalek	Problemy prawne przeszczepiania
11.15-12.00	dr n. med. Anna Orońska	Problemy prawne medycyny paliatywnej i stanów terminalnych
12.00-12.15		P R Z E R W A
12.15-13.00	dr n. med. Monika Kantorska-Janiec	Problemy prawne związane z leczeniem chorób psychicznych, przeciwdziałaniem i leczeniem uzależnień
13.00-14.30	mgr Aleksandra Stebel	Zadania i działanie samorządu lekarskiego: postępowanie przed organami izb lekarskich (rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej oraz sądem lekarskim). Prawa i obowiązki członków samorządu lekarskiego
13 października 2021 (środa) i 17 listopada 2021 (środa)		
8.00-11.00	dr hab. n. prawnych Agata Wnukiewicz-Kozłowska	Prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej. Problemy prawne sztucznej prokreacji oraz przerywania ciąży. Problemy prawne zabiegów estetycznych. Problemy prawne związane z zapobieganiem i leczeniem chorób zakaźnych
11.00-12.30	adw. dr Andrzej Malicki	Odpowiedzialność prawna lekarza: karna i cywilna
12.30-14.00	dr n. med. Jakub Trnka	Stwierdzanie zgonu i ustalanie przyczyny zgonu
14.00-15.30	dr hab. n. prawnych Agata Wnukiewicz-Kozłowska	Test i zaliczenie kursu

Organizatorem kursu specjalizacyjnego jest Komisja Kształcenia DRL. Rekrutacja odbywa się poprzez stronę Centrum Monitorowania Kształcenia Podyplomowego (formularz zgłoszeniowy).

GOŚCINNIE W TEATRZE MUZYCZNYM CAPITOL

FRANCUSKA KOMEDIA W REŻYSERII ARTURA BARCISIA

NERWICA NATRĘCTW

8 MARCA, GODZ. 17.30 | 20.30

DLA CZYTELNIKÓW MEDIUM I OSÓB TOWARZYSZĄCYCH
KOD RABATOWY -10%: MEDIUM10

BILETY: ADRIA-ART.PL | ORGANIZATOR: TEL. 605 555 676



26.04.2021
GODZ. 18.00 | 20.30

Michał Szpak

URODZINOWA TRASA KONCERTOWA

ADRIA-ART.PL



Z głębokim żalem przyjęliśmy
wiadomość o śmierci

dr n. med. Renaty Tuchendler

Wyrazy najszczerzego współczucia

dr. n. med. Tomaszowi Tuchendlerowi

oraz Rodzinie
składają

dr n. med. Piotr Piszko – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej DIL, zastępcy OROZ DIL oraz pracownicy biura OROZ DIL

Wyrazy głębokiego współczucia
i słowa otuchy

dr. n. med. Tomaszowi Tuchendlerowi

oraz całej Rodzinie
z powodu śmierci

dr n. med. Renaty Tuchendler

składają

dr n. med. Jan Spodzieja – przewodniczący
Okręgowego Sądu Lekarskiego DIL,
członkowie OSL DIL oraz pracownicy kancelarii OSL DIL

Doktor Halinie Kwiatkowskiej

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Męża

składają

koleżanki i koledzy z Oddziału Dolnośląskiego
Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

Z głębokim smutkiem i żalem
przyjęliśmy wiadomość o śmierci

dr. Mariana Schulza

naszego wieloletniego kolegi,
oddanego lekarza pediatry i neonatologa.

Rodzinie i Bliskim składamy wyrazy szczerzego współczucia

Koleżanki i koledzy z Oddziału Dolnośląskiego
Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

Z głębokim smutkiem i żalem
przyjęliśmy wiadomość o śmierci

dr. Marka Michalskiego

naszego wieloletniego kolegi,
wspaniałego lekarza pediatry i neonatologa.

Rodzinie i Bliskim składamy wyrazy szczerzego współczucia

Koleżanki i koledzy z Oddziału Dolnośląskiego
Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

Wyrazy szczerzego współczucia
dla naszej Koleżanki

doktor Ewy Stelczyk

z powodu śmierci Męża

dr. n. med. Sylwestra Mordarskiego

składają

lekarze z Koła Terenowego DIL w „PROVICIE”

Wyrazy głębokiego współczucia dla

lek. Joanny Grzesiak-Dynowskiej

z powodu śmierci

Mamy

składają

koleżanki i koledzy z Koła Terenowego DIL w Dzierżoniowie

Z ogromnym smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszej
serdecznej Koleżanki

lek. Ewy Bąkowskiej

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie i Bliskim
składają

pracownicy Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętej Katarzynie

Jak trudno żegnać na zawsze kogoś, kto jeszcze mógł być z nami...

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość o nagłej
śmierci naszej Koleżanki

Michaliny „Misi” Skowrońskiej-Klinger

lekarza anestezjologa i specjalisty chorób oczu

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie
składają

koleżanki i koledzy z Koła Terenowego DIL w Dzierżoniowie

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
naszej Koleżanki

dr n. med. Elżbiety Kalinowskiej

z domu Sobek

14 stycznia 2021 roku zmarła w Wiedniu, gdzie odbył się Jej pogrzeb.

Odeszła od nas wybitna specjalistka radiologii,
dobry i odważny człowiek, wspaniała koleżanka.
Całe życie zawodowe poświęciła ratowaniu zdrowia
i życia pacjentów. Była dla nas wzorem lekarki.

Rodzinie składamy wyrazy współczucia

Koleżanki i koledzy ze studiów

Z wielkim żalem i bólem
żegnamy naszego Kolegę

dr. n. med. Marka Śliwińskiego

Żonie i całej Rodzinie

składamy wyrazy głębokiego współczucia

Koleżanki i koledzy z AM we Wrocławiu, rocznik 1966

Naszemu Koledze i Przyjacielowi
dr. Rafałowi Załuskiemu

i jego Bliskim
wyrazy najszczerzego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składają
koleżanki i koledzy z Oddziału Dolnośląskiego
Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów

Profesor Irenie Frydeckiej

oraz

dr hab. Dorocie Frydeckiej, prof. UMW

wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci

Męża i Ojca

składają koleżanki i koledzy z Katedry Psychiatrii
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Drogiemu Koledze

dr. Łukaszowi Osuchowi

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Taty

składają
koleżanki i koledzy z Oddziału Kardiologii
Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego
im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

lek. Stanisława Bojdy

specjalisty otolaryngologii

Wyrazy szczerzego współczucia Rodzinie

składają
koleżanki i koledzy z Koła Terenowego DIL w Dzierżoniowie

Wyrazy współczucia

dla prof. dr hab. Ludwika Sadowskiej

z powodu śmierci Męża

Ryszarda Sadowskiego

l. 93, zmarłego 12 lutego 2021 roku, wspaniałego człowieka,
Małżonka i Ojca
składają
członkowie Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich

Niech aniołowie zawiodą Cię do raju,
A gdy tam przybędziesz, niech przyjmą Cię męczennicy,
I wprowadzą Cię do krainy życia wiecznego.
Chóry anielskie niechaj Cię podejmą
i z Chrystusem zmartwychwstałym
Miej radość wieczną.

Naszej Koleżance

dr Joannie Cisek-Korolewicz

wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci Męża

dr. Wincentego Korolewicza

składają
koleżanki i koledzy orzecznicy ZUS

Naszej Koleżance

doktor Barbarze Zimmer

wyrazy współczucia z powodu śmierci

Mamy

składa Koło Lekarzy DIL w „PROVICIE”

Profesor dr hab. n. med.

Ludwice Sadowskiej

z Rodziną

z powodu przejścia na drugą stronę życia

śp. Ryszarda Sadowskiego

kondolencje
składają
członkowie i przewodnicząca Komisji Historycznej DRL
Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że 2 lutego 2021 roku zmarła
śp.

lek. Maria Trofimiak

specjalista ginekolog położnik

Pogrążona w żałobie Rodzina

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

lek. Andrzeja Winklera

specjalisty chirurgii, wieloletniego ordynatora
oddziału chirurgicznego w Dzierżoniowie

Wyrazy szczerzego współczucia Rodzinie

składają
koleżanki i koledzy z Koła Terenowego DIL w Dzierżoniowie

Można odejść na zawsze, by stale być blisko.

ks. Jan Twardowski

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość
o odejściu na wieczny dyżur naszego Kolegi i Przyjaciela

lek. Ireneusza Dudziaka

Będziemy zawsze mieć w pamięci Jego ciepły uśmiech,
pogodną twarz oraz szczerą chęć niesienia pomocy każdemu.

Żegnaj Irku. Jednocześnie pragniemy
złożyć wyrazy współczucia Bliskim,
którzy niosą ciężar Jego straty.

Koleżanki i koledzy z Koła Terenowego DIL w Zgorzelcu



**Profesor dr hab. Krystynie
Łoboz-Grudzień**

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci Męża

Marka Grudnia

składa
Alicja Kostecka-Pokryszko z Rodziną

Doktor n. med. Lidii Grudzień-Ferber

wyrazy szczerzego współczucia
z powodu śmierci Brata

Marka Grudnia

składa
Alicja Kostecka-Pokryszko z Rodziną

Z głębokim żalem żegnamy naszego Kolegę

lek. Stefana Marca

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci!

Koleżanki i koledzy z Koła Terenowego DIL w Dzierżoniowie

**Profesor dr hab. Krystynie
Łoboz-Grudzień**

wyrazy współczucia
z powodu śmierci

Męża

składa
Zenona Jabłońska z zespołem z Oddziału Urologii
i Onkologii Urologicznej Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego
we Wrocławiu

Profesor Krystynie Łoboz-Grudzień

wyrazy głębokiego współczucia oraz słowa otuchy
i wsparcia z powodu śmierci

Męża

składa
Zespół Oddziału Kardiologii Dolnośląskiego Szpitala
Specjalistycznego im. T. Marciniaka
– Centrum Medycyny Ratunkowej

Składamy wyrazy głębokiego współczucia
członkowi Zarządu

p. Arturowi Kilijankowi

z powodu śmierci

Mamy

Zarząd i pracownicy Związku Pracodawcy Zdrowia

Naszemu Koledze

lek. Sebastianowi Letniowskiemu

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Ojca

składają
koleżanki i koledzy z Koła Terenowego DIL w Dzierżoniowie

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy, że odszedł nasz Kolega

lek. Adam Szczepański

specjalista w dziedzinie ginekologii i położnictwa

Córce

lek. stom. Beacie

Szczepańskiej-Jaroszewicz

z Rodziną
wyrazy głębokiego żalu i współczucia
składają
koleżanki i koledzy z Koła Terenowego DIL w Jaworze

Z ogromnym żalem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci 12 lutego 2021 roku

prof. dr hab. n. med.

Danuty Kabacińskiej-Knapik

emerytowanej profesor Kliniki Chorób Wewnętrznych,
Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego
Akademii Medycznej we Wrocławiu,
a równocześnie w latach 1963-2003 konsultantki naukowej
Zarządu KGHM Polska Miedź S.A.
oraz „MIEDZIOWEGO CENTRUM ZDROWIA” S.A. w Lubinie.

Rodzinie i Najbliższym Zmarłej
składamy wyrazy głębokiego współczucia
Zarząd i pracownicy „MCZ” S.A. w Lubinie

Profesor dr hab. Irenie Frydeckiej

oraz Rodzinie
wyrazy szczerzego współczucia i słowa wsparcia
z powodu śmierci

Męża Janusza

składają
Krystyna i Andrzej Gładyszowie

Koleżance

Marii Grudniewicz-Baranieckiej

wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci

Męża

składają
koleżanki i koledzy Koła Lekarzy Rodzinnych DIL z Jeleniej Góry

Drogiej Koleżance

prof. Irenie Frydeckiej

wyrazy szczerzego i serdecznego współczucia z powodu odejścia

Męża Janusza

składają
koleżanki i koledzy z Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi
i Transplantacji Szpiku

ur. 11.11.1948–16.01.2021



Fot. z archiwum A.K.

Dr n. med. Sylwester Mordarski

Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, członek Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, wieloletni kierownik wielodyscyplinarnej Poradni Leczenia Bólu we Wrocławiu, ceniony za działalność zawodową, naukową i dydaktyczną.

Sylwester Mordarski studiował medycynę w Gdańsku w latach 1968–1974. Po ukończeniu studiów związał się z Dolnym Śląskiem. Szkolenie specjalizacyjne z anestezjologii i intensywnej terapii odbywał w Wałbrzychu. Pracując tam, opublikował swoje pierwsze artykuły naukowe i zainteresował się leczeniem bólu. Zaczął wykonywać zabiegi blokad nerwów aż po bardzo zaawansowane zabiegi neuroliz, czyli chemicznego niszczenia nerwów w bólu nowotworowym. Jako że nie dysponował w Wałbrzychu odpowiednim sprzętem rentgenowskim, wymyślił modyfikację tzw. przezaortalnego umieszczenia igły punkcyjnej we właściwym miejscu. Dopiero kilka lat później technika ta opublikowana została w światowym piśmiennictwie przez lekarzy włoskich jako ich własne wielkie odkrycie.

W poszukiwaniu dalszych możliwości rozwoju zawodowego i naukowego przeniósł się do Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii we Wrocławiu, gdzie rozpoczął pracę 1.12.1989 r. Trafił na dobry moment, bo w niedługim czasie w Klinice zorganizowana została wielodyscyplinarna Poradnia Leczenia Bólu. Wkrótce dr Mordarski objął jej kierownictwo i tą ścieżką podążał przez całą karierę zawodową.

Doświadczenia zebrane podczas wykonywania blokad neurolytycznych w Wałbrzychu, a potem we Wrocławiu, pozwoliły mu w 1993 r. na obronę pracy doktorskiej pt. „Neuroliza alkoholowa splotu słonecznego w przebiegu nieoperacyjnych nowotworów trzustki, wątroby i żołądka” i na uzyskanie stanowiska adiunkta uczelni.

Przez następne ćwierć wieku doskonalił swoje umiejętności w medycynie bólu, uzyskując wysoką pozycję dydaktyczną, naukową i zawodową. Jego osiągnięcia wartę są przypomnienia.

Był uzdolnionym i zaangażowanym nauczycielem. Nauczył podstaw medycyny bólu wielu lekarzy i wiele pielęgniarek nie tylko z terenu Dolnego Śląska. Mocno angażował się w szkolenie studentów. Był utalentowanym wykładowcą. Zapraszano go na wiele ważnych specjalistycznych konferencji i kongresów poświęconych tematyce bólu, a także na wiele spotkań innych specjalności,

Był uzdolnionym i zaangażowanym nauczycielem. Nauczył podstaw medycyny bólu wielu lekarzy i wiele pielęgniarek nie tylko z terenu Dolnego Śląska.

podczas których popularyzował problematykę bólu wśród personelu medycznego (fot. 1).

W czasie pracy w Poradni Bólu rozwinął znacznie swój dorobek naukowy. Obejmuje on 92 pozycje: 80 publikacji i 12 streszczeń. Imponujący jest rozmiar zainteresowań obejmujący niemal cały obszar gałęzi wiedzy medycznej nazywanej obecnie medycyną bólu. Początkowo koncentrował się na ocenie skuteczności blokad nerwów różnego rodzaju, stąd seria publikacji o leczeniu neuralgii nerwu trójdzielnego we współpracy z chirurgami szczękowymi. Potem zajął się badaniami klinicznej przydatności opioidów. W 2000 r. opublikował pionierskie w piśmiennictwie polskim prace na temat własnych doświadczeń w leczeniu opioidami bólu nienowotworowego – temat do dzisiaj bardzo ważny i aktualny. Dalsze zainteresowania owocowały artykułami na temat bólu neuropatycznego, a także różnych psychologicznych i społecznych aspektów znaczenia bólu. Część publikacji, również współautorstwo podręczników i rozdziały w nich napisane, mają charakter popularyzacyjny, niezmiennie istotny dla środowiska medycznego i niemedycznego. Najważniejsze prace w piśmiennictwie zagranicznym ze znaczącymi wartościami współczynnika IF dotyczyły analizy skuteczności i bezpieczeństwa przezskórnego podawania opioidów w bólach nowotworowych i nienowotworowych.

W 2014 r. podjął postępowanie o nadanie stopnia naukowego doktora habilitowanego. Postępowania »



tego nie zakończył, a wydaje się, że na zwłokę wpłynęła jego zasadnicza zawodowa pasja, jaką było leczenie pacjentów. Pacjenci go uwielbiali, a przez to utrudniali karierę naukową. Było ich niezmiernie dużo, a „Sylwek” (jak go nazywali przyjaciele) nie potrafił odmówić cierpiącym. Dlatego przyjmował i w uniwersyteckiej poradni, i w innych miejscach aktywności zawodowej. Był doskonałym praktykiem. Miał gruntowną wiedzę, wysokiej klasy zdolności manualne i ogromną cierpliwość. Jego ciepło i łatwość kontaktu z ludźmi cierpiącymi z powodu bólu była powszechnie znana i wysoko ceniona. Oprócz zaawansowanych blokad jak m.in. neurolyza splotu skrzydłowo-podniebiennego do swego repertuaru wprowadził w 2011 r. termoleżę, a w 2012 r. krioleżę (**fol. 2**).

Był osobą bardzo dobrze znaną, lubianą i szanowaną w całej Polsce w środowisku medycznym zajmującym się bólem. Działał w Polskim Towarzystwie Badania Bólu i był bardzo wysoko ceniony przez kolejne zarządy towarzystwa. Jego bardzo wysoka pozycja w naszym kraju jako znawcy zagadnienia bólu powodowała, że był w tej dziedzinie ambasadorem Wrocławia i Dolnego Śląska.

Po przejściu na emeryturę na Uniwersytecie Medycznym kontynuował działalność usługową w Państwowym Szpitalu Klinicznym. Po połączeniu szpitali klinicznych Poradnia, którą kierował przez ponad



ćwierć wieku, została zlikwidowana. Dał się namówić na współpracę w nowej Poradni Leczenia Bólu na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu na ul. Borowskiej. Przyjmował tam pacjentów, dzielił się swoją szeroką wiedzą z personelem medycznym, jak za dawnych czasów. Aż przyszła zima 2020 r., a wraz z nią choroba, dla Niego ostatnia. ■

Andrzej Kübler



**ur. 29.04.1936 r.,
zm. 13.09.2020 r.**

Dr n. med. Józef Bryś

Psychiatra, elektrofizjolog, adiunkt Kliniki Psychiatrycznej, ordynator Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu, lekarz naczelny Miejskiego Szpitala Psychiatrycznego, ordynator Oddziału Leczenia Nerwic Specjalistycznego Zespołu Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu i ordynator Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego, wieloletni pracownik Kolejowej Służby Zdrowia.

Doktor Józef Bryś urodził się 29 kwietnia 1936 roku w Domaradzu w powiecie brzozowskim. W 1962 r. ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej we Wrocławiu i podjął pracę jako młodszy asystent w Klinice Psychiatrycznej. W 1965 r. uzyskał I stopień, a w 1969 r. II stopień specjalizacji z psychiatrii. Doktorat z nauk medycznych uzyskał w 1971 r.

„Znany zespołowi pracowników naukowych Kliniki jako lekarz bardzo odpowiedzialny, solidny, rzeczowy, o głębokiej wiedzy klinicznej i doskonałym wyrobieniu terapeutycznym” – napisali profesorowie Adam Bukowczyk i Augustyn Wasik w opinii rekomendującej dr. Brysia jako kandydata na stanowisko dyrektora Miejskiego Szpitala Psychiatrycznego we Wrocławiu. Takim zapamiętali Go współpracownicy i podwładni. Był człowiekiem niezwykle, nawet jak na swoje czasy, skromnym, unikającym efekciarstwa, o wielu zawodowych zainteresowaniach, którymi mógłby obdzielić kilku psychiatrów. Został autorem wielu publikacji z zakresu psychofarmakologii, głęboko zafascynowany elektrofizjologią i zjawiskami transowymi, daleko wyprzedzając na tych polach główny nurt polskiej psychiatrii. Szkolił się w zakresie elektroencefalografii i epileptologii w Marsylii, co pozwoliło na kontakt ze współczesnymi metodami diagnostyki europejskiej. Kierował pracownią EEG w szpitalu psychiatrycznym przy ul. Kraszewskiego we Wrocławiu, do ostatnich lat życia opisując badania zlecane przez lekarzy, wykształcił też swojego następcę.

Zainteresowania terapeutyczne dr. Józefa Brysia obejmowały także niestandardowe metody leczenia: hipnozę i elektroakupunkturę. Prowadził pokazy i szkolenia w zakresie hipnozy medycznej, poszukując dla niej zastosowań w leczeniu zaburzeń psychicznych. Zainteresowania aktywnością układu autonomicznego i somatycznymi zespołami czynnościowymi zachęciły dr. Brysia do objęcia ordynatury Oddziału Dziennego Leczenia Nerwic SZPOZ we Wrocławiu, gdzie był sukcesorem dr. Henryka Szydlika – twórcy pierwszego wrocławskiego Oddziału Leczenia Nerwic, wykorzystującego pionierskie w tamtych czasach metody psycho- i socjoterapii. Warto wspomnieć, że dr. Bryś szkolił się w tym zakresie u pioniera czeskiej psychoterapii – Stanisława Kratochvila. Umiejętności w tym zakresie umożliwiły Doktorowi objęcie ostatniej ordynatury – w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnień.

Koleczy i pacjenci dr. Józefa Brysia byli pod wrażeniem Jego łagodnej stanowczości, wnikliwej klinicznej i życzliwej, terapeutycznej postawy. Żartowaliśmy, że Doktor hipnotyzuje swoim spokojnym i głębokim spojrzeniem. Pozostajemy w takim stanie transu i smutku po Jego śmierci, 13 września 2020 r. ■

Krzysztof Małyszczak

17.01.2021

NARCYZ

Narcyz sam najlepiej wie, co jest dobre, co jest złe.
Jest w swych oczach nieomylny, wciąż wytyka błędy innym.
Zawsze się niewinny czuje, pilnie winnych wypatruje.
Błyszczą tylko na ich tle, o uczuciach mało wie.
Łatwo jego dumę zranić, chociaż innych Świat ma za nic.
Nigdy nie zapomni gdy go skrytykujesz,
Stracisz łaskę i wkrótce bardzo to odczujesz.
Przy najbliższym konflikcie wady twe odkryje,
Zrobi to z przyjemnością, bowiem po to żyje.
Łatwo o irytację, niezadowolenie
Niepokornych zwykle karze odrzuceniem.
A czy zgoda możliwa? – Przez ułaskawienie.

Zródło grafiki: www.pixabay.com/photos/feather-3237973/Bru-nO



Kącik poetycki

Czekamy na Twoją twórczość:
redakcja@dilnet.wroc.pl

Autorka jest lekarzem, specjalistą chorób wewnętrznych i pulmonologii, posiada doktorat z interny. Píše fraszki i opowiadania – głównie do szuflady, niekiedy maluje, interesuje się też psychologią. Lubi, kiedy jej świat nie jest jednorodny i szablonowy.

16.02.2021

TOKSYK

Gdy zechcesz mu pomóc, to jesteś frajerem
A jeśli nie zechcesz, wtedy jesteś "zerem"
Gdy Cię zdenerwuje, to zaraz odżyje,
Śladu nie zostawi, całą krew wypije.
Skupiony na sobie i na swoim wnętrzu
Zawsze ma się gorzej, a Ty jesteś szczęściarzem
I nadstaw takiemu swój drugi policzek
Nie doceni tego, nie masz na co liczyć.
Nikt nie jest dość dobry i wystarczający
Jeśli przyzna rację, to robi to kpiąco.
Jesteś tyle wart, na ile się przydasz,
Masz tyle zasobów ile Jemu wydasz.
Jeśli coś Ci da, to wkrótce wypomni,
A Twoje zasługi niebawem zapomni.
Bardzo łatwo wybucha gdy urazisz EGO,
Nie krytykuj toksyka, będziesz wrogiem Jego.
Tak rozmową pokieruje, że swe winy wnet odczujesz,
Sam zostanie idealny, więc uciekaj – łatwopalny

1.02.2021

CIOCIA ZOSIA I MAŁGOSIA

Ciocia Zosia powiedziała, że Małgosia nie umiała
Dziewczynka nic nie wiedziała, że Ciocia zły humor miała.
Małgosia się rozpląkała, bo Ciocię bardzo kochała.
Łatwo jest przekonać o wielkiej słabości,
Trudniej pomóc uwierzyć w swoje możliwości.
Bo nie najważniejsze co mówią o Tobie
Istotne jest tylko co Ty wiesz o sobie.
Nie jest najważniejsze co inni gadają,
Słowa są jak kamienie, na dno opadają.
Spełniaj swoje marzenia, później prośby innych,
Póki są do spełnienia i nie szukaj winnych.
Rób to z wielką radością, nie bądź męczennikiem,
Ciesz się samym dziełem, a później wynikiem.
Bądź życia autorem, wiele do stracenia,
Spełniasz wtedy swoje nie cudze marzenia.
Życie wówczas rozwinąć skrzydła Ci pozwoli.
Wspieraj ludzi w szczęściu, nie tylko w niedoli.
Wszystkich nie uszczęśliwisz, wielu żyje w cieniu,
Potrafią być tylko bardziej lub mniej NIEzadowoleni.
Dusza nie widzi słońca, co ich bardzo boli,
Sam się nie ucieszy, innym nie pozwoli.
Więc przebywaj Małgosiu w takim towarzystwie,
W którym będziecie mogli razem sobie błyszczeć.



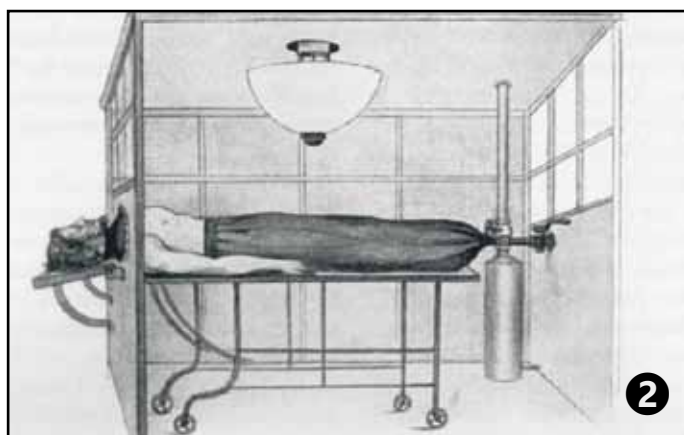
Pomruk salonów

SPACER HISTORYCZNY PO II KLINICE CHIRURG



Il Klinika Chirurgiczna, zwana potocznie „II chirurgią”, została otwarta w 1891 roku. Budynek, w którym się mieści, należał wówczas do jednych z najbardziej reprezentacyjnych (fot. 1). Usytuowana w nim klinika znajduje się przy głównej ulicy. Ulica ta nosiła niegdyś nazwę Tiergartenstrasse i prowadziła do znajdującego się za Odrą ogrodu zoologicznego. Naprzeciw kliniki znajdował się ostatni przystanek konnego jeszcze wtedy tramwaju.

W powstawaniu kliniki brał czynny udział jej szef – prof. Jan Mikulicz-Radecki, którego przybycie do Wrocławia zbiegło się z tym historycznym wydarzeniem. To właśnie wtedy wrocławska sala operacyjna okrzyknięta została jedną z najnowocześniejszych w Europie. Dzięki osiągnięciom prof. Mikulicza-Radeckiego do kliniki przyjeżdżali chirurdzy z całego świata, a wśród nich byli m.in. bracia Mayo i Harvey Cushing z USA. ■



W roku 1904 po raz pierwszy w świecie otwarto w klinice klatkę piersiową i z dobrym skutkiem zoperowano pacjenta z guzem wpustu. A wszystko to dzięki komorze podciśnieniowej (fot. 2) wynalezionej przez ucznia prof. Mikulicza-Radeckiego – Ferdinanda Sauerbrucha. Ujemne ciśnienie o wysokości -10 mm słupa rtęci umożliwiało otwarcie klatki piersiowej bez zapadania płuca. Warto przypomnieć, że operowano wtedy w znieczuleniu miejscowym, a wprowadzone dwa lata później znieczulenie ogólne spowodowało, że metoda wybitnego chirurga poszła w zapomnienie. 4 lata po śmierci prof. J. Mikulicza-Radeckiego (1909) obok budynku kliniki odsłonięto pamiątkową tablicę (fot. 3), na której bogini zdrowia Hygieja i bogini mądrości Atena oplatają skronie siedzącego na krześle Mikulicza wieńcem laurowym. ■



Klinika miała szczęście do wielkich nazwisk. Po wojnie pierwszym jej kierownikiem został prof. Wiktor Bross (fot. 4). Uczony był jednym z twórców polskiej kardiouchirurgii. 12 lutego 1958 roku po raz pierwszy w Polsce wykonano w klinice operację wrodzonej wady serca u dwunastoletniego chłopca w głębokiej hipotermii. Trzy lata później (12 kwietnia 1961) prof. Bross przeprowadził pierwszą operację z użyciem krążenia pozaustrojowego. A stało się to możliwe dzięki podarowanej przez Polonię amerykańską maszynę płuco-serce. Urządzenie zapewniło dalszy rozwój kardiouchirurgii, której prof. Bross był w Polsce niekwestionowanym pionierem. Uczony przyczynił się też do powstania nowej sali operacyjnej widocznej po lewej stronie starej kliniki na zdjęciu nr 1. Zaslугi profesora uwiecznione zostały na tablicy znajdującej się na zewnątrz kliniki (fot. 5). ■

► **Klinika miała szczęście do wielkich nazwisk. Po wojnie pierwszym jej kierownikiem został prof. Wiktor Bross. Uczony był jednym z twórców polskiej kardiouchirurgii.**



Obaj szefowie II Kliniki Chirurgicznej znaleźli swoje miejsce w Galerii Słynnych Wrocławian we wrocławskim ratuszu. Popiersie prof. J. Mikulicza-Radeckiego ufundowała w roku 1997 Dolnośląska Izba Lekarska (fot. 6). Od lewej: dr Franciszek Cymborski, ówczesny prezes DIL dr Włodzimierz Bednorz z córką, autor artykułu i twórca projektu popiersia artysta Ryszard Reguliński w chwilę po odsłonięciu popiersia 24 maja 1997 roku. Sponsorem popiersia prof. W. Brossa było Towarzystwo Chirurgów Polskich z oka-

▼ **Od lewej: dr Franciszek Cymborski, ówczesny prezes DIL dr Włodzimierz Bednorz z córką, autor artykułu i twórca projektu popiersia artysta Ryszard Reguliński w chwilę po odsłonięciu popiersia.**

zji 50-lecia Oddziału Wrocławskiego. A jego odsłonięcia – 19 czerwca 2001 roku – dokonali: ówczesny rektor AM we Wrocławiu prof. Leszek Paradowski i przewodniczący Zarządu Głównego TChP prof. Wojciech Noszczyk (fot. 7). Oba popiersia wykonał w dolnośląskim marmurze znany wrocławski rzeźbiarz Tomasz Rodziński. Za sprawą ówczesnego prezesa Oddziału – prof. Zygmunta Grzebieniaka, który przedsięwzięcie sfinansował, pierwotne gipsowe popiersia umieszczono w sali wykładowej, gdzie znajdują się do dzisiaj (fot. 8 i 9). ■

► **Sponsorem popiersia prof. W. Brossa było Towarzystwo Chirurgów Polskich z okazji 50-lecia Oddziału Wrocławskiego. A jego odsłonięcia dokonali: ówczesny rektor AM we Wrocławiu prof. Leszek Paradowski i przewodniczący Zarządu Głównego TChP prof. Wojciech Noszczyk.**



c.d. na następnej stronie



Sala wykładowa pamięta czasy prof. J. Mikulicza-Radeckiego i jest obecnie małym muzeum historii wrocławskiej chirurgii i anestezjologii, które działały w budynku kliniki. Na zdjęciu nr 8 widzimy popiersie prof. Brossa, a za nim na ścianie wiszą zdjęcia wszystkich kierowników kliniki, poczynawszy od prof. J. Mikulicza-Radeckiego z przełomu wieków XIX i XX, skończywszy na wspomnianym już prof. Grzebieniaku.

25 listopada 1994 roku w czasie uroczystego posiedzenia Oddziału Wrocławskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich jego aktualny przewodniczący prof. Bogdan Łazarkiewicz nadał sali wykładowej imię prof. Wiktora Brossa (fot. 10). Dokonano też odsłonięcia wykonanej z tej okazji płaskorzeźby, której twórcą był prof. Janusz Kucharski. W uroczystości wzięły udział żona profesora, synowa i wnuczka. Obecni byli ówczesny rektor naszej uczelni prof. Jerzy Czernik, prezes Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich prof. Seweryn Wiechowski, prezydent Wrocławia Bogdan Zdrojewski, rektorzy wyższych uczelni oraz przedstawiciele chirurgów niemieckich z prof. Waldemarem Kożuszkim na czele. ■



▼ **Profesor Koczorowski był stałym gościem naszej uczelnianej biblioteki, przygotowywał prof. Brossowi literaturę naukową, znał biegle język niemiecki, francuski i angielski, był prawdziwym erudyta. (...) W klinice mówiono, że „Koczor”, tak nazywał go prof. Bross, nawet „za Brossa się starzeje”. Na zdjęciu widzimy go w towarzystwie prof. Łazarkiewicza.**



W 1973 roku prof. W. Bross przeszedł na emeryturę. Bolesne było to dla niego doświadczenie, z czym w istocie nie mógł się pogodzić. Wtedy też klinikę podzielono na trzy specjalistyczne kliniki. Kierownictwo jednej z nich objął prof. Stefan Koczorowski, wieloletni przyjaciel profesora jeszcze z czasów lwowskich, który uchodził za mózg naukowy chirurgicznych osiągnięć prof. Brossa.

Profesor Koczorowski był stałym gościem naszej uczelnianej biblioteki, przygotowywał prof. Brossowi literaturę naukową, znał biegle język niemiecki, francuski i angielski, był prawdziwym erudyta. Spotykałem go w Muzeum Śląskim na prelekcjach o sztuce w sobotnie przedpołudnia. W klinice mówiono, że „Koczor”, tak nazywał go prof. Bross, nawet „za Brossa się starzeje”. Na zdjęciu nr 11 widzimy go w towarzystwie prof. Łazarkiewicza, który kierował po nim kliniką przez 20 lat, był rektorem naszej uczelni i strażnikiem akademickich tradycji. Krasnal nazwany jego imieniem „Łazarek” (fot. 12) stał od roku 2005 przed kliniką, ale skradziono go po kilkunastu miesiącach. ■

Wracając do sali wykładowej... Jej nieoficjalnym kustoszem jest Zbigniew Drelich, który zadbał o uzupełnienie brakujących zdjęć kierowników kliniki (luki powstały po odejściu prof. Brossa na emeryturę), a także szefów działającej w budynku kliniki anestezjologicznej. Na zdjęciu nr 9 widzimy go w towarzystwie prof. Grażyny Durek, jedynej kobiety w tym wybitnym towarzystwie, która była ostatnią szefową II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii. ■



Za miesiąc zapraszam na kolejny spacer.

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

100-letni starcy w różnych krajach. Ostatni (czerwcowy) numer nowojarskiego „Journal of Hygiene” podaje kilka wiadomości o stu-letnich i starszych osobnikach zarejestrowanych w różnych krajach i państwach. Francja na 39 milionów ludności posiada ich 243, Niemcy na 55 mil. ludności. – 78, Hiszpania na 18 milionów – 401, Anglia 146, Irlandia 588 (!), Szkocja 46, Danja – 2, Belgia – 6, Szwecja – 18, Norwegia – 23, Szwajcaria – 9, Rumunia – 1084 (!), Bułgaria – 2883 (!), Serbia – 575. Oczywiście w ostatnich państwach statystyka opiera się na opowieściach samych starców, którzy zaokrąglają wiek swój i dla których omyłka o kilkanaście lat jest niedostrzegalną. Dalej, autor nie podając źródeł przytacza, iż w Rosji znajduje się obecnie jeden starzec w wieku 160 lat, w Buenos-Ayres – w wieku 150 i w Syberji w wieku 140 lat.

„Zdrowie” 1898, XIV, 408

* Dzienniki donoszą, że tytuły lekarzy wojskowych w armii austriackiej zostaną zreformowane. Dotychczasowe tytuły zostaną zniesione, a natomiast będą wprowadzone nowe, jak kapitan-lekarz, major-lekarz, podpułkownik-lekarz i t. p. Również oficerowie będą obowiązani do oddawania lekarzom wojskowym takich honorów, jakie oddają oficerom wyższych stopni.

„Lwowski Tygodnik Lekarski” 1907, II, 664

excerpta selegit
Andrzej Kierzek

Zapiski emeryta



Najazd Hunów

Cesarstwo rzymskie było wspaniale zorganizowane – system podatkowy, transport (niektóre drogi używane są do dziś), akwedukty (niektóre mają spadek 20 cm na długości ok. 20 km!). Kres tego imperium zapoczątkował najazd Hunów. Ze wschodu.

Wygląda na to, że koronawirus czyni to samo ze światem, w którym żyliśmy do tej pory. Przybył prawdopodobnie ze wschodu, z ogromnych targów żywnością, ze straganów pełnych wszystkiego co chodzi, pełza i fruwa w Azji. Z nieznanych powodów ruszył na podbój współczesnego imperium światowego. Kryzys gospodarczy, zamykanie fabryk, utrata pracy przez miliony osób. Ludzie zamknięci w domach, z zakazami poruszania się po swoim mieście, ograniczenia w spotkaniach towarzyskich, powrót do zamykania granic państwowych, zapasć ruchu lotniczego. Na całym świecie ochrona zdrowia znalazła się w ogromnym kryzysie. Trwa brutalna – jak w czasach prehistorycznych – walka o nowe dobro – szczepionki. Tego nikt nie przewidział.

Jednocześnie znacznie rozwinęły się branże informacyjne oraz metody inwigilacji obywateli. A wszystko pod hasłem kontroli rozprzestrzeniania się wirusa. Nasilił się ruch w sieciach społecznościowych. Znacząco wzrosły też dochody ogromnych międzynarodowych korporacji.

Czy obserwujemy właśnie zmierzch znanej nam cywilizacji? Czy wirusy to współcześni Hunowie ze wschodu – kiedyś korzystający z szybkich małych koników, teraz z globalnej sieci transportowej? Zmieniają dotychczasowy świat za pomocą wojny hybrydowej.

Patrzę przez okno... Śnieg prószy cichutko i pokrywa świat bielą. Może czas ulepić bałwana?

dr Józef emeryt

Podziękowania

Szanownemu Panu **dr. med. Maciejowi Kentelowi** z eMKaMED Centrum Medycznego składam serdeczne podziękowania za rzetelne, fachowe, pełne empatii zaangażowanie w moje problemy zdrowotne.

wdzięczna Marzena Pyter

Składam serdeczne podziękowania całemu zespołowi Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej w Zgorzelcu, z p. ordynatorem **dr. Witoldem Koryckim** na czele, za profesjonalizm i bardzo troskliwą opiekę nad moim Tatą **lek. Adamem Szczepańskim**.

lek. stom. Beata Szczepańska-Jaroszewicz z rodziną

Kierując się wielkim uznaniem i ogromną wdzięcznością, składam najszczerze podziękowania za troskliwą opiekę w ostatnich dniach życia mojego Taty, **Tadeusza Mazura**, wspaniałym lekarzom: **dr. Jackowi Adamusowi, dr. Magdalenie Bujak, dr. Agacie Drożdż, dr. n. med. Anecie Kowal, dr. hab. n. med. Wiktora Kuliczowskiego, dr. Oldze Łozowej, dr. Alinie Niedzielskiej, dr. n. med. Julii Rudno-Rudzińskiej, dr. Monice Wachowiak** oraz całemu zespołowi pielęgniarskiemu z Medicus Clinic we Wrocławiu. Wasz trud, poświęcenie i troska zasługują na wyrazy największego uznania.

dr. n. med. Maciej Mazur



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/flowers-1335636/callumramsay

XVIII Ogólnopolska Wystawa Malarstwa Lekarzy

30 maja – 5 czerwca 2021 r.,

Klub Lekarza w Łodzi

Na Ogólnopolską Wystawę Malarstwa Lekarzy Komisja Kultury Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zaprasza już po raz osiemnasty.

Lekarzy zainteresowanych udziałem w wystawie prosimy o dostarczenie swych prac do OIL w Łodzi (93-005 Łódź, ul. Czerwona 3) do 14 maja br.

Obrazy mogą być wykonane w dowolnych technikach i formatach. Wraz z tytułami prac i nazwami technik, w jakich są wykonane, prosimy o przesłanie następujących danych: tytuł, imię i nazwisko autora, rodzaj jego specjalizacji, adres zamieszkania. Przyjmujemy maksymalnie 2 prace od jednego autora ze względu na ograniczenia powierzchni wystawienniczej.

Kontynuując tradycję zapoczątkowaną podczas wcześniejszych edycji wystawy planujemy przeprowadzenie konkursu, w którym prace oceni jury złożone z trójki profesjonalistów.

Wernisaż wystawy odbędzie się 30 maja 2021 roku (niedziela) o godz. 17.00 w Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3, a wystawa potrwa do 5 czerwca br.

Wernisaż może zostać odwołany z przyczyn niezależnych od organizatorów (sytuacja epidemiczna). W sytuacji tej materiał filmowy z przebiegu otwarcia wystawy, ogłoszenia wyników konkursu i wręczenia nagród będzie wyemitowany na platformie YouTube. Planujemy też wydanie katalogu.

Kontakt:

Iwona Szelewa, kierownik sekretariatu, tel. 42 683 17 01, fax. 42 683 13 78, e-mail: biuro@oil.lodz.pl



Kulturalnik lekarski

Opracowała Paulina Góra

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/film-1392141/kalhh

Film: *Space Sweepers*, Bidang Pictures Dexter Studios. Premiera: luty 2021, Netflix.

Zawsze nie oznacza na zawsze, a życie na Ziemi nie jest bezterminowe. Zanieczyszczenie powietrza, wojny, eksploatacja bogactw naturalnych, przemoc, nienawiść zniszczyły planetę. Przyszłość została zdominowana przez codzienność, która ma wpływ na teraźniejszość. Ludzkość nie przestała jednak marzyć o lepszym świecie dla swoich dzieci.

Space Sweepers to koreańska produkcja filmowa z gatunku science fiction z wartką akcją w reżyserii Jo Sung-hee. Rok 2092. Czas, kiedy nadzieja bazuje na wierze w zbawczą moc nauki i umysłu. Nuklearny wyścig zbrojeń przyczynił się do wymarcia roślinności dającej życiodajny tlen. Zanieczyszczenie powietrza jest tak ogromne, że ludzkość musi szukać w kosmosie nowego miejsca do życia. Głód, bieda i brak tlenu doprowadzają ludzi do obłądu. Cywilizacja upada, a apokaliptyczny scenariusz staje się nieunikniony. Wszelkobeczny kryzys to jednak nie powód, by przestać walczyć o lepsze jutro.

Space Sweepers to koreańska produkcja filmowa z gatunku science fiction z wartką akcją w reżyserii Jo Sung-hee. Rok 2092. Czas, kiedy nadzieja bazuje na wierze w zbawczą moc nauki i umysłu. Nuklearny wyścig zbrojeń przyczynił się do wymarcia roślinności dającej życiodajny tlen. Zanieczyszczenie powietrza jest tak ogromne, że ludzkość musi szukać w kosmosie nowego miejsca do życia.

Teo-ho, kapitan Jang, Tiger Park oraz robot wojskowy Bubs to załoga niezawodnej kosmicznej śmieciarki. Kosmos jest przepełniony śmieciami wyprodukowanymi przez Ziemię. Wyrzucane przez lata odłamki zagrażają stacjom kosmicznym, na których zamieszkuje coraz więcej ludzi. Śmieciarze próbują sprzątać to bezkresne miejsce, codziennie ryzykując życiem. Niebezpieczeństwo staje się źródłem ich zarobków. Czteroosobowa załoga statku Zwycięzcy musi bowiem zmagać się z nieustannymi problemami finansowymi, które powodują coraz większe problemy. Ich wybawcą stać się ma zaginiony robot, za znalezienie którego oferowana jest pokaźna nagroda.

Robot skrywa tajemnicę, bo w rzeczywistości to siedmioletnia dziewczynka, która z powodu eksperymentalnego leczenia wykazuje niesamowite zdolności. To z ich powodu jest poszu-

kiwana przez kosmicznego potentata – szalonego naukowca, najbogatszego i jednocześnie najstarszego człowieka. Zamierza on zniszczyć Ziemię, aby zrealizować swój plan wyeliminowania słabych, chorych i według niego genetycznie niegodnych ludzi. Załoga Zwycięzcy stawia mu jednak opór. Z pozoru nic nieznaczący śmieciarze okazują się niezwykle utalentowanymi młodymi ludźmi, którzy potrafią i chcą walczyć o lepsze jutro.

Po wielkim sukcesie *Parasite*, świat na nowo zachwycił się koreańskimi filmami. Koreańska fala, znana do tej pory tylko za sprawą muzyki, zaczęła wdzierać się na ląd również pod postacią wspaniałych filmów i seriali. A seulskie kino zdecydowanie zasługuje na uwagę. *Space Sweepers* pokazał dobitnie, że Koreańczycy kręcą nie tylko niesamowite dramaty (tak często remakowane przez Amerykanów), ale i świetne filmy akcji.

Na szczególną uwagę zasługuje również obsada filmu. Song Joong-ki to aktor, który udowodnił, że jest w stanie udźwignąć każdą produkcję. Jego rola w *Arthdal Chronicles* – serialu dostępnym na platformie Netflix – otworzyła mu drzwi do międzynarodowej kariery. Warto obejrzeć również film z 2012 roku pt. *A Werewolf Boy*. Song Joong-ki pokazał w nim całą gamę swoich aktorskich umiejętności. Natomiast Kim Tae-ri to lubiana, ceniona i często nagradzana koreańska aktorka.

Space Sweepers przedstawia nowatorskie podejście do łączenia fikcji z rzeczywistością. Autorzy scenariusza zadbali o to, aby film był zgodny z aktualnym stanem wiedzy naukowej, jednocześnie ukazując realną przyszłość.

Space Sweepers jest niewątpliwie miłą odskocznią od produkowanych w nadmiarze komedii romantycznych i dramatów. Przede wszystkim jednak stanowi ciekawą propozycję na zimowy wieczór. ■

Space Sweepers przedstawia nowatorskie podejście do łączenia fikcji z rzeczywistością. Autorzy scenariusza zadbali o to, aby film był zgodny z aktualnym stanem wiedzy naukowej, jednocześnie ukazując realną przyszłość. Space Sweepers jest niewątpliwie miłą odskocznią od produkowanych w nadmiarze komedii romantycznych i dramatów.



CZAS NA RELAKS

Litery z pól oznaczonych cyframi od 1 do 8 utworzą rozwiązanie (hasło medyczne). Hasło prosimy przesłać na adres pocztowy lub e-mailowy: redakcja@dilnet.wroc.pl **do 23 marca 2021 r.** z dopiskiem na kopercie lub w temacie wiadomości elektronicznej „Krzyżówka – nr 3/2021”.

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy trzy nagrody książkowe (prosimy o podanie adresu do wysyłki). Nazwiska nagrodzonych zostaną opublikowane w nr 4/2021 „Medium”. Życzymy udanej zabawy!

BADANIE WEWNĘTRZNEJ ŚCIANY ŻOŁĄDKA	LEKARZ CHOROBY KOBIECYCH	W RECE ARTYSTY MALARZA	TWARDY METAL	JEDNA Z WIELU W KSIĄŻCE	ROZPOCZYNA STUDNIÓWKĘ	OZDOBA MĘŻCZYZNY	CHABER	PŁYNIE PRZECIECIEK	WYSPA HISZPAŃSKA	RELIGIJNY UTWÓR WOKALNY	DRAG POŻARNICZY	NACZYNIE FOTOGRAFA	1
PODPORA MOSTU										NARZĄD WZROKU			
				ANGIELSKI SZLACHCIC			JEDEN Z ZABÓJCÓW CEZARA				5		
KAPITAN „NAUTILUSA”				3	ZERWANIE POWŁOKI					MATKA KAINA			
					BOCZNA W KOŚCIELE			RULON BANKNOTÓW					
					PIANISTKA JAPONSKA			OBROŃCA LUDU					
GAZ GROŹNY W KOPALNI						URZĘDOWE PAPIERY				PRETENSJA ŻYWIWA DO KOGOŚ	GÓRNA GRANICA	4	MAŁA ŁÓDŹ
JAPONSKA SZTUKA WALKI		PRZEŁOŻONY OPACIWA	OŚWIECZA NIEBO NA POWITANIE NOWEGO ROKU	SKŁADNIK POWIETRZA			PRZEPŁYWA PRZECIECIEK	ZGRUBIENIE NA ŁYDCE				8	
						CIECZ LABORATORYJNA	MILCZEK W WODZIE						
WŁOSKA GWIAZDA FILMOWA							BRAT KAINA			PRZED CZERWCEM		POETA WĘGERSKI	
ŁÓŚ Z SZEROKIMI ROGAŁAMI, ZWANYMI ŁOPATAMI				6	ROŚLINA WARZYWNA O CZERWONYM MIĄSZU		7			FILM W REŻYSERII PAWEŁA PAWLIKOWSKIEGO			
NIETOPERZ	DUŻY BALKON					SPECJALISTA BADAJĄCY SKŁAD CHEMICZNY SUBSTANCJI					2		

1

2

3

4

5

6

7

8

Rozwiązanie krzyżówki z „Medium” 2/2021: ODONTOJATRIA
 Z grona Czytelników, którzy nadesłali prawidłowe rozwiązania, wylosowane zostały:
1. Beata Lubieniecka-Szczelina ze Świdnicy, 2. Magda Korzawa-Antoniewicz z Kamienia, 3. Jakub Ociepa z Wrocławia.
 Wylosowanym lekarzom-szaradziom gratulujemy!
 Nagrodami są książki, które prześlemy pocztą.



BIURO DIL

pon. śr. pt. 8.00-15.30, wt. 8.00-16.30
czwartki w godz. 8.00-17.00

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45

Dyrektor

mgr Maria Danuta Jarosz, tel. 71 798 80 90

Sekretariat

inż. Magdalena Smolis – specjalista,
tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51
mgr inż. Dorota Flak – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 54, 71 798 80 52

Księgowość

mgr Urszula Majchrzak – zastępca dyrektora Biura
DIL ds. finansowych – tel. 71 798 80 87
mgr Halina Rybacka – starsza księgowa, tel. 71 798 80 70
mgr Katarzyna Nowak – księgowa, tel. 71 798 80 72

Składki na rzecz DIL/Wpłaty i wypłaty

Agata Gajewska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 65
mgr inż. Justyna Słomian – specjalista,
tel. 71 798 80 83

Komórka placowo-kadrowa

mgr Joanna Mańturzyk – kierownik, tel. 71 798 80 73
mgr Agnieszka Jamrozak – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 88

Komisja: Stomatologiczna, Historyczna i Kultury, Finansowa, Rewizyjna Pośrednictwo pracy

mgr Agnieszka Jamrozak – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 88

Rejestr Lekarzy i Prywatnych Praktyk Lekarskich

Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru
tel. 71 798 80 55,

Joanna Żak – starszy specjalista, tel. 71 798 80 60,
Małgorzata Kubarycz-Hoszowska – specjalista,
tel. 71 798 80 61,

mgr Agata Sobarska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 82,
Paulina Mostek – starszy referent, tel. 71 798 80 57

Komisja Etyki, Komisja Współpracy Lekarska

Kasa Pomocy Koleżeńskiej

Ewa Świerka – specjalista, tel. 71 798 80 71

poniedziałek-piątek 8.00-15.00

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskiej

BGŻ O/Wrocław 64 2030 0045 1110 0000 0035 5040

Komisja Kształcenia Lekarzy i Lekarzy Dentystów

e-mail: komisja.kształcenia@dilnet.wroc.pl

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 81

Patrycja Malec – starszy specjalista, tel. 71 798 80 68

poniedziałek-piątek 8.00-15.00

Kursy do stażu podyplomowego

e-mail: staz@dilnet.wroc.pl

mgr Małgorzata Krupa-Mączka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 81

Komisja Bioetyczna

Joanna Gajewska – specjalista, tel. 71 798 80 74

Zespół Radców Prawnych

koordynator zespołu: mec. Beata Kozyra-Lukasiak

poniedziałek-środa 13.00-15.00

mec. Monika Huber-Lisowska, tel. 71 798 80 62

środa, piątek 9.30-13.00; wtorek, czwartek 10.30-14.00

Biuro Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Ewa Bielońska – kierownik, tel. 71 798 80 77,

Anna Pankiewicz – starszy referent, tel. 71 798 80 78,

Marzena Majcherkiewicz – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 76,

Angelika Bebnarek, tel. 71 798 80 75

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Stebel – kierownik,

Patrycja Muszyńska – specjalista, tel. 71 798 80 79

Informacja o ubezpieczeniach

Renata Czajka – starszy specjalista, tel. 71 798 80 66,

Jolanta Kowalska-Jóźwik – referent, tel. 71 798 80 58

Informatycy

inż. Wiktor Wołodkiewicz, tel. 71 798 80 84

Michał Waszak, tel. 71 798 80 85

Filie biura w delegaturach

Wrocław

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej

Bożena Kaniak, czwartek, 16.00-17.00

Jelenia Góra

Przewodnicząca Delegatury Jeleniogórskiej

Barbara Polek, wtorek 10.00-11.30

Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze

ul. Ogińskiego 6, I piętro, pokój 233

tel./fax 75 753 55 54,

Krystyna Kolado – obsługa biura

poniedziałek, wtorek, piątek 10.00-14.00

środa, czwartek 11.00-15.00

e-mail: dil_jeleniagora@dilnet.wroc.pl

Wałbrzych

Przewodnicząca Delegatury Wałbrzyskiej

Dorota Radziszewska, wtorek 15.00-16.00

ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych

Beata Czołowska – specjalista, tel. 74 665 61 62

poniedziałek-czwartek 9.00-17.00, piątek 9.00-13.00

e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica

Przewodnicząca Delegatury Legnickiej

Ryszard Kępa, wtorek 15.00-16.00

pl. Słowiański 1, 59-220 Legnica, tel. 76 862 85 76

e-mail: dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Krystyna Krupa – specjalista

pon.-piątek, 8.00-15.00, wtorek 8.00-16.00

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich

i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej

Danuta Bujwid – specjalista, tel. 71 344 68 28

OGŁOSZENIA DROBNE

ZATRUDNIĘ

◆ Prestiżowe Centrum Stomatologiczne we Wrocławiu podejmie współpracę z lekarzem stomatologiem z doświadczeniem w stomatologii zachowawczej w pełnym zakresie, protetyki lub endodoncji mikroskopowej. Posiadamy dobrze wyposażone gabinety, własną pracownię protetyczną oraz RTG wraz z tomografią komputerową. Zainteresowane osoby proszone są o kontakt telefoniczny pod nr tel. 691 361 364

◆ Przychodnia we Wrocławiu przy ul. Strachocińskiej 84 poszukuje lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny rodzinnej. Atrakcyjne warunki, miła atmosfera. Forma zatrudnienia i godziny pracy do uzgodnienia. Zapraszamy do kontaktu tel. 697 514 440.

◆ Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni lekarza psychiatrę, internistę i lekarza rehabilitacji medycznej lub chętnych do specjalizacji w zakresie psychiatrii i rehabilitacji medycznej. Oferujemy bardzo dobre warunki placowe oraz mieszkanie służbowe. Kontakt: tel. 77 403 43 07; e-mail: sws.kadry@op.pl

◆ Centrum Stomatologiczne Nadent we Wrocławiu zatrudni lekarza stomatologa ze specjalizacją (stomatologia ogólna lub stomatologia zachowawcza z endodoncją), również mile widziany lekarz stomatolog w trakcie specjalizacji. Pacjenci w ramach NFZ i prywatni. Warunki zatrudnienia do uzgodnienia. Kontakt tel. 693 444 329.

◆ Szukamy talentów stomatologii i medycyny estetycznej do kliniki w Świdnicy. Zapraszamy wszystkich lekarzy, wykonujących zabiegi: medycyny estetycznej, stomatologii zachowawczej i estetycznej, stomatologii dziecięcej, periodontologii, zaburzeń SSZ oraz chętnych do dokończenia się w zakresie ortodoncji. Chętnych prosimy o kontakt e-mailowy: nclinic@nclinic.pl lub tel. 604 620 882.

◆ Gabinet stomatologiczny zlokalizowany w centrum Wrocławia nawiąże współpracę z lekarzem dentystą. Pacjenci w ramach NFZ i prywatni. Gabinet w pełni wyposażony, do dyspozycji RVG, mikroskop, mikrosilnik endodontyczny, system do wypełniania kanałów gutaperką na gorąco, wysokiej jakości materiały. Gabinet posiada dużą bazę pacjentów. Osoby zainteresowane proszę o kontakt telefoniczny: 507 921 184.

◆ Zatrudnię ginekologa do pracy w poradni, ewentualnie wynajmę gabinet, tel. po godz. 20.00, kom. 721 264 977.

◆ NZOZ EVITA w Nowej Rudzie zatrudni lekarza do podstawowej opieki zdrowotnej. Wymiar godzin do uzgodnienia. Dla zainteresowanych oferujemy mieszkanie służbowe zlokalizowane w malowniczym krajobrazie Gór Sowich, tel. 531 038 838.

◆ Centrum Stomatologiczne „Klinika Uśmiechu” w Brzegu Dolnym poszukuje do współpracy ambitnego stomatologa. Bardzo dobre warunki, mikroskop zabiegowy, RTG, panorama. Praca na 4 ręce. Pacjenci prywatni, pełne grafiki. Osoby chętne prosimy o przesłanie CV na adres e-mail: klinika.usmiechu@gmail.com, tel. 790 568 005.

◆ Nieduży, ale prężnie działający prywatny gabinet na Krzykach (dwie lokalizacje) podejmie współpracę (2-3 zmiany w tygodniu) z lekarzem dentystą w zakresie stomatologii zachowawczej. Mile widziane umiejętności w kierunku protetyki i/lub chirurgii. Pacjenci wyłącznie prywatni. Wymagana własna działalność gospodarcza. Przynajmniej kilkuletnie doświadczenie w zawodzie. Poza tym pozytywna energia, uśmiech, a także kompleksowe podejście oraz dar zjednywania sobie pacjenta – niezbędne. Osoby zainteresowane proszę o wysłanie CV lub kontakt pod nr tel. 503 383 403, po godz. 20.30.

INNE

◆ Wrocław – do wynajęcia gabinet stomatologiczny 53 m², wejście od ulicy. Kontakt tel. 607 38 99 94.

◆ Wynajmę gabinet lekarski (77 m²) na Muchoborze Małym, tel. 691 896 539.

◆ Wynajmę nowy gabinet lekarski w Wołowie. Gabinet (15 m²) umeblowany, wyposażony w klimatyzację, internet, poczekalnia, WC – zgodnie z wymogami sanepidu, monitoring, parking, sterylizatornia, prowadzenie rejestracji pacjentów. Możliwość wstawienia własnego sprzętu. Elastyczna forma najmu gabinetu, tel. 602 745 622.

◆ Sprzedam praktykę stomatologiczną, lokal i sprzęt w centrum Jeleniej Góry, tel. 606 617 362, 694 121 223.

◆ Gabinet stomatologiczny w centrum Wrocławia do wynajęcia 2-4 razy w tygodniu. Nowy, w pełni wyposażony, kom. 603 260 893.

Wynajmę nowe gabinety lekarskie i stomatologiczne,
tel. 660 109 319 (Świdnica).

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi (ul. Wodociągowa 4) w Opolu zaprasza do współpracy LEKARZY specjalistów lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie **psychiatrii dorosłych, dzieci i młodzieży oraz neurologii.**

Zapraszamy również lekarzy chcących rozpocząć kształcenie w tych dziedzinach.
Oferujemy możliwość zatrudnienia na umowę o pracę lub kontrakt.
Szczegółowe informacje: Dział Kadr, tel. 77 541 42 43

GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O.

W GŁOGOWIE

pilnie zatrudni

LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE:

- medycyny ratunkowej (i innej) do pracy na SOR w Głogowie z możliwością zamieszkania,
- pediatrii (O/Pediatryczny i O/Neonatologiczny)
- ginekologii i położnictwa,
- chirurgii ogólnej,
- anestezjologii i intensywnej terapii,
- internistów,
- lekarzy rodzinnych do pracy w POZ w Głogowie.

Zapewniamy:

- atrakcyjne warunki placowe,
- dowolna forma zatrudnienia,

- duże możliwości rozwoju zawodowego.

Posiadamy również wolne miejsca na szkolenie specjalizacyjne lekarzy w trybie rezydentury, w kierunku:

- Oddział Neurologii i Leczenia Udarów Mózgu,
- Oddział Ginekologiczno-Położniczy,
- Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- Oddział Chirurgii Ogólnej,
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

KONTAKT:

Głogowski Szpital Powiatowy Sp. z o.o.
w Głogowie

ul. T. Kościuszki 15, 67-200 Głogów
tel. 76 837 33 29, kom. 609 457 199
fax: 76 837 33 77

Feeria

Feeria
science

bestseller



*Nowe wydanie
bestsellerowej
książki, która
pomogła
tysiącom doro-
słych dzieci
alkoholików!*

PREMIERA

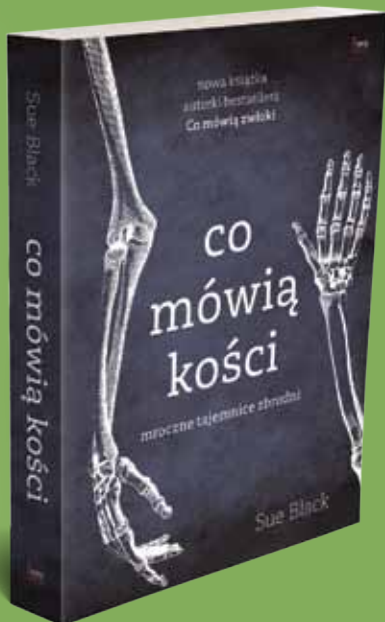
10.02.2021

nowość

Co mówią kości, Sue Black

Kości są ostatnimi strażnikami naszego ziemskiego życia, dającymi świadectwo, jak je przeżyliśmy.

*Z niezwykłą
wrażliwością,
profesjonaliz-
mem i... dow-
cipem, znanymi
już z Co mówią
zwłoki, Black
pokazuje nam
nieśmiertelność
ludzkich tajem-
nic i przepro-
wadza przez
najciekawsze
zakamarki pracy
antropologa!*



PREMIERA

10.02.2021

Terminy dyżurów

Prezes DRL Paweł Wróblewski
przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu
z sekretariatem,
tel. 71 798 80 52

Wiceprezes DRL Piotr Knast, czwartek, 13.00-14.00

Wiceprezes DRL ds. stomatologii Iwona Świętkowska,
czwartek, 12.00-16.00

Wiceprezes DRL ds. kształcenia Andrzej Wojnar,
przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu z sekretariatem

Wiceprezes DRL i przewodnicząca Delegatury
Wrocławskiej Bożena Kaniak, czwartek, 16.00-17.00

Sekretarz DRL Małgorzata Niemiec,
czwartek, 15.15-16.00

Skarbnik Ryszard Jadach

Przewodniczący Komisji Etyki DRL
dr n. med. Jakub Trnka, czwartek, 15.00-16.00

Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów

lek. Aleksander Błaszczuk, tel. 603 877 518

Delegatura Jelenia Góra

Przewodnicząca Barbara Polek, wtorek 10.00-11.00

Delegatura Legnica

Przewodniczący Ryszard Kępa, wtorek, 15.00-16.00

Delegatura Wałbrzych

Przewodnicząca Dorota Radziszewska,
wtorek, 15.00-16.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Piszko, wtorek, 10.00-12.00

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Jan Spodzieja, czwartek, 11.00-13.00

Dyżur RODO i ws. EDM

inż. Maciej Koziejko w każdy drugi i czwarty wtorek
miesiąca od godz. 14.00 do godz. 18.00
Kontakt do specjalisty: kom. 607 505 694

centrum ortopedyczne
ORTHO+MED

we Wrocławiu
ul. Krynicka 7-9

podejmie współpracę ze specjalistami:

**Reumatologii
Pulmonologii
Neurologii**

Kontakt pod nr telefonu: 601 614 226
E-mail: biuro@ortho-med.info



elmedes.pl

Andrzej Białek - unity i ich wyposażenie - 601 41 51 51

Marcin Białek - autoklawy i mikrosilniki - 601 05 88 19

Krzysztof Palczyński - radio-obrazowanie - 605 95 68 07

Rafał Pielichaty - serwis - 608 84 77 25

Końcówki AKOS z czterołożnym sprayem Turbiny z głowką Standard i Torque



DentaFlex

Wyposażenie konsoli lekarza:

- dmuchawka trzyfunkcyjna
- mikrosilnik bezszczotkowy i dwie kątnice
- dwie turbiny na szybkozłączkę KaVo
- lampa polimeryzacyjna 3 funkcyjna
- skaler z funkcją endodoncji i 6 grotami

Wszystkie narzędzia obrotowe i skaler z podświetleniem

Wyposażenie konsoli asysty:

- dmuchawka trzyfunkcyjna
- wąż ssaka i wąż ślinociągu
- piaskarka

Wyposażenie dodatkowe:

- stółek lekarza
- zestaw olejów ze stosownymi aplikatorami do konserwacji końcówek
- układ permanentnego splukiwania systemu ssania (po podniesieniu węża ssaka cały układ ssania dostaje nieco wody dzięki czemu jest długo czysty i sprawny)

Cena zestawu: 36.500PLN
24 miesiące gwarancji na unit

elmedes@elmedes.pl