



Nr 7-8/2021 (371-372) lipiec-sierpień 2021

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej



**WAKACJE
W CIENIU COVID, s. 8**

**WYBORY DELEGATÓW NA OKRĘGOWY ZJAZD
LEKARZY DIL NA OKRES IX KADENCJI**

Wspieramy

placówki medyczne i praktyki lekarskie
z **Wrocławia i Dolnego Śląska**



Aktualnie dla współpracujących z nami placówek medycznych we Wrocławiu, **poszukujemy:**

- lekarzy specjalistów (różne specjalizacje)
do pracy w centrach medycznych
- lekarzy specjalistów wykonujących
badania endoskopowe (gastroskopia, kolonoskopia)
- lekarzy zainteresowanych
wynajmem sal operacyjnych (różne formy współpracy)
- lekarzy zainteresowanych pracą
w poradniach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
- partnerów medycznych
do uruchomienia działalności POZ

Wspieramy w zakresie:

- obsługa administracyjna
- skuteczne akcje marketingowe i promocyjne (m.in. Google Adwords)
- nawiązywanie współpracy z lekarzami i partnerami medycznymi
- kompleksowe realizacje (od projektu do druku) materiałów informacyjnych i reklamowych (ulotki, plakaty, wizytówki, itp.)

Zadzwoń i zapytaj w czym możemy pomóc!



604 143 789



biuro@dilmed.pl

SPIS TREŚCI

Co nowego w medycynie	4
Wybory delegatów na OZL DIL	6
Informacja o obowiązkach lekarza, lekarza dentystry wobec OIL	7
COVID-19	
8 Wybierając się na wakacje pamiętajmy, że wirus nie ma wolnego Maciej Sas	
11 Im więcej osób zostanie zaszczepionych, tym mniej szans pozostawiamy wirusowi do replikacji i zmienności Rozmawia Maciej Sas	
13 Doświadczenia z pandemii: nasza lekcja na przyszłość Mariusz Kielar	
15 Krajobraz po burzy czy burza w szklance wody? Maciej Bładowski, Adrian Doroszo	
WYWIAD „MEDIUM”	
20 Kiedy niemożliwe staje się możliwe – terapia CAR-T Rozmawia Aleksandra Szołtys	
23 Nowotwór jelita grubego – tylko najwyższa jakość leczenia Rozmawia Aleksandra Solarewicz	
26 Młoda kadra jest przyszłością medycyny Rozmawia Maciej Sas	
Z PORADNIKA PSYCHOPRAKTYKA	
28 Silny umysł na trudne czasy – rzecz o odporności psychicznej Dariusz Delikat	
Wydarzyło się	30
40 Jak pokonać pandemię w dwie godziny? Maciej Sas	
HISTORIA I MEDYCINA	
43 Mediacje lepsze od sporu sądowego Agnieszka Sierko	
44 Prawo na co dzień Beata Kozyra-Lukasiak	
Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu	48
Uchwały DRL i Prezydium DRL	49
Konferencje i szkolenia	50
Wspomnienie pośmiertne	54
Pro memoria	55
Kącik młodego lekarza	56
Felietony	58
Kulturalnik lekarski	64
Rozrywka	65
Ogłoszenia	66

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: naczelna@dilnet.wroc.pl, kom. 535 814 903
Aleksandra Szołtys – młodszy redaktor,
Aleksandra Kołodziejczyk – sekretarz redakcji
Wiktor Wołodkiewicz – skład i łamanie,
Tomasz Janiszewski – projekt okładki

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący,
Małgorzata Niemiec – zastępca przewodniczącego,
Barbara Brzuzewicz-Mikłaszewska, Katarzyna Jungiewicz-Janusz,
Bożena Kaniak, Andrzej Kierzek, Marta Kornacka,
Dorota Radziszewska, Iwona Świętowska, 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 28 czerwca 2021 r.

Druk: Drukarnia Infopakt s.j.,
ul. Przewozowa 4, 44-251 Rybnik, tel. 32 423 85 90

Komentarz aktualny

Fot. z archiwum PW.



Choć wakacje rozpoczęły się od spadków zachorowań na COVID-19, walka z pandemią trwa. Niestety jak na razie nie ma nadziei na skuteczny lek przeciw SARS-CoV-2. Wciąż badane różne preparaty przeciwwirusowe, od osocza ozdrowieńców po legendarną amantydynę, nie wykazują wystarczającej skuteczności. Osocze, o ile pomoże,

nalegałoby podawać w ciągu pierwszych dni od zakażenia, co w praktyce jest trudne do wykonania. Amantydyna na pewno... poprawia zaś nastrój... Jedy-ną szansą na pokonanie pandemii są więc szczepienia. Wydaje się jednak, że pojęcie odporności populacyjnej, a tym samym cała filozofia walki za pomocą szczepień ochronnych, nie za bardzo dociera do umysłów wielu Polaków, nie-stety także niektórych lekarzy.

Tymczasem aktualna wiedza medyczna jest taka: szczepienia ochronne to jedno z największych osiągnięć medycyny. Dzięki nim niektóre choroby, daw-niej nękające ludzkość, stały się rzadkością lub zostały zupełnie wyeliminowane. Odporność zbiorowa zaś dotyczy nie tylko uodpornionych – to także ochrona osób nieuodpornionych, a to dlatego, że większa część społeczeństwa wytwor-zyła już przeciwciała dzięki zaszczepieniu lub poprzez przejście danej choroby. Istotnym pojęciem jest tzw. próg odporności zbiorowej, czyli odsetek osób uodpornionych w skali całej populacji. Sprawia on, że liczba nowych zachoro-wań zaczyna się zmniejszać. W przypadku np. odry ten próg bezpieczeństwa wynosi aż 95%, czyli tyle osób musi być odpornych w danej populacji, aby zapa-nować nad chorobą! W krajach, w których poziom wyszczepienia ludności spada poniżej 90%, już dziś wybuchają miniepidemie. Choć w przypadku SARS-CoV-2 mówi się o poziomie ok. 70%, to jednak pamiętajmy, że to tylko szacunki, które zweryfikuje życie. Dlatego zaszczepić się powinno jak najwięcej osób w jak naj-krótszym czasie: wtedy wirus straci swoich żywicieli, przestanie się mnożyć i tym samym niebezpiecznie mutować. Trzeba pamiętać, że część osób nie może przy-jąć szczepionki z powodu przeciwwskazań zdrowotnych, dostępne zaś prepara-ty nie są w 100% skuteczne. Jeśli mamy silne organizmy, a nie zaszczepimy się, przejdziemy chorobę łagodnie, ale zarazimy tych, którzy z różnych przyczyn nie mogli się zaszczepić. Może być też tak, że szczepionka nie wywołała prawidło-wej odpowiedzi immunologicznej i część z nich z pewnością zachoruje i umrze. Pamiętajmy, że szczepiąc się chronimy nie tylko siebie, ale także tych, których organizmy nie potrafią się obronić przed wirusem. Dlatego myślenie i mówienie: „skoro inni się zaszczepili – ja nie muszę” jest karygodne! To tak, jakby kierowca samochodu nagle uznał, że skoro inni jeżdżą zgodnie z przepisami, to on już nie musi i w ślad za tym zaczyna wjeżdżać na pasy na czerwonym świetle zabijając pieszych. Jeśli ktoś ma jeszcze jakieś wątpliwości co do przyjętej przez cały świat strategii walki z pandemią, to proponuję sięgnąć po obowiązujące każdego le-karza opracowania i zalecenia towarzystw naukowych i instytucji powołanych do takiej działalności. Jednocześnie kolejny raz przypominam, że do takiego postępowania obliguje nas Kodeks etyki lekarskiej i obowiązujące ustawodaw-stwo. Opieranie się na opiniach medycznych celebrytów i tworzonych przez nich ad hoc „niezależnych stowarzyszeń”, niezależnych głównie od... wiedzy i rozu-mu, kończy się zazwyczaj w lekarskim sądzie.

Tymczasem w polityce zdrowotnej wrze. Czerwcowe posiedzenie Naczelnej Rady Lekarskiej zaowocowało wotum nieufności wobec obecnego ministra zdrowia i jego działań. Jako wyraz braku kompetencji i zaniedbań ministra oraz kierowanego przez niego resortu uznano sytuację, w której w ostatnim roku w Polsce liczba zgonów nadliczbowych jest najwyższa w Europie. Do tego zarzucono ministrowi chaos decyzyjny i informacyjny dotyczący obostrzeń epidemicznych oraz szczepień, odrzucanie proponowanych przez samorząd lekarski konkretnych projektów regulacji ustawowych, m.in.: przygotowanej przez Naczelną Radę Lekarską ustawy ograniczającej odpowiedzialność cy-wilną, karną i zawodową lekarzy walczących z epidemią koronawirusa; zmia-ny ustawy dotyczącej najniższych wynagrodzeń w podmiotach leczniczych z proponowanymi przez samorząd lekarski i reprezentacje innych zawodów medycznych, przyjętymi w drodze racjonalnego konsensu, współczynnikami wynagrodzeń; brak ustawy wprowadzającej zapowiadany przez ministra system no-fault. Do tego doszedł brak stanowczej reakcji na przejawy hejtu w stosunku do lekarzy w mediach, brak jednoznacznej reakcji na dezinformację w kwestii epidemii koronawirusa czy propagowane pseudometody jej zwalczania, dopuszczenie do pracy w Polsce lekarzy o niesprawdzonych kwa-lifikacjach i bez znajomości języka polskiego, chaotyczne decyzje finansowe, w tym decyzje dotyczące zasad przyznawania tzw. dodatków covidowych i wiele innych. Jaki będzie tego efekt – zobaczymy.

Andrzej Wojnar



Co nowego w... medycynie



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/coronavirus-disease-covid-2019-5060510/MintBlack4u

► ANTICOVIDOWY CZIP RODEM Z PENTAGONU

Być może niedługo będziemy dysponować podskórnym czipem wykrywającym zakażenie koronawirusem, zanim pojawią się jego objawy. Nad taką właśnie technologią, która może pomóc ograniczyć nieświadome rozprzestrzenianie SARS-CoV-2, pracują naukowcy z Pentagonu.

Będący w końcowej fazie badań czujnik znajduje się w zielonym żelu i w takiej postaci umieszczany jest pod skórą. Specjalny sensor prowadzi stałą analizę krwi, dzięki której możliwe jest wczesne wykrycie ewentualnego zakażenia. – Umieszczasz urządzenie pod skórą, ono śledzi reakcje chemiczne w organizmie, a sygnał informuje, czy będziesz miał jutro symptomy – tłumaczy dr Matt Hepburn, szef zespołu ds. zaawansowanych projektów badawczych Pentagonu. Ma to znaczenie w sytuacji, gdy nawet jedna trzecia zakażonych nie wykazuje żadnych objawów COVID-19.

Wymownego kontekstu konferencji prasowej z dr Hepburnem na temat innowacyjnego czipa nadaje fakt przeprowadzenia jej na lotniskowcu USS Theodore Roosevelt, na którym w ubiegłym roku blisko 1,3 tys. członków załogi zakażyło się koronawirusem. Kierowany przez naukowca zespół opracował także specjalny filtr, który umieszcza się w maszynie do dializy w celu usunięcia wirusa z krwi. Urządzenie zostało dopuszczone do użycia przez Amerykańską Agencję Żywności i Leków. ■

Źródło: [esculap.com](https://www.esculap.com), 2021

► ŻEL POTRÓJNIE... POŻĄDLIWY

Zespół naukowców z Uniwersytetu Stanowego Karoliny Północnej połączył w żelu substancję przeciwwirusową, antykoncepcyjną i poprawiającą ukrwienie narządów płciowych. Tym samym udało się uzyskać substancję, która jednocześnie zapobiega ciąży, chroni przed wirusami i zwiększa libido – donosi czasopismo „Bioactive Materials”.

Nowatorski żel jest wynikiem połączenia antykoncepcyjnego gossypolu, przeciwwirusowego tenofowiru i zwiększającej ukrwienie gliceryny. W testach na szczurach opracowany preparat zapobiegał ciąży w 100%, podczas gdy dostępne na rynku tego rodzaju produkty mają w tym względzie średnią skuteczność 87%. – W naszej nowej formule zastosowaliśmy trzy farma-

kologiczne substancje. Mamy nadzieję, że ten działający potrójnie antykoncepcyjny żel będzie mógł zwiększyć bezpieczeństwo i jakość seksualnych zbliżeń – mówi prof. Ke Cheng, współautor badań. ■

Źródło: *Bioactive Materials*, 2021



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/aloe-vera-2417091/Lovesevenforty



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/alarm-clock-2116007/congerdesign

► WCZESNE ŚNIADANIE MOŻE POMÓC W ZAPOBIEGANIU CUKRZYCY

Śniadanie przed godz. 8.30 rano może przyczyniać się do redukcji ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2 – poinformowali naukowcy na konferencji online ENDO 2021 organizowanej przez Endocrine Society. – Zaobserwowaliśmy, że osoby, które zaczynały spożywać posiłki wcześniej w ciągu dnia, miały niższy poziom cukru we krwi oraz mniejszą insulinooporność bez względu na to, czy ograniczały czas spożywania posiłków do dziesięciu godzin w ciągu dnia, czy też rozkładały posiłki na trzynaście godzin – mówi autorka badań dr Marriam Ali z amerykańskiego Uniwersytetu Północno-Zachodniego w Chicago.

W badaniach uczestniczyło 10 575 dorosłych osób, które – w zależności od pory przyjmowania pokarmu w ciągu dnia – podzielono na trzy grupy: krócej, niż dziesięć godzin, dziesięć-trzynaście godzin oraz ponad trzynaście godzin. Następnie osoby badane podzielono na podgrupy w zależności od pory spożywania śniadania przed czy po godz. 8.30 rano. Zaobserwowano niższy poziom insulinooporności we wszystkich gru-

pach u osób, które spożywały śniadanie przed godz. 8.30 rano. – Sugeruje to, że czas zjedzenia pierwszego posiłku ma większy wpływ na czynniki metaboliczne niż długość okna czasowego, w którym jemy – zauważa dr Ali. ■

Źródło: www.endocrine.org, 2021



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/mosquito-4998145/shammikn

► NADZIEJA W BADANIACH NAD SZCZEPIONKĄ PRZECIWKO MALARII

W przeprowadzonym w Burkina Faso badaniu z udziałem dzieci opracowana przez naukowców z Oksfordu szczepionka przeciwko malarii wykazała 77% skuteczność – donoszą brytyjscy naukowcy. To pierwszy preparat dający nadzieję na skuteczną ochronę przed chorobą zabijającą rocznie 400 tys. najmłodszych mieszkańców Afryki. Większość ofiar przenoszonej przez komary choroby stanowią bowiem małe dzieci.

Dwunastomiesięczne badanie kliniczne objęło 450 dzieci w Burkina Faso, miejscowości znajdującej się w zachodniej Afryce. Po jego obiecujących wynikach już niebawem planowane jest rozpoczęcie dużo większych badań z udziałem prawie 5 tysięcy pacjentów w czterech afrykańskich krajach. Po raz pierwszy od długiego czasu pojawiła się bowiem realna szansa na większą skuteczność zapobiegania zachorowaniom na malarię. Do tej pory pomimo dekady starań udało się zarejestrować tylko jedną szczepionkę przeciwko malarii – RTS,S. Preparat produkowany jest przez koncern GlaxoSmithKline, jednak jego skuteczność w badaniach szacowano na 25-50%. Pierwsze programy pilotażowe szczepień z użyciem tego środka rozpoczęły się w 2019 r. w Malawi.

Zdaniem prof. Adriana Hilla, dyrektora Instytutu Jennera na Uniwersytecie Oksfordzkim w Wielkiej Brytanii, gdzie opracowano nową szczepionkę, celem jest ograniczenie liczby zgonów z powodu malarii z 400 tys. rocznie do „dziesiątek tysięcy” w ciągu pięciu lat. Profesor Hill zapowiedział ponadto, że jego ośrodek planuje podjąć starania o dopuszczenie szczepionki do użytku w trybie ratunkowym, co nie ma precedensu w przypadku malarii. – Jeśli zrobiono to w przypadku szczepionek na COVID-19 w ciągu miesięcy, dlaczego nie można by tego zrobić w przypadku malarii w podobnym czasie, zwłaszcza że to problem zdrowotny na większą skalę w Afryce? – pyta retorycznie prof. Hill. ■

Źródło: www.jenner.ac.uk, 2021

► NOWY WARIANT KORONAWIRUSA POCHODZĄCY OD PSA

Na podstawie analizy przypadku zapalenia płuc u malezyjskiego dziecka z 2018 roku naukowcy z międzynarodowego zespołu opisali na łamach czasopisma „Clinical Infectious Diseases” nowego, nieznanego wcześniej koronawirusa, który najprawdopodobniej



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/dog-2785074/PicsbyFran

przeszedł na małego pacjenta z psa. Wciąż jeszcze nie wiadomo, czy patogen stwarza zagrożenie, niemniej jednak jego odkrycie wskazuje, że wirusy tego typu mogą przechodzić na ludzi znacznie częściej, niż sądzono dotychczas. W razie potwierdzenia chorobotwórczości u ludzi będzie to ósmy znany koronawirus, który może szkodzić ludziom.

Profesor Gray i jego współpracownicy w 2020 roku opracowali test wykrywający większość koronawirusów z tej samej rodziny, do której należy SARS-CoV-2. Za pomocą tego testu naukowcy przeanalizowali 301 archiwalnych materiałów dotyczących przypadków zapalenia płuc. U ośmiu osób hospitalizowanych z powodu zapalenia płuc w malezyjskim stanie Sarawak natknęli się na informację o koronawirusach infekujących psy. Wybór właśnie tego rejonu Malezji do poszukiwań nowych wirusów podyktowany jest jego wysoką bioróżnorodnością. Następnie specjaliści z Ohio State University wyhodowali wirusa pochodzącego od jednego z ósemki pacjentów i zbadali jego genom. Na podstawie tej analizy badacze doszli do wniosku, że mają do czynienia z nieznanym wcześniej koronawirusem.

– Nikt nie wie, jak powszechny jest ten wirus i czy może się sprawnie przenosić z psów na ludzi lub między ludźmi – mówi kierujący badaniami prof. Gregory Gray z Duke University. – Jeszcze ważniejsze jest to, że koronawirusy prawdopodobnie przechodzą ze zwierząt na ludzi dużo częściej, niż się wydawało. Nie wykrywamy ich, ponieważ większość szpitalnych testów diagnostycznych reaguje tylko na znane już koronawirusy.

Prawdopodobnie istnieje wiele psich koronawirusów, które przechodzą na ludzi bez naszej wiedzy. Wiele z tych przeskoków to ślepe uliczki, ponieważ wirusy te nie opuszczają nawet pierwszego, ludzkiego gospodarza. Jednak, jeśli naprawdę chcemy zmniejszyć zagrożenie, musimy lepiej obserwować pod kątem nowych wirusów sfery, w których spotykają się ludzie i zwierzęta oraz badać osoby mocno chore, aby je hospitalizować – podkreśla ekspert. Jak twierdzi, opracowane przez niego narzędzie jest w stanie wykryć nowe wirusy, zanim spowodują epidemię.

– Patogeny te nie powodują pandemii w jedną noc. Wiele lat mija, zanim przystosują się do ludzkiego układu immunologicznego, spowodują infekcję i zaczną sprawnie przenosić się między ludźmi. Musimy szukać tych patogenów i wcześniej je wykrywać – dodaje prof. Gray. ■

Źródło: *Clinical Infectious Diseases*, 2021

Wybory delegatów

NA OKRĘGOWE ZJAZDY LEKARZY I KRAJOWY
ZJAZD LEKARZY NA OKRES IX KADENCJI

Przed nami wybory na IX kadencję



Komunikat OKW

W związku ze stanowiskiem Krajowej Komisji Wyborczej z 29 maja 2021 roku i wynikającej z niego konieczności zmiany liczby członków rejonu wyborczego uprawnionych do wyboru jednego delegata na Zjazd Delegatów DIL IX kadencji, wstrzymujemy wybory w rejonach wyborczych w celu dokonania stosownych zmian i powtórzenia czynności określonych procedurą wyborczą.

W imieniu Okręgowej Komisji Wyborczej DIL przepraszamy za utrudnienia.

Kalendarium wyborcze:

- **10-11 czerwca 2021 r.** ustalenie rejonów wyborczych DIL
- **11 czerwca 2021 r.** publikacja list członków rejonów wyborczych w BIP DIL i na stronie internetowej DIL w zakładce Wybory. Wstępne imienne listy członków rejonów wyborczych są także dostępne w siedzibie DIL.
- **do 12 lipca 2021 r.** do godziny 24.00 OKW przyjmuje pisemne wnioski członków izby o umieszczenie na liście innego rejonu wyborczego. Lekarz lub lekarz dentysta umieszczony na liście określonego rejonu wyborczego może wystąpić, pisemnie w terminie 30 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 dentystry 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.
- **do 16 sierpnia 2021 r.** do godz. 15.00 – osobiste zgłaszanie kandydatów na delegatów w rejonach wyborczych. W przypadku zgłoszenia złożonego za pośrednictwem poczty tradycyjnej decyduje data stempla pocztowego, pod warunkiem że przesyłka wpłynie do OKW DIL **do 18 sierpnia 2021 r. do godz. 14.00.**

Wniosek o przeniesienie do innego rejonu wyborczego oraz karta zgłoszenia kandydata na delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy są dostępne na stronie DIL w zakładce Wybory.

lek. Małgorzata Niemiec,
przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej DIL

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 2 czerwca 2021 roku

NR 51/2021

*w sprawie ustalenia liczebności rejonów
wyborczych oraz liczby mandatów*

§ 1

1. Rejon wyborczy obejmuje nie mniej niż 43 lekarzy uprawnionych do głosowania w danym rejonie. 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 43 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 22 lekarzy oraz 2 delegatów na 65 lekarzy).

NR 52/2021

w sprawie uchylenia uchwały nr 23/2021 DRL z dnia 18 marca 2021 roku w sprawie ustalenia rejonów wyborczych, uchwały nr 41/2021 DRL z dnia 20 maja 2021 w sprawie ustalenia liczby mandatów w poszczególnych rejonach wyborczych DIL oraz liczby mandatów na Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu uchyla uchwałę nr 23/2021 DRL z dnia 18 marca 2021 roku w sprawie ustalenia rejonów wyborczych oraz uchwałę nr 41/2021 DRL z dnia 20 maja 2021 roku w sprawie ustalenia liczby mandatów w poszczególnych rejonach wyborczych DIL oraz liczby mandatów na Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 11 czerwca 2021 roku

NR 56/2021

w sprawie ustalenia rejonów wyborczych DIL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu ustala rejon wyborczy stanowiące załącznik do niniejszej uchwały.

Załącznik dostępny jest na stronie DIL.

Informacja o obowiązkach lekarza, lekarza dentysty wobec okręgowej izby lekarskiej, której jest członkiem.

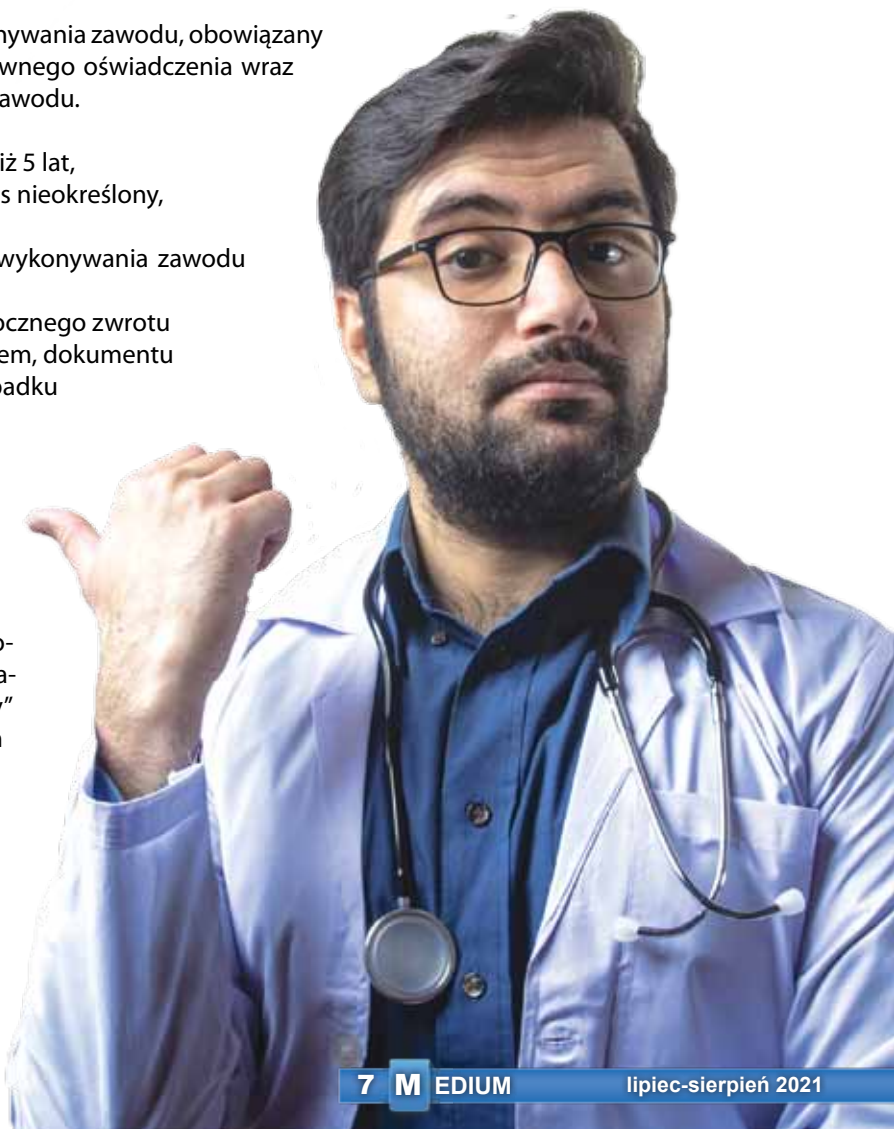
Na podstawie art. 8 pkt. 3 oraz art. 49 ust. 5, 6 i 7 ustawy o izbach lekarskich z dnia 2.12.2009 r. (tj Dz. U. z 2019 r., poz. 965 ze zmianami) oraz § 20 uchwały nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13.01.2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestru lekarzy i lekarzy dentystów – lekarz, lekarz dentysta obowiązany jest, w terminie 30 dni, do zawiadomienia okręgowej izby lekarskiej, której jest członkiem o:

- zmianie nazwiska;
 - zmianie adresu zamieszkania i do korespondencji z podaniem numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej;
 - uzyskaniu lub utracie obywatelstwa polskiego;
 - zatrudnieniu – przedkładając zaświadczenie wydane przez pracodawcę zawierające datę zatrudnienia, formę zatrudnienia, stanowisko oraz wymiar czasu pracy, a po zakończeniu zatrudnienia świadectwo pracy. W przypadku umowy cywilnoprawnej: kserokopia umowy oraz zaświadczenie o realizowaniu bądź wykonaniu tej umowy;
 - wykonywaniu zawodu wyłącznie w praktyce lekarskiej (raz na 5 lat);
 - zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - utracie dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu;
 - uzyskaniu specjalizacji, stopnia naukowego lub tytułu naukowego;
 - przyznaniu emerytury lub renty (decyzja ZUS bądź aktualna legitymacja emeryta/rencisty);
 - posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie;
 - wykonywaniu zawodu w innym niż Rzeczypospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej
- przedkładając dokumenty lub oświadczenia potwierdzające zaistniałe zmiany.

Ponadto:

1. lekarz, lekarz dentysta, który zrzekł się prawa wykonywania zawodu, obowiązany jest do złożenia okręgowej radzie lekarskiej stosownego oświadczenia wraz z dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu.
2. lekarz, lekarz dentysta, który:
 - przerwał wykonywanie zawodu na okres dłuższy niż 5 lat,
 - uprzednio zaprzestał wykonywania zawodu na czas nieokreślony,
 - miał zawieszone prawo wykonywania zawodu,obowiązany jest powiadomić o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu właściwą okręgową radę lekarską.
3. lekarz, lekarz dentysta obowiązany jest do bezzwłocznego zwrotu okręgowej radzie lekarskiej izby, której jest członkiem, dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu w przypadku pozbawienia go prawa wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu lub utraty prawa wykonywania zawodu.
4. lekarz, lekarz dentysta pełniący czynną służbę wojskową, na czas tej służby, powinien być wpisany na listę członków Wojskowej Izby Lekarskiej.
5. lekarzowi, lekarzowi dentyście nie wolno odstępować dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza”, „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” innej osobie oraz przysyłać go w obrocie krajowym i zagranicznym.

lek. Małgorzata Niemiec, przewodnicząca Komisji
ds. Rejestracji Lekarzy
i ds. Stażu Podyplomowego





Wybierając się na wakacje pamiętajmy, że wirus nie ma wolnego

Gdzie potrzebny jest certyfikat covidowy, a które kraje go nie wymagają? Dokąd wybrać się w poszukiwaniu wakacyjnych wrażeń, a które rejony świata lepiej w tym roku omijać z daleka? Sprawdzamy, na co trzeba się przygotować, planując tegoroczny urlop.

Tekst Maciej Sas

Obostrzenia, wymagania, badania i certyfikaty – wszystko to może utrudnić tegoroczny wypoczynek. Co prawda epidemia w wielu krajach wraz z nadejściem lata zbiera mniej obfite żniwo, nie znaczy to jednak, że można pozwolić sobie na wszystko, co cieszyło nas w czasie wakacji jeszcze dwa lata temu.

Dokąd najłatwiej, gdzie najbezpieczniej

Zmęczeni trwającą od kilkunastu miesięcy epidemią i spragnieni swobody z nadzieją przyglądamy się ofertom wakacyjnym, szukając miejsca, w którym można by choć na chwilę zapomnieć o SARS-CoV-2 i związanych z nim ograniczeniach. Nie będzie to jednak łatwe i – co podkreślają eksperci – zupełne zapomnienie o nękającym nas koronawirusie może oznaczać poważne kłopoty.

– Nie rozdzielamy zasad zachowania w czasie wakacji i w czasie pracy albo będąc na urlopie w kraju od tego, co robimy za granicą – i w jednym, i w drugim przypadku trzeba zachować zdrowy rozsądek. Musimy się zachowywać spokojnie i rozumnie, by nic złego się nie stało – przestrzega prof. dr hab. n. med. Andrzej Gładysz, emerytowany specjalista chorób zakaźnych z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Dokąd się wybrać, by najłatwiej uniknąć ograniczeń i ustrzec się zakażenia wirusem? Adam Karpiński, ekonomista, ekspert branży turystycznej, wykładowca Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu nie ma wątpliwości: najłatwiej i najbezpieczniej zorganizować sobie wakacje w Polsce.

– W naszym kraju nie ma wielu obostrzeń, z którymi zetkniemy się za granicą, oczywiście poza noszeniem maseczki w miejscach publicznych – mówi. – Ale nikt nie będzie nas pytał o na przykład paszport covidowy. Kiedy natomiast wybierzemy się za granicę do któregoś z krajów Unii Europejskiej na dłużej niż 24 godziny, musimy mieć taki certyfikat – podkreśla.

Jak działa certyfikat?

Certyfikaty, zgodnie z unijnym prawem obowiązujące od 1 lipca, będą mogły pobrać osoby, które spełniły jeden z trzech warunków:

1. są w pełni zaszczepione, a więc przyjęły dwie dawki szczepionki lub preparat jednodawkowy; w tym przypadku certyfikat jest ważny od 14. do 365. dnia po podaniu ostatniej dawki.
2. mają negatywny wynik testu na obecność koronawirusa; w tym przypadku certyfikat jest ważny 48 godzin).
3. wyzdrowiały po chorobie COVID-19; tu certyfikat jest ważny od 11. do 180. dnia od uzyskania pozytywnego wyniku testu PCR.

Taki unijny Certyfikat COVID (UCC) można znaleźć na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP). Trzeba się na nim zalogować (choćby

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/globe-trotter-1828079/lang/



profilem zaufanym), potem w zakładce „Certyfikaty” wybrać rodzaj certyfikatu, a następnie wybrać: „Pobierz kod QR”. Na koniec wystarczy zapisać dokument na smartfonie czy laptopie albo go wydrukować i... gotowe.

”

– Nie rozdzielajmy zasad zachowania w czasie wakacji i w czasie pracy albo będąc na urlopie w kraju od tego, co robimy za granicą – i w jednym, i w drugim przypadku trzeba zachować zdrowy rozsądek. Musimy się zachowywać spokojnie i rozumnie, by nic złego się nie stało – przestrzega prof. dr hab. n. med. Andrzej Gładysz, emerytowany specjalista chorób zakaźnych z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

“

Zagranica zagranicy nierówna

Jeśli nie Polska, to co? Są na mapie Europy kraje atrakcyjne turystycznie, które nie wymagają takiego dokumentu – Albania, Macedonia Północna, Chorwacja i Cypr. – Przyjmują turystów z całej Europy. Najłatwiej, nie mając zrobionego testu, dotrzeć tam samochodem z uwagi na to, że w Czechach, na Węgrzech lub Serbii do 24 godzin, tranzytowo, nie trzeba mieć certyfikatu. Można tam przenocować, ale nie można przebywać dłużej niż 24 godziny – zastrzega Adam Karpiński.

Bez certyfikatu można się też wybrać do niektórych państw poza Europą: do Dominikany, Meksyku czy Kostaryki, a także na afrykański Zanzibar. – Tyle że gdy pojedziemy do kraju, który nas wita z otwartymi ramionami, możemy zostać nie mile zaskoczeni przy powrocie, bo może się okazać, że polskie przepisy zmuszają nas do zrobienia testu sprawdzającego – ostrzega ekspert branży turystycznej. W krajach egzotycznych, a więc krajach Ameryki Południowej, Afryki czy Azji korzystamy z linii lotniczych. Nawet więc gdybyśmy mogli się bez problemów pojawić na terenie takiego kraju, to musimy się liczyć z tym, że wracając, będziemy zmuszeni zrobić test PCR lub antygenowy albo zostaniemy skierowani na dziesięciodniową kwarantannę.

Ekspert z WSB radzi też, byśmy wybierając kraj na wakacyjne wojaże, dokładnie zapoznali się również z obostrzeniami lokalnymi. – Takie dodatkowe ograniczenia wprowadzają np. Włosi, Francuzi czy Hiszpanie. Może to być godzina policyjna albo zakaz wychodzenia do niektórych miejsc. Przed wyjazdem trzeba to dokładnie sprawdzić – najlepiej przez stronę Ministerstwa Spraw Zagranicznych, ale też na stronach ambasad danego kraju, jeśli jedziemy indywidualnie – wyjaśnia Adam Karpiński. – Jeżeli natomiast wybieramy się z biurem podróży, to ono jest zobligowane do tego, by wszystko sprawdzić i nas na to przygotować. Zwłaszcza że organizator turystyki (zgodnie z prawem) jest zobowiązany do realizacji programu. Jeśli więc zapisał w nim coś, to musi zostać zrealizowane. Oczywiście kiedy pojawiają się sytuacje naturalne jak pożar czy wybuch wulkanu, nie odpowiada za to – zaznacza.

Zarówno Adam Karpiński, jak i prof. Andrzej Gładysz odradzają podróże do krajów uznanych przez polskie Ministerstwo

Spraw Zagranicznych za niebezpieczne pod względem epidemicznym. Chodzi głównie o państwa azjatyckie, w których rozprzestrzenia się wariant Delta koronawirusa, czyli szczególnie Indie i Wietnam. – Przed podjęciem decyzji warto się dobrze zastanowić i dowiedzieć, jak wygląda życie w kraju, do którego chcemy się wybrać. Bo nawet jeśli wyjedziemy na Zanzibar czy do Egiptu, a jeden człowiek będzie się bał drugiego, zostaniemy zamknięci w hotelu, to czym takie wakacje będą się różniły od pobytu w hotelu w Mikołajkach? Może słońce będzie mniej przewidywalne w Polsce, ale poza tym może się to niczym nie różnić – tłumaczy wykładowca Wyższej Szkoły Bankowej.

Profesor Gładysz podpowiada, by dokładnie sprawdzać, czy na terenie, który wybraliśmy, jest już inwazja wariantu Delta – o 60 procent bardziej zaraźliwego od innych. – Nie mamy informacji, żeby on był bardziej niebezpieczny, ale im więcej ludzi się zakazi, tym większe jest ryzyko zgonu czy ciężkiego przebiegu choroby – wyjaśnia znany zakaźnik. – Teraz Daleki Wschód to kierunki bardzo ryzykowne. Tam nawet przy używaniu masek FFP3 bałbym się, że ryzyko jest zbyt wielkie.

Jak uniknąć kwarantanny?

Dodajmy, że osoby wracające z krajów strefy Schengen z kwarantanny zwalnia negatywny wynik testu PCR lub antygenowego, wykonanego nie później niż 48 godzin przed przekroczeniem granicy. Taki test można też wykonać już po przekroczeniu granicy. W takim wypadku negatywny wynik zwolni nas z kwarantanny, na którą jesteśmy kierowani automatycznie po powrocie. I w tym przypadku mamy na to 48 godzin od chwili przyjazdu do Polski. Trzeba jednak pamiętać, że to czas do chwili wprowadzenia wyniku przez laboratorium do systemu teleinformatycznego sanepidu. Warto więc na taki test wybrać się jak najszybciej, np. od razu na lotnisku.

Nieco inaczej jest w przypadku osób wracających spoza strefy Schengen. I tu z kwarantanny zostaniemy zwolnieni, jeśli dysponujemy negatywnym wynikiem testu (PCR lub antygenowego) wykonanego po przybyciu do Polski w ciągu co najwyżej 48 godzin od przekroczenia granicy. Ale tu nie są honorowane badania wykonane za granicą! Najłatwiej testy wykonać na jednym z 3 wyznaczonych do tego punktów Portu Lotniczego we Wrocławiu. Tu test antygenowy kosztuje 200 zł, a PCR – 360 zł.

Nie traćmy czujności

Bez względu na to, dokąd się wybierzemy, zdaniem prof. Gładysza powinniśmy przestrzegać praktykowanych od półtora roku zasad: dystans, maseczka, dezynfekcja. – Epidemia się nie skończyła, nie dajmy się zaczarować informacjami, że spada liczba wykrywanych zakażeń. Jest lato, odpowiednia temperatura, woda, na powietrzu mamy prawo wszędzie (w górach, nad morzem, w Polsce, Grecji czy Chorwacji) czuć się rozluźnieni i bezpieczniejsi. Ale zawsze największym zagrożeniem będzie duże skupisko ludzi i nasze integrowanie się z nimi – przestrzega specjalista chorób zakaźnych. – Bo niezależnie od tego, jaki odsetek społeczeństwa Europy czy świata jest zaszczepiony, to ciągle jest to za mało. Nadal nigdzie nie osiągnęliśmy odporności zbiorowej – nawet w Izraelu, gdzie mówi się o zaszczepieniu 90 procent populacji. Ale reszcie Europy i świata daleko do tego wyniku – podkreśla.

Pan profesor radzi więc, byśmy cały czas unikali skupisk ludzkich, ostrożnie kontaktowali się z ludźmi, których spotykamy pierwszy raz. Odradza też wchodzenie do wnętrza restauracji, mimo że w większości krajów zostało to już umożliwione.

– Pomieszczenia zawsze są największym zagrożeniem, bo tam jest największe stężenie wirusów. Wystarczy wśród stu osób »

pięciu siewców SARS-CoV-2 i można stworzyć takie stężenie, że ofiarą padnie kilkanaście dotąd zdrowych osób, które są najbardziej wrażliwe, osłabione lub najbardziej eksponowane na działanie wirusa – mówi profesor. I dodaje, że na świeżym powietrzu, np. na plaży ryzyko jest minimalne, choć nie można go wykluczyć całkowicie. – Jeśli bowiem przy brzegu będzie się blisko siebie pluskało 100 osób, to zagrożenie jest poważne: jeden kichnie, drugi zakasze, ktoś się zachłyśnie i wypluje wodę i... zakażenie gotowe. Musimy pamiętać, wirus nie ma urlopu tak jak my – przypomina.

Wrocławski zakaźnik podkreśla, że np. Grecja chętnie przyjmuje turystów zagranicznych, ale wymaga testu od osób, które zaszczepiły się drugą dawką w okresie krótszym niż trzy tygodnie od przyjazdu tam. – I mają rację, bo wiadomo, że odporność u normalnego człowieka wytwarza się minimum 8 dni, a maksymalnie nawet trzy tygodnie – przypomina. – Ale np. w przypadku pracownika ochrony zdrowia to zyskiwanie pełniej odporność może trwać jeszcze dłużej, bo układ odpornościowy reaguje w zależności od tego, na ile jest dostępny. Co to znaczy? Jaką ilością nowych patogenów jest w danej chwili atakowany. On je segreguje, robi swoisty triaż: który z nich ma być w pierwszej kolejności zneutralizowany – tłumaczy obrazowo prof. Andrzej Gładysz.

Przezorny, zawsze ubezpieczony

Na jeszcze jedną arcyważną kwestię związaną z wakacjami zwraca uwagę Adam Karpiński z WSB we Wrocławiu. Przypomina, byśmy wybierając się za granicę, pod żadnym pozorem nie zapomnieli o solidnym ubezpieczeniu turystycznym.

”

– *Nie rozdzielajmy zasad zachowania w czasie wakacji i w czasie pracy albo będąc na urlopie w kraju od tego, co robimy za granicą – i w jednym, i w drugim przypadku trzeba zachować zdrowy rozsądek. Musimy się zachowywać spokojnie i rozumnie, by nic złego się nie stało – przestrzega prof. dr hab. n. med. Andrzej Gładysz, emerytowany specjalista chorób zakaźnych z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.*

“

Jak mówi, jeśli wyjeżdżamy gdzieś dalej, powinniśmy bezwzględnie ubezpieczyć się od wszelkich zagrożeń – zarówno chorobowych, jak i związanych z powrotem do kraju.

– Często turysta uradowany tanią ofertą z Grecji nie do ubezpiecza swojego wyjazdu, a w przypadku ciężkiej choroby (hospitalizacji czy konieczności transportu do Polski) pojawia się problem wysokich kosztów – uzmysławia problem ekspert do spraw turystyki. – Owszem, nie wszyscy ulegają wypadkom w czasie urlopu, nie wszyscy chorują za granicą, ale zawsze możemy sprawdzić, jakie są koszty w przypadku, gdybyśmy w danym kraju musieli podjąć specjalistyczne leczenie lub zapewnić sobie transport do szpitala czy potem do domu. To są wielkie kwoty, rzędu kilkudziesięciu tysięcy złotych. Oceńmy, czy naprawdę stać nas na to... ■

Wdrożenie EDM od 1 lipca – wciąż wiele, wiele... niewiadomych



1 lipca br. obowiązkowa miała stać się wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) oraz elektroniczne raportowanie zdarzeń medycznych (ZM). Tyle w teorii, bo kilka tygodni temu dość nieoczekiwanie pojawiła się informacja o możliwości przesunięcia tego terminu z 1 lipca na 10 stycznia 2022 rok. Niestety te doniesienia nie znalazły odzwierciedlenia w konkretnych aktach prawnych. Co więcej – 23 czerwca 2021 r. na posiedzeniu Podkomisji Zdrowia ds. Organizacji Ochrony Zdrowia i Innowacji w Medycynie – wiceminister Anna Goławska podkreśliła raz jeszcze, że rządzący nie chcą przesuwać obowiązującego terminu wdrożenia nowych obowiązków. Wciąż w tym obszarze jest zatem więcej pytań niż odpowiedzi.

To, co wiemy na pewno: obowiązki te dotyczą wszystkich podmiotów – niezależnie od sposobu finansowania. Nie ma więc znaczenia, czy to jednostka posiadająca kontrakt z NFZ czy też nie. Z perspektywy praktyki dodam, że w mojej ocenie – zważywszy na stopień informatyzacji podmiotów medycznych (szczególnie tych mniejszych) spełnić nowe wymogi jest w stanie 20-30% jednostek.

Nie w pełni przygotowani są też producenci oprogramowania – większość z nich zgodnie ze stanem na 24 czerwca nie deklarowała gotowości swoich systemów. Deklarowali gotowość (ale też nie wszyscy) na 1 lipca 2021. Nabycie programu (systemu gabinetowego) bez możliwości jego przetestowania można porównać do kupowania kota w worku. To nie są warunki do rzetelnej, uczciwej i przede wszystkim skutecznej informatyzacji rynku medycznego.

Mając w pamięci poprzednie systemowe wdrożenia informatyczne w ochronie zdrowia (m.in. eWUŚ, e-recepta, Format Otwarty) nie można wykluczyć, że nastąpią zmiany na poziomie legislacyjnym,

które pozwolą na zastosowanie form przejściowych wdrażania takich obowiązków. Przypomnijmy, najważniejszy związany z wdrożeniem elektronicznej dokumentacji medycznej: „Dokumentacja może być prowadzona w postaci papierowej, (...) warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej”. A prościej: „musisz prowadzić dokumentację elektronicznie, chyba że nie masz jak – wtedy nie musisz...”.

Reasumując, w chwili oddawania tego tekstu do redakcji (24 czerwca 2021 r.) wiadomo, że:

- w życie wchodzi obowiązek, których większość podmiotów nie jest w stanie spełnić;
- większość dostawców oprogramowania nie jest gotowa;
- na 5 dni przed wejściem w życie obowiązku ministerstwo „myśli nad dofinansowaniem” i „zaopiekowaniem się mniejszymi podmiotami”.

Słowem: niejasność goni nieścisłość.

Wiem, że wszystko to wywołuje w środowisku medycznym uzasadniony niepokój. Dlatego pozostaję do dyspozycji. Wszelkie zapytania w sprawach EDM proszę kierować na adres: cyfryzacja@dilnet.wroc.pl

inż. Maciej Koziejko,
inspektor ochrony danych osobowych

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/technology-4256272/kiquebg



► **PROF. DR HAB.
BRYGIDA KNYSZ**

Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Wiadomo, że trwają badania nad dostosowaniem szczepionek do wariantów. Jest już pewne, że będziemy się doszczepiać.

B.K.

Rozmawia Maciej Sas

Im więcej osób zostanie zaszczepionych, tym mniej szans pozostawiamy wirusowi do replikacji i zmienności

Czy któryś z wariantów SARS-CoV-2 jest groźniejszy od innych? Czy różne szczepionki lepiej zabezpieczają nas przed różnymi mutacjami wirusa? Kiedy COVID-19 stanie się mniej zjadliwy? Na te i inne pytania prof. dr hab. n. med. Brygida Knysz, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu odpowiada Maciejowi Sasowi.

Maciej Sas: Rok temu, na początku pandemii sprawa była prosta, choć trudna: mamy zabójczy koronawirus, z którym nie wiemy, jak walczyć. Dzisiaj wiemy więcej, ale za to warianty SARS-CoV-2 mnożą się niczym króliki. Co kilka dni pojawia się informacja o nowej mutacji: brytyjska, południowoafrykańska, indyjska, brazylijska... Jakie znaczenie, z medycznego punktu widzenia, ma powstawanie nowych wariantów wirusa?

Prof. dr hab. n. med. Brygida Knysz: SARS-CoV-2 należy do wirusów RNA, które są znane z bardzo szybkiego tempa mutowania. Podczas procesu replikacji wirusa pojawiają się tzw. błędy odpowiedzialne za powstanie mutacji. Tych jest bardzo dużo, ale nie wszystkie mają znaczenie w odniesieniu do przebiegu zakażenia, nasilenia choroby, zgonów, łatwiejszej transmisji, reinfekcji, skuteczności szczepień. Warianty, które posiadają takie mutacje, należą do tzw. wariantów alarmowych. Pan redaktor wymienił najważniejsze, które rozprzestrzeniają się po świecie i są przedmiotem licznych dyskusji zwłaszcza na temat skuteczności obecnych szczepionek.

M.S.: Można powiedzieć, że wraz z pojawianiem się nowych odmian, powstaje swoista lista wirusowych przebojów: ten jest groźniejszy, ten nie tak groźny, tym łatwiej się zakażać, a tamten nie przejmują się szczepionkami. Jedne podobno szybciej atakują seniorów, kolejne młodych, a jeszcze inne osoby różnych ras. Naprawdę różnice są tak duże?

B.K.: Im więcej osób ulega zakażeniu, co jest związane z replikacją wirusa, tym większa szansa na powstanie mutacji. To powoduje, że najlepiej rozprzestrzeniają się wirusy, które zawierają mutacje umożliwiające bardziej efektywne przyłączanie do komórki gospodarza. To ułatwia lepsze przystosowanie wirusa do środowiska i przetrwanie w nim. W ten sposób kolejny „lepszy” wariant wypiera ze środowiska poprzedni. Przykładem jest wariant brytyjski, który w bardzo krótkim czasie stał się dominujący. W momencie pojawiania się kolejnego wariantu wirusa jest on oceniany pod kątem wpływu na określoną populację i rozwoju choroby o ciężkim przebiegu. Na razie mamy krótkie obserwacje dotyczące aktualnych zachorowań. »

Nie wiemy, jaki wpływ będą miały warianty alarmowe na późne powikłania Covid-19. Obecnie obserwujemy wzrost zachorowań wśród młodszych osób aniżeli na początku pandemii. Pozostaje pytanie, czy ma to związek z wariantem brytyjskim, czy jest również wynikiem wcześniejszego wyszczenia osób starszych?

M.S.: Której mutacji powinniśmy się bać najbardziej – czy w ogóle można o tym mówić w takim kontekście?

B.K.: Na to pytanie nie odpowiem; możemy bać się zakażenia i tutaj nie ma podziału na mutacje czy warianty. Nie jesteśmy w stanie określić w rutynowych badaniach, którym wariantem zostaliśmy zakażeni. Choć, jak wspomniałam wcześniej, wiadomo, że wariant brytyjski jest bardziej zaraźliwy, to zasady profilaktyki są stałe i niezmiennie – nawet jeśli usłyszymy, że kolejny hipotetyczny wariant powoduje chorobę o lekkim przebiegu. Niezależnie od szczepienia należy zachować ostrożność i pamiętać, że pandemia wciąż trwa.

Nadejdzie taki czas, że wirus będzie mniej zjadliwy, przebieg zakażenia łagodny, a przypadki o ciężkim przebiegu będą zdarzać się bardzo rzadko. Taki scenariusz miał miejsce w przypadku pandemii hiszpanki, która ponad 100 lat temu była przyczyną zgonu milionów ludzi. Wówczas najbardziej śmiertelna była druga fala, a trzecia miała przebieg zdecydowanie łagodniejszy. W przypadku koronawirusa nawrotów fali zachorowań będzie więcej, choć w skali świata jesteśmy zdrowszym, lepiej odżywionym społeczeństwem. Nie wiemy, jakie warianty i w jakich rejonach świata jeszcze się pojawiają. To zjawisko jest nieprzewidywalne.

M.S.: Pojawiały się doniesienia, że niektóre szczepionki nie zabezpieczają przed jednym wariantem wirusa, a inne przed kolejnym. Czy więc potrzebne będzie szczepienie się kilkoma produktami, czy można to rozwiązać w inny sposób?

B.K.: Szczepienia nie chronią nas przed zakażeniem, lecz przed ciężkim przebiegiem choroby. Co do skuteczności obecnie stosowanych szczepionek w odniesieniu do wariantów, uważa się, że choć ich działanie może być słabsze w generowaniu odporności przeciw wariantom alarmowym SARS-CoV-2, to jednak nadal są skuteczne. Wiadomo, że trwają badania nad dostosowaniem szczepionek do wariantów. Jest już pewne, że będziemy się doszczepiać. Nie potrafię odpowiedzieć na pytanie, czy wystarczy zastosowanie jednej szczepionki, czy też trzeba będzie podawać kilka różnych preparatów dostosowanych do wariantów.

M.S.: Koronawirus zmiennym jest – to wiadomo od dawna, choćby z doświadczeń medycyny weterynaryjnej. Szczepionki na choroby zwierzęce związane z tymi wirusami pojawiły się już kilka lat temu, ale zniknęły, bo podobno wirusy zbyt szybko się zmieniały, skutecznie omijając zapory stawiane przez medycynę. W przypadku SARS-CoV-2 będzie podobnie, to znaczy czy co kilka miesięcy trzeba będzie tworzyć nowe szczepionki, nowe leki?

B.K.: Zmienność wirusa nie ma znaczącego wpływu na skuteczność szczepionek. Na podstawie dotychczasowych obserwacji można powiedzieć, że modyfikowanie szczepionek co kilka miesięcy nie jest potrzebne. Z pewnością nie chcielibyśmy szczepić się co kilka miesięcy. Taka wizja raczej się nie sprawdzi. To samo stwierdzenie odnosi się do leków. Na razie nie mamy wiele w tym zakresie do zaoferowania chorym na COVID-19. Ale toczą się badania kliniczne zarówno nad innymi szczepionkami, np. podawanymi donosowo, jak i nad nowymi lekami do profilaktyki oraz terapii COVID-19.

M.S.: Jakie znaczenie ma ta zmienność wirusa, gdy chodzi o sposoby wykrywania i leczenia choroby? Bo trochę to wygląda jak zimnowojenny wyścig zbrojeń, a więc: jedna strona wprowadza nową broń, więc druga od razu rewanżuje się jeszcze lepszą.

B.K.: Na razie w odniesieniu do występujących w Polsce wariantów nie ma problemów z diagnostyką. Rutynowe testy RT-PCR

i antygenowe mają swoje zalety i ograniczenia, ale są wystarczające do postawienia rozpoznania. Standardy leczenia mogą ulegać zmianom, lecz będzie to wynikać z postępu medycyny, a nie zmienności wirusa.

M.S.: Ta sytuacja przypomina też partię szachów – w tym znaczeniu, że trzeba przewidzieć kilka ruchów przeciwnika do przodu, by z nim wygrać. Czy Państwo, zakaźnicy, robicie takie symulacje? Jak przewidujecie poczynania wirusa i sposoby walczenia z nim w przyszłości – tej najbliższej i tej nieco odleglejszej?

B.K.: W wielu laboratoriach na świecie prowadzone są bardzo specjalistyczne badania nad wirusem i jego zmiennością. Jeszcze mało wiemy na ten temat, bo – jak widać – wirus potrafi nas zaskoczyć. Zaskoczyło nas pojawienie się SARS-CoV-2 i tak szybkie jego rozprzestrzenienie się na świecie. WHO od wielu lat przestrzegało przed ryzykiem rozwoju pandemii wywołanej przez koronawirusy, będące dotychczas patogenami zwierząt. Niby było wiadomo, lecz niewiele zrobiono, żeby temu zapobiec. Wiadomo również, że nietoperze są rezerwuarem jeszcze kilku innych koronawirusów, które czekają „w blokach startowych”, żeby przełamać barierę gatunkową i stać się patogenami ludzi. Czy zapobiegniemy kolejnej pandemii? Wątpię.

Jak szybko poradzimy sobie z kolejną pandemią? Może będzie lepiej niż obecnie, bo nabierzemy doświadczenia przy okazji SARS-CoV-2.

Co do SARS-CoV-2 to cały czas poznajemy tego koronawirusa. Stale przez matematyków są tworzone symulacje dotyczące rozwoju epidemii w najbliższych miesiącach. Dziś wiemy o wiele więcej niż przed rokiem. Wiedza dotycząca profilaktyki ulega zmianie. Proszę sobie przypomnieć czas, kiedy nie zalecano noszenia maseczek zakrywających usta i nos. Ustalenie na przyszłość sposobów walki z wirusem należy pozostawić naukowcom pracującym w zaawansowanych technicznie laboratoriach. Przyszłość walki z COVID-19 to opracowanie szczepionek, które zapewnią długotrwałą ochronę oraz leków stosowanych doustnie. Wierzę, że to się uda.

M.S.: Już pojawiły się doniesienia, że w związku ze zmiennością przeciwnika niezbędną będzie trzecia dawka szczepionek, a potem kolejne co roku albo co dwa. Wirus grypy również często się zmienia, ale w tym przypadku przekonywanie Polaków do szczepienia się co roku niewiele daje...

B.K.: Tak też uważam. Znam osoby, które już teraz zastosowały trzecią dawkę szczepionki, ponieważ nie wytworzyły przeciwciał przeciw SARS-CoV-2. Chcę podkreślić, że nie istnieje zalecenie, które mówi, kiedy zastosować kolejną dawkę.

Co do przekonywania do szczepień – pojawiło się tak wiele informacji o skuteczności i bezpieczeństwie szczepionek, że nie widzę powodu, aby dalej namawiać. Kto chciał, zaszczepił się. Jeśli kogoś nie udało się przekonać? Trudno. Mogę tylko życzyć, żeby nigdy nieszczepiony nie zachorował. Niestety, nieprzekonani znajdują się również w grupie pracowników medycznych.

Należy pamiętać, że im więcej osób zostanie zaszczepionych, tym mniej szans pozostawiamy wirusowi do replikacji i zmienności. W pewnym stopniu sami odpowiadamy za pojawianie się wariantów.

M.S.: W jakim momencie budowania zbiorowej odporności jesteśmy teraz? Czy do powrotu do normalności musimy poczekać kilka miesięcy, kilka lat, czy takiego powrotu nigdy nie będzie Pani zdaniem?

B.K.: Trudno jest określić etap kształtowania odporności zbiorowej. Nadal liczba osób zaszczepionych jest niewielka. Istnieją informacje, że łącznie z tymi, którzy zachorowali odsetek uodpornionych wynosi około 40-50%. Są to dane szacunkowe i być może kto inny poda inne. ■

**► 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

Tekst Mariusz Kielar

DOŚWIADCZENIA Z PANDEMII:

NASZA LEKCJA NA PRZYSZŁOŚĆ

Czy możemy uznać pandemię COVID-19 za szczęśliwie zakończony epizod minionego czasu? Czy też bezpieczniejsze będzie oswoić się z nowym modelem życia „na innej fali” – od jednego do drugiego szczytu zachorowań z krótkimi okresami względnej stabilizacji? A może trzeba spodziewać się jeszcze innego, nieznanego nam scenariusza rozwoju wydarzeń? Wiele odpowiedzi na podobne pytania można znaleźć na zapisanych kartach minionych epidemii trapiących ludzkość od wieków. Kartach ponadczasowych pamiętników historii, która podobno jest nauczycielką życia.

Kurs w nieznane

Chyba każdy z nas z przejęciem i niemalym sentymentem wraca myślami do czasów sprzed ery COVID-19, jak coraz częściej określana jest obecna pandemia koronawirusa. Wiele osób jest również przekonanych, że jedynie w tamtej bezpowrotnie utraconej normalności potrafiliśmy być w pełni sobą, funkcjonować normalnie (cokolwiek dziś to znaczy). Tymczasem stopniowo wkraczamy w nową rzeczywistość postcovidową, obierając w pewnym sensie kurs w nieznane.

Na szczęście nie jesteśmy całkowicie pozbawieni skutecznych systemów kontroli zakażeń na skalę masową, dysponujemy dziś nowoczesnymi technologiami oraz strategiami zapobiegania i przetrwania populacji narażonej na wiele rodzajów patogenów, także o potencjale pandemicznym. I – co równie istotne – możemy, a nawet powinniśmy, wyciągać praktyczne wnioski z wielopokoleniowych doświadczeń naszych przodków, którzy od wieków zmagali się z wyniszczającymi chorobami zakaźnymi swoich czasów. Znajdźmy zatem chwilę, by zadać i to pytanie: czy poprzednie pandemie mogą nas czegoś nauczyć w XXI wieku?

Gdyby przyjrzeć się bliżej największym kryzysom zdrowia publicznego na przestrzeni dziejów zapisanych na kartach historii dość szybko doszlibyśmy do wniosku, że oprócz bezmiaru ludzkich tragedii i ograniczonych możliwości ówczesnej medycyny jednym z wspólnych mianowników prawie każdej epidemii było rozciągnięcie skutków zdrowotnych i doświadczanie konsekwencji społeczno-gospodarczych w długim okresie czasu po jej wygaśnięciu. Daje się tu jeszcze zauważyć inna tendencja – prawie po każdym kryzysie zdrowotnym (nie tylko zdrowotnym, o czym poniżej) następował skok rozwojowy ówczesnych społeczności. I to na bezprecedensową skalę. Innymi słowy – nawet najbardziej dramatyczny kryzys doświadczeń dziejowych stawał się naturalnym składnikiem rozwoju społeczeństw.

Kryzys to też rozwój

Ludzkość od zarania dziejów doświadczała wielu różnego rodzaju kryzysów na każdym etapie swojego rozwoju. Wiemy też, że historia ludzkich nieszczęść na przestrzeni minionych wieków to nie tylko pasmo pandemicznych zachorowań na zabójcze w ówczesnym czasie choroby zakaźne. To także globalne konflikty militarne, kryzysy społeczno-polityczne oraz gospodarcze, którym z różnych przyczyn nie udało się zapobiec. Prawie każde takie traumatyczne wydarzenie ostatecznie nadawało silny impuls dla przeprowadzenia pomyślnych i per saldo korzystnych dla społeczeństwa zmian w późniejszym okresie trwającym nieraz przez całe dekady. Tak było zarówno w przypadku I wojny światowej (1914–1918 r., 14 mln zabitych) oraz II wojny światowej (1939–1945 r., 50-80 mln zabitych, w tym ok. 30 mln cywili) – te największe konflikty zbrojne ubiegłego wieku przemodelowały »



polityczno-ekonomicznie cały świat wprowadzając przy okazji jego nowy podział. Tak zwany „wielki kryzys gospodarczy” (1929–1933 r.) zapoczątkował nowy ład (ang. New Deal), a w 1963 roku kryzys kubański doprowadzający świat na krawędź wojny nuklearnej zakończył się szczęśliwie porozumieniem. Dekadę później kolejny kryzys, tym razem naftowy, w wyniku którego cena ropy naftowej zwiększyła się aż o 600%, zapoczątkował światowy kryzys gospodarczy. Szczęściem w tym nieszczęściu była intensyfikacja poszukiwań alternatywnych źródeł energii. Nawet bardziej niż współczesny kryzys bankowo-finansowy z lat 2006–2007 zaowocował m.in. wprowadzeniem nowych narzędzi kontroli i nadzoru banków.

Epidemie i pandemie chorób zakaźnych

Nic jednak w bardziej dotkliwy sposób nie ukształtowało oblicza społeczeństw naszych czasów, jak liczne epidemie i pandemie chorób zakaźnych, które pustoszyły i dziesiątkowały całe państwa oraz narody. Do współczesnych chorób zakaźnych skutkujących zakażeniami na masową skalę zalicza się m.in. malarię (220 mln zachorowań rocznie), dengę (50-100 mln zachorowań rocznie), ospę (60 mln zachorowań rocznie), odrę (40 mln zachorowań rocznie), znany od lat 80. ub. wieku zespół nabytego niedoboru odporności AIDS (HIV) odpowiedzialny łącznie za ok. 78 mln zakażonych (w tym 35 mln zgonów), chorobę Creutzfeldta-Jakoba (priony) czy gripę meksykańską („świńską”) z lat 2009–2010 (150-600 tysięcy zgonów). Jednak spośród wszystkich chorób infekcyjnych ubiegłego wieku o potencjale epidemicznym żadna nie może się równać ze słynną pandemią tzw. grypy „hiszpanki” z lat 1918–1919, która objęła 1/3 populacji świata i doprowadziła, jak się szacuje, do ok. 100 mln zgonów. Tak porażające statystyki brutalnie ilustrują skalę możliwych zniszczeń w obszarze praktycznie każdego wymiaru funkcjonowania społeczeństwa. Sama „hiszpanka” istotnie różniła się od większości pandemii w dziejach świata (tj. umierały na nią przede wszystkim nie osoby najsłabsze i z obciążeniami chorobowymi, ale głównie ludzie młodzi i w średnim wieku). Niemniej jednak nawet w przypadku tej najstraszliwszej pandemii ostatnich dwustu lat niedługo po jej wygaśnięciu kolejna dekada zapewniła społeczeństwom zachodnim wychodzenie z zapaści ekonomicznej i czasy wzrastającego dobrobytu. Oczywiście wszystkie epidemie stały się katalizatorem powstawania nowych leków, szczepionek, wprowadzenia zmian w zakresie warunków sanitarnych (także w hodowli bydła) czy spożycia produktów. Jakie lekcje płynące z doświadczeń po-

przednich pandemii możemy wyciągnąć dziś, w XXI wieku w czasie trwającej pandemii COVID-19?

Lekcje z pandemii

Na początek warto zauważyć, że nasz obecny standard i higiena życia, a także nieporównywalne z minionymi czasami możliwości współczesnej opieki medycznej, nie uchroniły nas przed samą pandemią i jej szeroko rozumianymi, dramatycznymi skutkami. Co więcej, współczesność w czasach pandemii niejako dołożyła nam wręcz nowych wyzwań, których nasi przodkowie mieli szczęście nie doświadczać. Utrata przez pokolenie dzieci i młodzieży możliwości wykorzystania czasu przeznaczonego na ich rozwój szkolny, doświadczenie przedłużającej się izolacji społecznej, globalna recesja gospodarcza, rozwarstwienie spójności społecznej, m.in. na skutek tzw. infodemii (czyli fali dezinformacji) – to tylko niektóre „pandemiczne lekcje do odrobienia” na najbliższe lata, a może i dekady.

Z drugiej strony, poprzednie epidemie „wydeptały” nam sprawdzone ścieżki radzenia sobie z nimi, o których powinniśmy dziś szczególnie pamiętać. Na przykładzie plagi hiszpanki wiemy dziś na przykład, że należy być szczególnie ostrożnym w łagodzeniu obostrzeń epidemicznych nie tylko ze względu na ochronę zdrowia publicznego, ale i kondycji gospodarczej całego kraju. Innymi słowy – wyniki gospodarcze w długiej perspektywie mogą najbardziej zależeć od stopnia restrykcyjności naszego podejścia na początku rozwoju pandemii.

W czasie poprzednich pandemii obecne były również tendencje do łączenia masowych zakażeń z poglądami konspiracyjno-spiskowymi prowadzącymi często do jawnych dyskryminacji grup społecznych inspirowanych niepotwierdzonymi zarzutami, a także sporów politycznych (np. obwinianie Żydów za rozprzestrzenianie „czarnej śmierci”, czyli dżumy w połowie XIV wieku, co doprowadziło do licznych, antysemickich ataków i masakr na całym kontynencie europejskim). Spójność i zaufanie społeczne jest zatem kolejnym bastionem naszego dorobku cywilizacyjnego gruntownie osłabianym bądź niszczone przez pandemię. Nietrudno o taki scenariusz zwłaszcza w czasach niezwykle spolaryzowanych społeczeństw, w których żyjemy obecnie. Pokazała to już wcześniej historia, która – jak pamiętamy – jest nauczycielką życia. Tylko czy wciąż zależy nam na jej lekcjach? ■

Piśmiennictwo u autora

Ogłoszenia

Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy zatrudni lekarzy do pracy na Oddziale Chirurgii Ogólnej i w Izbie Przyjęć.

Gwarantujemy profesjonalne przeszkolenie, możliwość rozwoju zawodowego. Proponujemy formę zatrudnienia dostosowaną do indywidualnych preferencji pracownika (kontrakt, umowa zlecenie, umowa o pracę).

Prosimy o przysyłanie ofert na adres e-mail: sekretariat@pzsolesnica.pl
lub dostarczanie osobiste do sekretariatu Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy.

Spacerem do Szpitala Uniwersyteckiego przy ul. Borowskiej

Do wynajęcia lokal/kawalerka 24 m²
przy ul. Brzozwiniowej 4.
Pokój z aneksem kuchennym
oraz łazienka i przedpokój.
1400 zł/mies. + opłaty
Roman +48 697 898 259



Pierwszy najem, serdecznie zapraszamy!



Tekst: Maciej Bładowski, Adrian Doroszko

Źródło grafiki: www.pikabay.photos/covid-19-5080953/fernandozhimnalceta

Krajobraz

po burzy czy burza w szklance wody?

Na co warto zwrócić uwagę u ozdrowieńca zasięgającego konsultacji po przebytych COVID-19?

Trzecia fala pandemii SARS-CoV-2 powoli przechodzi do historii. Akcja szczepień, prowadzona w bezprecedensowym tempie i na skalę dotąd niespotykaną w historii ludzkości, daje nadzieję na mniejsze zniwo kolejnych fal i stopniowy, lecz trwały powrót do normalnego funkcjonowania społecznego. Wprowadzie nadchodzący okres wakacji w połączeniu z liberalizacją obostrzeń sanitarno-epidemiologicznych i wzmożonym ruchem turystycznym niosą ze sobą niemałe ryzyko ponownego wzrostu liczby zachorowań, to fakt podania około 25 milionów dawek szczepionki i w efekcie pełnego zaszczepienia ponad 10 mln osób w polskiej populacji może wyrzucić już pewne działanie ochronne.

Konsultacja internistyczna lub geriatryczna ozdrowieńca stanowić może dobry punkt wyjścia do rewizji dotychczasowej terapii i implementacji rozwiązań zgodnych z obowiązującymi aktualnie wytycznymi.

Półtora roku walki z realnym zagrożeniem, około 3 miliony udokumentowanych przypadków zakażenia i liczba ofiar śmiertelnych sięgająca 75 tysięcy (stanowiących populację średniej wielkości miasta) spowodowały, że niemal każdy zetknął się z chorobą lub śmiercią wśród bliskich. W ten sposób edukacja podparta brutalną empirią zmieniła początkowo sceptyczne nastawienie części społeczeństwa do istnienia pandemii COVID-19 i konieczności zaszczepienia się.

Pandemia zbiera swoje żniwo w kilku wymiarach. Poza zgonami w przebiegu COVID-19, a także budzącymi obawy i wciąż jeszcze niedookreślonymi konsekwencjami społeczno-ekonomicznymi, realnym i nie w pełni poznany problemem pozostają długofalowe konsekwencje zdrowotne przebytego zakażenia. Z pokorą uczymy się nowej jednostki chorobowej, uświadamiając sobie przy tym bezradność współczesnej, z pozoru dobrze rozwiniętej medycyny, a także nieprzewidywalność skutków COVID-19 w kontekście przebiegu współistniejących schorzeń przewlekłych i możliwości inicjowania nowych problemów zdrowotnych.

Ostre zakażenie koronawirusem, gdy nie wywołuje ciężkich powikłań, zazwyczaj ustępuje w ciągu 10-14 dni. Jednak u 10-20% chorych objawy chorobowe utrzymują się powyżej czterech tygodni i wówczas są określane jako zespół long covid. Natomiast zespół postcovid rozpoznaje się, gdy objawy powstałe w trakcie lub po zakażeniu koronawirusem nie ustępują w ciągu »



3 miesięcy i nie można ich wytłumaczyć żadną inną przyczyną. Rozwój przewlekłych objawów klinicznych utrzymujących się po przebyciu zakażenia może mieć związek z ilością wirusa, który wniknął do organizmu w trakcie infekcji, różną gęstością receptorów ACE2 w organach wewnętrznych oraz odmianami antygenów HLA chorego, wpływającymi na niekompletną odpowiedź immunologiczną, powodującą niepełną eliminację wirusa z organizmu. Wszystkie te czynniki mogą mieć wpływ na rozwój uszkodzeń narządowych w przebiegu zakażenia i powstania przewlekłych objawów utożsamianych z zespołem „long covid”/„postcovid”.

Wydłużający się w miarę trwania pandemii okres obserwacji prospektywnej ozdowieńców, wskazuje jednoznacznie, że COVID-19, a niekiedy także bezobjawowy lub skąpoobjawowy przebieg infekcji SARS-CoV-2 może inicjować zmiany znacząco destabilizujące przebieg już istniejących chorób przewlekłych, obejmujących m.in. układ oddechowy, sercowo-naczyniowy, wewnątrzwydzielniczy czy ośrodkowy układ nerwowy. W dalszej części artykułu przedstawimy aktualny stan wiedzy na temat wpływu przebytej infekcji SARS-CoV-2 na przebieg wybranych istniejących uprzednio chorób. Wyszczególnione zostaną też możliwe nowe schorzenia przewlekłe, zainicjowane podczas infekcji, których przeoczenie może kosztować życie pacjenta. Omawiamy także sposób optymalnego podejścia do ozdowieńca z wielochorobowością, u którego bezdyskusyjnie należy zoptymalizować terapię chorób przewlekłych, gdyż dotychczasowy schemat terapeutyczny może być zupełnie nietrafiony. Konsultacja internistyczna lub geriatryczna ozdowieńca stanowić może dobry punkt wyjścia do rewizji dotychczasowej terapii i implementacji rozwiązań zgodnych z obowiązującymi aktualnie wytycznymi.

I. Choroby układu oddechowego

Półtora roku obserwacji chorych na COVID-19 jednoznacznie wskazuje, że wyjściowe uszkodzenie płuc w przebiegu POChP, chorób śródmiąższowych, a także obturacyjny bezdech senny są czynnikami ryzyka gorszego przebiegu choroby i zwiększają prawdopodobieństwo konieczności stosowania mechanicznej wentylacji i zgonu pacjenta. Nie jest też zaskakującym, że COVID-19, jako przyczyna zaostrzenia POChP przyczynia się do gwałtownej progresji choroby, a dodatkowo także zwiększa śmiertelność z przyczyn sercowo-naczyniowych w okresie rekonwalescencji. Dlatego też konieczny jest baczny nadzór pulmonologiczny i kardiologiczny oraz optymalizacja schematów terapii, zależnie od stanu klinicznego pacjenta. U około 10% ozdowieńców zmiany opisywane w TK klatki piersiowej nie wycofują się ciągu 12 miesięcy obserwacji, a 40% z tych zmian to włóknienie płuc.

Co ciekawe, zgodnie z wynikami kilku badań, fakt występowania astmy nie wiązał się z ryzykiem cięższego przebiegu i zgonu z powodu COVID-19. Niektórzy tłumaczą to ochronnym działaniem wziewnej sterydoterapii hamującej kaskadę zapalną prowadzącą do wystąpienia burzy cytokinowej, a także odmiennym profilem cytokinowym odpowiedzi immunologicznej występującym u chorych na astmę. Wykazano także, że wziewna sterydoterapia zmniejsza ekspresję ACE2, niezbędnej do internalizacji wirusa do nabłonka oddechowego. Fakt przebycia COVID-19 może z kolei spowodować pogorszenie kontroli astmy, jednak standardy postępowania w tym przypadku nie odbiegają od typowych rekomendacji.

II. Choroby układu krążenia

1. Zatorowość płucna

Infekcja SARS-CoV-2 sprzyja bezsprzecznie wykrzepianiu wewnątrznaczyniowego i incydentom zakrzepowo-zatorowym, których najczęstszą manifestacją kliniczną jest w tym przypadku zatorowość płucna. Badania pośmiertne ofiar COVID-19 wykazały zmiany w naczyniach płucnych z ciężkim uszkodzeniem śródbłonna i licznymi skrzeplinami w tętniczym łożysku płucnym, z prawie całkowitym zamknięciem naczyń włosowatych pęcherzyków płucnych. Taki scenariusz stanowi ekstremum procesu zakrzepowo-zatorowego, który należy jednak traktować jako swoiste continuum w przebiegu choroby. Warto jednak pamiętać, że zatorowość płucna jest jednym z najczęściej przeoczonych i potencjalnie śmiertelnych rozpoznań w praktyce klinicznej. Dlatego jej występowanie należy brać pod uwagę u każdego chorego zgłaszającego duszność i spadek tolerancji wysiłku fizycznego, a także niecharakterystyczny ból w klatce piersiowej. O ile jej rozpoznanie w warunkach szpitalnych nie stanowi problemu, wobec powszechnej dostępności do angio-TK, o tyle w warunkach opieki ambulatoryjnej szybkie postawienie diagnozy może stanowić logistyczne wyzwanie.

Warto pamiętać, że prawidłowy wynik badania echokardiograficznego nie pozwala nam wykluczyć zatorowości (wyklucza jedynie jej ciężki przebieg z przeciążeniem prawej komory), zaś podwyższone d-dimery wskazują jedynie nieswoistość na aktywację osoczowej kaskady krzepnięcia, nie dając podstaw do rozpoznania zatorowości, szczególnie u osoby ze współistniejącym stanem zapalnym. Z drugiej jednak strony, w większości przypadków prawidłowy wynik oznaczania d-dimerów pozwala na wykluczenie z dość dużym prawdopodobieństwem obecności ostrej zatorowości płucnej.

2. Choroba niedokrwienna serca – przewlekły zespół wieńcowy (dawniej stabilna dławica piersiowa) i ostre zespoły wieńcowe

Ogólnoustrojowa reakcja zapalna i gorączka skutkować mogą wzrostem zapotrzebowania na tlen przy jednoczesnym wirusowym uszkodzeniu płuc. Może spowodować to pogłębienie niedokrwienia mięśnia sercowego, zaostrzając przebieg dotychczas dobrze kontrolowanego przewlekłego zespołu wieńcowego. Ponadto reakcja zapalna może przyczynić się do destabilizacji blaszki miażdżycowej i z czasem jej pęknięcia, powodując wystąpienie ostrego zespołu wieńcowego. Należy pamiętać jednak, że niewielka zwyżka troponin, przy słabo wyrażonych lub trudnych do zobiektywizowania z uwagi na stan pacjenta dolegliwościach stenokardialnych i jedynie dyskretnych zmianach w EKG, może wzbudzać uzasadnione wątpliwości co do zasadności diagnostyki inwazyjnej i leczenia interwencyjnego.

Sam wzrost stężenia troponin w surowicy powyżej normy wskazywać może na nieswoiste uszkodzenie mięśnia serca, m.in. wskutek procesu zapalnego. Obecnie nie można wykluczyć, że SARS-CoV-2 indukuje zapalenie mięśnia serca o podostrym lub przewlekłym przebiegu, co wymaga dalszej prospektywnej obserwacji. Badanie ozdowieńca może nastręczać pewnych trudności diagnostycznych, zwłaszcza, gdy zgłasza on spadek tolerancji wysiłku fizycznego lub niecharakterystyczne bóle w klatce piersiowej, zaliczane do nieswoistych objawów tzw. zespołu postcovid. W każdej takiej sytuacji, szczególnie gdy u pacjenta występowała uprzednio choroba układu krążenia lub jej podwyższone ryzyko, a także gdy w zapisie EKG pojawią się niewidoczne uprzednio cechy martwicy lub zmiany niedokrwienne, należy przeprowadzić rozszerzoną diagnostykę kardiologiczną, rozpoczynając od echokardiografii i – w dalszej kolejności – zależnie od prawdopodobieństwa choroby wieńcowej dedykowanej diagnostyki różnicowej.

3. Niewydolność serca

COVID-19, podobnie jak inne infekcje o ciężkim przebiegu, może stać się przyczyną dekompensacji niewydolności serca, progresji choroby i pogorszenia rokowania odległego. Jeśli u pacjenta po przebyciu COVID-19, obok spadku tolerancji wysiłku fizycznego, pojawią się obrzęki obwodowe, a także cechy zastojów nad płucami – należy bezwzględnie wdrożyć diagnostykę kardiologiczną pod kątem niewydolności serca, niezależnie od jego dotychczasowej przeszłości chorobowej. Krótki czas trwania pandemii nie pozwala nam precyzyjnie oszacować, w jak dużym odsetku dochodzi do wystąpienia przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego. Wiadomo jednak, że wirus wykazuje tropizm do kardiomiocytów i może inicjować proces zapalny, co w długofalowej perspektywie może skutkować rozwojem poza-

palnej niewydolności serca i ujawnieniem się groźnych dla życia arytmii. Stąd też zasadnym wydaje się prowadzenie wyważonego nadzoru kardiologicznego nad ozdrowieńcami, szczególnie pod kątem utraty funkcji skurczowej lewej komory (badanie echokardiograficzne) i występowania zaburzeń rytmu serca, często spotykanych w okresie pierwszych kilku miesięcy po infekcji.

III. Choroby układu endokrynnego

Badania osób zmarłych z powodu COVID-19 wykazały występowanie zmian degeneracyjnych w tarczycy, przytarczycach, jądrach, trzustce, nadnerczach i przysadce mózgowej, które spowodowane zostały mikrozatorowością, bądź reakcją zapalną. Znalazło to także swoje potwierdzenie w nowo rozpoznawanych przyżyciowo zaburzeniach endokrynologicznych, często rozpoznawanych już po przebyciu choroby.

1. Uszkodzenie tarczycy

W okresie infekcji może dojść do wystąpienia zmian zapalnych w tarczycy, inicjujących przewlekły proces autoimmunologiczny, prowadzący z czasem – po przejściowej nadczynności wynikającej z uwolnienia hormonów ze niszczonego miąższu – do rozwoju klinicznie jawnej niedoczynności, wymagającej leczenia substytucyjnego. Fakt ten wymaga uwzględnienia podczas rutynowej oceny internistycznej ozdrowieńców. Obrazowanie ultrasonograficzne tarczycy, w połączeniu z oceną hormonalną i badaniem autoprzeciwiała stanowić może wstępny przesiew w kierunku dysfunkcji tarczycy lub procesu zapalnego przebiegającego jeszcze z eutyreozą u pacjentów po przebytej infekcji SARS-CoV-2.

2. Cukrzyca

Cukrzyca per se zwiększa ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 oraz może wydłużać i komplikować znacząco czas rekonwalescencji ozdrowieńców. Okres hospitalizacji, zmiana aktywności fizycznej i diety, w połączeniu z często stosowaną sterydoterapią oraz czasowym przejściem na insulinoterapię są istotnymi czynnikami ryzyka destabilizacji cukrzycy i mogą sprzyjać wystąpieniu jej ostrych powikłań metabolicznych. Skutkuje to koniecznością rewizji farmakoterapii cukrzycy u ozdrowieńców, dając jednocześnie szansę na modyfikację schematów leczenia z uwzględnieniem nowych grup (tj. inhibitorów SGLT2 oraz analogów GLP1), jako leków o udowodnionym działaniu poprawiającym rokowanie odległe w tej grupie chorych.

3. Uszkodzenie nadnerczy i zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej

Kilka badań wykazało możliwość uszkodzenia nadnerczy w przebiegu nadmiernej aktywacji procesów zakrzepowo-zatorowych w przebiegu COVID-19. Inne prace z kolei postulują możliwość zajęcia nadnerczy w przebiegu reakcji zapalnej w związku z burzą cytokinową. Oba te procesy w warunkach ostrych mogą znacząco pogorszyć rokowanie pacjenta, wskutek obserwowanej niekiedy w okresie hospitalizacji hipotonii nieodpowiadającej na wlew amin presyjnych (z zachowaniem reaktywności na steroidoterapię). Na dysfunkcję nadnerczy utrzymującą się w okresie rekonwalescencji wskazywać mogą wahania ciśnienia, przejawiające się jako początkowa hipotonia lub spadek zapotrzebowania na leki hipotensyjne u osób leczonych uprzednio z powodu nadciśnienia tętniczego. Możliwe jest także występowanie zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej. Początkowo obserwuje się tendencję do hiponatremii z normo- lub hiperkaliemią, z czasem natomiast – wskutek aktywacji układu RAA – pojawia się hipokaliemia, która jest zjawiskiem częstym u ozdrowieńców. Przyczyn hipokaliemii nie należy jednak upatrywać jedynie jako wtórnych do zaburzeń czynności nadnerczy. Wynikać może ona także z odwodnienia w przebiegu gorączki, na które nałożona jest suplementacja płynów bezelektrolitowych doustnie lub soli fizjologicznej (0.9% NaCl) zamiast płynów wieloelektrolitowych dożylnie, skutkując przejściową hipernatremią zwiększającą utratę potasu z moczem. Ponadto, leki stosowane w okresie COVID-19 (m.in. glikokortykoidy doustnie lub dożylnie, beta-mimetyki wziewnie, diuretyki, czasowa insulinoterapia podczas hospitalizacji) mogą skutkować rozwojem hipokaliemii, która w dalszej kolejności indukować może zaburzenia rytmu serca i pogarszać rokowanie odległe.

4. Uszkodzenie gonad i zaburzenia erekcji

Kilka niepokojących doniesień dotyczących wpływu zakażenia koronawirusem na funkcję gonad pojawiło się już na początku pandemii. W autopsyjnych badaniach molekularnych wykazano tropizm wirusa

” ***Kilka badań wykazało możliwość uszkodzenia nadnerczy w przebiegu nadmiernej aktywacji procesów zakrzepowo-zatorowych w przebiegu COVID-19. Inne prace z kolei postulują możliwość zajęcia nadnerczy w przebiegu reakcji zapalnej w związku z burzą cytokinową. Oba te procesy w warunkach ostrych mogą znacząco pogorszyć rokowanie pacjenta, wskutek obserwowanej niekiedy w okresie hospitalizacji hipotonii nieodpowiadającej na wlew amin presyjnych (z zachowaniem reaktywności na steroidoterapię).*** “

w szczególności do jąder z indukcją miernie nasilonego procesu zapalnego. Możliwe konsekwencje powyższych obserwacji z zakresu badań podstawowych wymagają jednak weryfikacji w dużych badaniach prospektywnych ozdrowieńców. Izofорма ACE2 ulega bowiem silnej ekspresji w jądrach, a zwłaszcza w komórkach Leydiga i Sertoliego, przez co infekcja SARS-CoV2 może skutkować poważnymi zaburzeniami steroidogenezy gonadalnej i w efekcie spermatogenezy.

Kolejnym niezgłębionym zagadnieniem jest dysfunkcja seksualna obserwowana relatywnie często u ozdrowieńców, przejawiająca się głównie jako zaburzenia erekcji oraz spadek libido. Etiologia tego problemu jest złożona i wymaga wnikliwej wielokierunkowej diagnostyki. Z jednej strony bowiem pojawienie się zaburzeń erekcji, uznawane za zastępczy wczesny marker choroby układu sercowo-naczyniowego, może wskazywać na początek rozwoju choroby naczyń wieńcowych lub włósniczek płucnych, stając się przydatną, szybką i niedrogą metodą pierwszego rzutu oceny powikłań pulmonologicznych i kardiologicznych u osób, które przeżyły COVID-19. Z drugiej zaś, wspomniana wcześniej dysfunkcja gonad, może skutkować wystąpieniem zaburzeń hormonalnych, wymagających przeprowadzenia szczegółowej oceny osi podwzgórze-przysadka-gonady.

Długotrwały stres związany z chorobą lub izolacją, skutki społeczno-ekonomiczne pandemii i zaburzenierelacji międzyludzkich wpływając na pogorszenie zdrowia psychicznego, mogą także objawiać się rozwojem dysfunkcji seksualnej. Możliwą etiologię psychogenną zaburzeń erekcji, wykrytych w trakcie diagnostyki zespołu postcovid, należy jednak rozważyć dopiero po wykluczeniu przyczyn somatycznych (kardiologicznych i endokrynologicznych), bez względu na wiek pacjenta.



IV. Zaburzenia neurologiczne

1. Udar mózgu

Udar mózgu jako powikłanie infekcji wirusem SARS-CoV-2 występuje u 1-3% zakażonych pacjentów. Typowo, nagłe objawy neurologiczne uszkodzenia OUN pojawiają się około 10. dnia od pierwszych symptomów COVID-19. Chorzy z rozpoznaniem udarem mózgu w przebiegu infekcji SARS-CoV-2, w porównaniu do pacjentów bez ostrych powikłań neurologicznych COVID-19, częściej chorują na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, chorobę niedokrwinną serca (a zatem klasyczne czynniki ryzyka i choroby współistniejące), a przebieg infekcji koronawirusem jest u nich zazwyczaj od początku znacznie cięższy. Natomiast osoby z udarem mózgu w przebiegu COVID-19, w porównaniu do pacjentów bez infekcji są młodsze, mają od początku większe ubytki neurologiczne i niestety znamienne wyższą śmiertelność szpitalną.

2. Zaburzenia funkcji poznawczych

SARS-CoV-2 przenika przez opuszkę węchową do głębiej położonych obszarów mózgowia i wywołuje objawy potocznie nazywane „mgłą mózgową”. Sama „mgła mózgową” jest to zespół objawów, na które składają się: zaburzenia pamięci, zaburzenia koncentracji i uwagi, uczucie dezorientacji oraz nawracające bóle głowy. Obecnie mało wiemy na temat tego zaburzenia, przyjmuje się jednak, że nie da się go w prosty sposób wytłumaczyć wyłącznie mikroembolizacją naczyń wewnątrzmożgowych ani procesem zapalnym towarzyszącym burzy cytokinowej toczącej się także po drugiej stronie bariery krew-mózg.

Hipoksemia jest częstym objawem obserwowanym u pacjentów z przewlekłymi chorobami płuc, wywołującym lub pogłębiającym zaburzenia funkcji poznawczych. Podobne zjawisko patofizjologiczne może przebiegać u chorych z uszkodzonymi płucami w przebiegu zakażenia SARS-CoV-2. Często występuje u nich tak zwana „cicha hipoksemia”, czyli stan, w którym zmniejszonemu ciśnieniu parcjalnemu tlenu we krwi nie towarzyszy nasilone uczucie duszności, a funkcja wentylacyjna płuc jest jeszcze stosunkowo dobrze zachowana. Opóźnienie we włączeniu tlenoterapii może przyczyniać się wówczas do progresji zaburzeń poznawczych.

Ryzyko wystąpienia zaburzeń poznawczych u chorych na COVID-19 znacząco zwiększa także otyłość, nadciśnienie tętnicze, nikotynizm, zaawansowany wiek oraz ciężki przebieg infekcji SARS-CoV-2. Wciąż jednak brakuje badań prospektywnych oceniających związek pomiędzy zaburzeniami pamięci, a zespołem „postcovid”. Na podstawie dostępnych źródeł można jedynie przypuszczać, że to hipokamp jest szczególnie narażony na destruktywne działanie koronawirusa, który może doprowadzić do wystąpienia „mgły mózgowej” i przyspieszenia rozwoju zmian neurodegeneracyjnych, w tym choroby Alzheimera.

3. Inne powikłania neurologiczne

Najczęstsze objawy neurologiczne ostrego zakażenia SARS-CoV-2 obejmują manifestacje z układu nerwowego zarówno centralnego (ból głowy, zawroty głowy, ataksja, drgawki, zaburzenia pamięci), jak i obwodowego (osłabienie mięśni, zaburzenia węchu i smaku). Natomiast w zespole „postcovid” oprócz osłabienia i zaburzeń poznawczych, dodatkowo współistnieje

niekiedy encefalopatia z drgawkami lub psychozą, zapalenie mózgu czy zespół Guillain-Barré. Wszystkie te jednostki chorobowe wymagają pilnej diagnostyki różnicowej i leczenia na oddziale neurologicznym.

V. Zaburzenia psychiczne

W czasie obecnej pandemii wciąż zbyt małą uwagę zwracamy na zależność pomiędzy infekcją SARS-CoV-2, a pojawieniem się lub nasileniem zaburzeń psychicznych. Prawie 60% pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 zgłasza występowanie objawów psychicznych po upływie 4 tygodni od wypisu ze szpitala. Najczęściej wykrywane są wówczas: zaburzenia lękowe (42%), bezsenność (40%), objawy depresyjne (31%), zespół stresu pourazowego – PTSD (28%) i zaburzenia obsesyjno-kompulsywne – OCD (20%). Ryzyko nasilenia się lub rozwoju zaburzeń psychicznych u ozdrowieńców ma związek nie tylko z występowaniem u nich chorób psychicznych w wywiadzie, ale również związane jest ono z zaburzeniami węchu i smaku oraz z wysokim wskaźnikiem SII (Systemic immune-inflammation index=liczba płytek krwi x liczba neutrofilii/ liczba limfocytów). Dlatego też prawdopodobna wydaje się hipoteza, że to tropizm koronawirusa do komórek nerwowych i stymulacja przez niego stanu „hiperzapalenia” wpływa na rozwój zaburzeń psychicznych zarówno w przebiegu COVID-19, jak i zespołu postcovid.

WHO już w 2020 roku wydało ogólne zalecenia dotyczące przeciwdziałania rozwojowi zaburzeń psychicznych w dobie pandemii COVID-19. Natomiast lekarze wszystkich specjalności powinni aktywnie szukać objawów chorób psychicznych u pacjentów po przebytych zakażeniu koronawirusem. Dzięki takiemu postępowaniu zaproponowanie terapii behawioralnej lub włączenie leczenia farmakologicznego w odpowiednim momencie mogą doprowadzić do ustąpienia objawów zaburzeń psychicznych, a nawet do złagodzenia symptomów zespołu postcovid.

Podsumowanie

Ponad półtora roku doświadczenia nabywanego w nierównej walce z nową chorobą oraz prospektywna obserwacja ozdrowieńców pozwala nam nakreślić pewne podstawowe problemy, z jakimi może borykać się ozdrowieniec i tym samym lekarz prowadzący go w ramach opieki ambulatoryjnej. Nawet relatywnie łagodny przebieg choroby u osoby uprzednio w pełni zdrowej nie gwarantuje pełnego restitutio ad integrum, inicjując zmiany wielonarządowe początkujące rozwój chorób przewlekłych. Destabilizacja i zazwyczaj progresja chorób przewlekłych współistniejących z COVID-19 skutkują koniecznością rewizji dotychczasowych schematów terapeutycznych, dając asumpt ich optymalizacji zgodnie z obowiązującymi wytycznymi. Zintegrowany nadzór internistyczny nad ozdrowieńcami, z uwzględnieniem (w miarę potrzeby) oceny kardiologicznej, pulmonologicznej, endokrynologiczno-diabetologicznej oraz neurologiczno-psychiatrycznej stanowi kolejne trudne zadanie, z którym przyjdzie zmierzyć się ochronie zdrowia w najbliższych latach.

Rolą internisty lub geriatry prowadzącego ozdrowieńca będzie więc stworzenie na podstawie wnikliwego badania podmiotowego i przedmiotowego zindywidualizowanego planu leczenia, uwzględniającego wykonanie racjonalnej ilości badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych w optymalnych ramach czasowych. Pamiętajmy jednak, by wkraczając na nieznane wody ery postcovid, nie być samemu sobie sterem, żeglarzem i okrętem w opiece nad chorymi, śledząc na bieżąco pojawiające się, wiążące merytorycznie dokumenty eksperckie opracowywane przez poszczególne specjalistyczne towarzystwa naukowe. ■

Maciej Bładowski, Adrian Doroszko: Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Onkologii Klinicznej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Opracowano na podstawie:

Glowacka I, Bertram S, Muller MA, Allen P, Soilleux E, Pfefferle S, Steffen I, Tsegaye TS, He Y, Gnirss K, Niemeyer D, Schneider H, Drosten C, Pohlmann S. Evidence that TMPRSS2 activates the severe acute respiratory syndrome coronavirus spike protein for membrane fusion and reduces viral control by the humoral immune response. J Virol 2011;85:4122–4134.

- Santos RAS, Sampaio WO, Alzamora AC, Motta-Santos D, Alenina N, Bader M, Campagnole-Santos MJ. The ACE2/angiotensin-(1-7)/MAS axis of the renin-angiotensin system: focus on angiotensin-(1-7). *Physiol Rev* 2018;98:505–553.
- Kreutz R, Algharably EAE, Azizi M, Dobrowolski P, Guzik T, Januszewicz A, Persu A, Prejbisz A, Riemer TG, Wang JG, Burnier M. Hypertension, the renin-angiotensin system, and the risk of lower respiratory tract infections and lung injury: implications for COVID-19. *Cardiovasc Res*. 2020 Aug 1;116(10):1688–1699. doi: 10.1093/cvr/cvaa097.
- Shah S, McArthur E, Farag A, Nartey M, Fleet JL, Knoll GA, Kim SJ, Garg AX, Jain AK. Risk of hospitalization for community acquired pneumonia with renin-angiotensin blockade in elderly patients: a population-based study. *PLoS One* 2014;9:e110165.
- Kang JH, Kao LT, Lin HC, Wang TJ, Yang TY. Do outpatient statins and ACEIs/ARBs have synergistic effects in reducing the risk of pneumonia? A population-based case-control study. *PLoS One* 2018;13:e0199981.
- de Abajo FJ, Rodríguez-Martín S, Lerma V, Mejía-Abril G, Aguilar M, García-Luque A, Laredo L, Laosa O, Centeno-Soto GA, Ángeles Gálvez M, Puerto M, González-Rojano E, Pedraza L, de Pablo I, Abad-Santos F, Rodríguez-Mañas L, Gil M, Tobías A, Rodríguez-Miguel A, Rodríguez-Puyol D; MED-ACE2-COVID19 study group. Use of renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors and risk of COVID-19 requiring admission to hospital: a case-population study. *Lancet* 2020;395(10238):1705–14.
- Mancia G, Mancia G, Rea F, Ludergrani M, Apolone G, Corrao G. Renin-Angiotensin-Aldosterone System Blockers and the Risk of Covid-19. *N Engl J Med* 2020;382(25):2431–40.
- Reynolds HR, Adhikari S, Pulgarin C, Troxel AB, Iturrate E, Johnson SB, Hausvater A, Newman JD, Berger JS, Bangalore S, Katz SD, Fishman GI, Kunichoff D, Chen Y, Ogedegbe G, Hochman JS. Renin-Angiotensin-Aldosterone System Inhibitors and Risk of Covid-19. *N Engl J Med* 2020;382(25):2441–8.
- Zhang P et al. Association of Inpatient Use of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin II Receptor Blockers with Mortality Among Patients With Hypertension Hospitalized With COVID-19. *Circ Res*. 2020 Jun 5;126(12):1671–1681. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.120.317134.
- Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost* 2020; 18: 844–47.
- Ackermann M, Verleden SE, Kuehnel M, et al. Pulmonary vascular endothelialitis, thrombosis, and angiogenesis in Covid-19. *N Engl J Med* 2020; published online May 21. <https://doi.org/10.1056/NEJMoA2015432>.
- McGonagle D, O'Donnell JS, Sharif K, Emery P, Bridgewood C. Immune mechanisms of pulmonary intravascular coagulopathy in COVID-19 pneumonia. *Lancet Rheumatol* 2020; 2: e437–45.
- Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. *J Thromb Haemost* 2020; 18: 1094–99.
- Babapoor-Farrokhran S, Gill D, Walker J, Rasekhi RT, Bozorgnia B, Amanullah: A Myocardial injury and COVID-19: possible mechanisms. *Life Sci*. 2020; 253:117723.
- Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, Dendale P, Dorobantu M, Edvardsen T, Folliquet T, Gale CP, Gilard M, Jobs A, Jüni P, Lambrinou E, Lewis BS, Mehili J, Meliga E, Merkely B, Mueller C, Roffi M, Rutten FH, Sibbing D, Siontis GCM; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2020 Aug 29;ehaa575. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa575. Epub ahead of print.
- Sala S, Peretto G, Gramegna M et al. Acute myocarditis presenting as a reverse Tako-Tsubo syndrome in a patient with SARS-CoV-2 respiratory infection. *Eur Heart J*. 2020; 41: 1861–1862.
- Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, Prescott E, Storey RF, Deaton C, Cuisset T, Agewall S, Dickstein K, Edvardsen T, Escaned J, Gersh BJ, Svitil P, Gilard M, Hasdai D, Hatala R, Mahfoud F, Masip J, Muneretto C, Valgimigli M, Achenbach S, Bax JJ; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2020 Jan 14;41(3):407–477. doi: 10.1093/eurheartj/ehz425.
- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, Falk V, González-Juanatey JR, Harjola VP, Jankowska EA, Jessup M, Linde C, Nihoyannopoulos P, Parissis JT, Pieske B, Riley JP, Rosano GMC, Ruilope LM, Ruschitzka F, Rutten FH, van der Meer P; ESC Scientific Document Group. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2016 Jul 14;37(27):2129–2200. doi:10.1093/eurheartj/ehw128.
- Wu F, Zhou Y, Wang Z, Xie M, Shi Z, Tang Z, Li X, Li X, Lei C, Li Y, Ni Z, Hu Y, Liu X, Yin W, Cheng L, Ye F, Peng J, Huang L, Tian J, Zhang L, Mo X, Zhang Y, Hu K, Jiang Y, Guan W, Xiang J, Liu Y, Peng Y, Wei L, Hu Y, Peng P, Wang J, Liu J, Huang W, Chen R, Zhao J, Li S, Zhang N, Zhao J, Zhong N, Ran P; Medical Treatment Expert Group for COPD and COVID-19. Clinical characteristics of COVID-19 infection in chronic obstructive pulmonary disease: a multicenter, retrospective, observational study. *J Thorac Dis*. 2020 May;12(5):1811–1823. doi: 10.21037/jtd-20-1914.
- Chhibba KD, Patel GB, Vu THT, Chen MM, Guo A, Kudlaty E, Mai Q, Yeh C, Muhammad LN, Harris KE, Bochner BS, Grammer LC, Greenberger PA, Kalhan R, Kuang FL, Saltoun CA, Schleimer RP, Stevens WW, Peters AT. Prevalence and characterization of asthma in hospitalized and nonhospitalized patients with COVID-19. *J Allergy Clin Immunol*. 2020 Aug;146(2):307–314.e4. doi: 10.1016/j.jaci.2020.06.010.
- Rogliani P, Lauro D, Di Daniele N, Chetta A, Calzetta L. Reduced risk of COVID-19 hospitalization in asthmatic and COPD patients: a benefit of inhaled corticosteroids? *Expert Rev Respir Med*. 2020 Dec 3:1–8. doi: 10.1080/17476348.2021.1850275. Epub ahead of print.
- Yamaya M, Nishimura H, Deng X, et al. Inhibitory effects of glycopyrronium, formoterol, and budesonide on coronavirus HCoV-229E replication and cytokine production by primary cultures of human nasal and tracheal epithelial cells. *Respiratory Invest*. 2020;58(3):155–168.
- Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, et al. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *Cell*. 2020;181(2):271–280.e8.
- Peters MC, Sajuthi S, Deford P, et al. COVID-19 related genes in sputum cells in Asthma: relationship to demographic features and corticosteroids. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020;202(1):83–90.
- Parolin M, Parisotto M, Zanchetta F, Sartorato P, De Menis E. Coronaviruses and Endocrine System: a Systematic Review on Evidences and Shadows. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2020 Sep 5. doi: 10.2174/1871530320666200905123332. Epub ahead of print.
- Porfida A, Pola R, Porfida A, et al. Venous thromboembolism in COVID-19 patients. *J Thromb Haemost*. 2020 doi: 10.1111/jth.14842.
- Isidori AM, Arnaldi G, Boscaro M, Falorni A, Giordano C, Giordano R, et al. COVID-19 infection and glucocorticoids: update from the Italian Society of Endocrinology Expert Opinion on steroid replacement in adrenal insufficiency. *J Endocrinol Invest*. 2020 doi: 10.1007/s40618-020-01266-w.
- Scaroni C, Armigliato M, Cannavò S. COVID-19 outbreak and steroids administration: are patients treated for Sars-Cov-2 at risk of adrenal insufficiency? *J Endocrinol Invest*. 2020 doi: 10.1007/s40618-020-01253-1.
- Mitchell F. Vitamin-D and COVID-19: do deficient risk a poorer outcome? *Lancet Diabetes Endocrinol* 2020; 8: 570.
- Apicella M, Campopiano MC, Mantuano M, Mazoni L, Coppelli A, Del Prato S. COVID-19 in people with diabetes: understanding the reasons for worse outcomes. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020 Sep;8(9):782–792. doi: 10.1016/S2213-8587(20)30238-2. Epub 2020 Jul 17. Erratum in: *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020 Oct;8(10):e5. Erratum in: *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020 Nov;8(11):e6.
- Younis JS, Abassi Z, Skorecki K. Is there an impact of the COVID-19 pandemic on male fertility? The ACE2 connection. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2020;318(6):E878–E880. doi: 10.1152/ajpendo.00183.2020.
- Douglas GC, O'Bryan MK, Hedger MP, Lee DK, Yarski MA, Smith AI, Lew RA. The novel angiotensin-converting enzyme (ACE) homolog, ACE2, is selectively expressed by adult Leydig cells of the testis. *Endocrinology*. 2004;145(10):4703–4711. doi: 10.1210/en.2004-0443.
- Wang Z, Xu X. scRNA-seq profiling of human testes reveals the presence of the ACE2 receptor, a target for SARS-CoV-2 infection in spermatogonia Leydig and Sertoli cells. 2020;9:4. doi: 10.3390/cells9040920.
- Verdecchia P, Cavallini C, Spanevello A, Angeli F. The pivotal link between ACE2 deficiency and SARS-CoV-2 infection. *Eur J Intern Med*. 2020 Jun;76:14–20. doi: 10.1016/j.ejim.2020.04.037.
- Grassi T, Varotto E, Galassi FM. COVID-19, a viral endocrinological disease? *Eur J Intern Med*. 2020 Jul;77:156–157. doi: 10.1016/j.ejim.2020.06.003.
- Bellastella G, Maiorino MI, Esposito K. Endocrine complications of COVID-19: what happens to the thyroid and adrenal glands? *J Endocrinol Invest*. 2020 Aug;43(8):1169–1170. doi: 10.1007/s40618-020-01311-8. Epub 2020 Jun 1.
- Nannoni S, de Groot R, Bell S, Markus HS. Stroke in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Int J Stroke*. 2021 Feb;16(2):137–149. doi: 10.1177/1747493020972922. Epub 2020 Nov 11.
- Baker HA, Safavynia SA, Evered LA. The 'third wave': impending cognitive and functional decline in COVID-19 survivors. *Br J Anaesth*. 2021 Jan;126(1):44–47. doi: 10.1016/j.bja.2020.09.045. Epub 2020 Oct 21.
- Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, Melloni EMT, Furlan R, Ciceri F, Rovere-Querini P; COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group, Benedetti F. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*. 2020 Oct;89:594–600. doi: 10.1016/j.bbi.2020.07.037. Epub 2020 Jul 30.
- World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/mental-health-considerations>.

Kiedy niemożliwe staje się możliwe – terapia CAR-T

Rozmawia Aleksandra Szołtys

Zespół naukowców pod kierownictwem prof. dr. hab. n. med. Tomasza Wróbla z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu otrzymał ponad 15 mln zł grantu z Agencji Badań Medycznych na badania nad przełomową terapią komórkami CAR-T. Terapia ta jest jedyną szansą dla pacjentów onkologicznych, u których wszystkie inne dostępne postępowania terapeutyczne zawiodły. O jej innowacyjności oraz warunkach, które muszą zostać spełnione, by w najbliższej przyszłości wrocławski ośrodek mógł produkować własne CAR-T opowiada prof. Tomasz Wróbel, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Aleksandra Szołtys: Czym jest terapia komórkami CAR-T i w jaki sposób działa?

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Wróbel: Rozwój nowotworu wynika m.in. z dysfunkcji układu odpornościowego chorego, który nie potrafi wyeliminować zmutowanych komórek. Terapia CAR-T (chimeric antygen receptor T cells) została opracowana na uniwersytetach amerykańskich m.in. w Pensylwanii. Polega ona na pobraniu limfocytów T chorego i wprowadzeniu do nich, za pomocą wektora wirusowego, receptora dla antygenu obecnego na komórkach nowotworowych, np. CD19 typowego dla chłoniaków B komórkowych. Kolejnym etapem jest namnożenie zmienionych genetycznie limfocytów i podanie ich pacjentowi. Tak przygotowane CAR-T atakują komórki z obecnym na powierzchni antygenem CD19, omijając bariery immunologiczne, co prowadzi do eliminacji nowotworu. Zatem istota terapii polega na przeprogramowaniu układu odpornościowego pacjenta, żeby sam zwalczał chorobę nowotworową.

Tę metodę leczenia zastosowano początkowo w ostrej białaczce limfoblastycznej, następnie w agresywnych chłoniakach B-komórkowych. Są to dwa główne wskazania. Tak jak już wspomniałem, początkowo metoda ta została opracowana przez uniwersytety, następnie została przejęta przez przemysł farmaceutyczny i w tej chwili dwie firmy farmaceutyczne dysponują zarejestrowanymi produktami CAR-T, stosowanymi w leczeniu chłoniaka rozlanego z dużych limfocytów B oraz w ostrej białaczce limfoblastycznej. Oczywiście wskazania do stosowania tych komórek zmodyfikowanych rozszerzają się. Obecnie obejmują one też inne typy chłoniaków, również szpiczaka plazmocytozy i są testowane w terapii innych nowotworów, nie tylko układu chłonnego, ale też guzów litych czy białaczek. Jest to technologia, której zastosowanie, z racji ogromnego potencjału, wzrośnie nie tylko w onkologii.



Fot. z archiwum T.W.

► PROF. DR HAB. N. MED. TOMASZ WRÓBEL

Kierownik Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Członek wielu towarzystw naukowych i grup badawczych m.in.: European Haematology Association, American Society of Hematology, Polskiej Grupy Badawczej Chłoniaków, Polskiej Grupy Szpiczakowej. Wśród zainteresowań badawczych prof. T. Wróbla znajdują się nowotwory układu chłonnego. Autor/współautor wielu publikacji zamieszczanych m.in. w: *Annals of Oncology*, *Lancet*, *Leukemia & Lymphoma* i *American Journal of Hematology*.

A.Sz.: Wskazania do terapii dotyczą głównie chłoniaków i ostrej białaczki limfoblastycznej. W jakich innych chorobach procedura ta może znaleźć zastosowanie? Czy terapia CAR-T pomoże osobom chorym na raka piersi albo choroby niehematologiczne, np. reumatologiczne lub zakaźne?

T.W.: Prowadzone są liczne badania nad zastosowaniem terapii CAR-T u chorych na guzy łagodne takie jak rak piersi czy prostaty. Nie są one jednak na tyle zaawansowane jak w przypadku nowotworów układu chłonnego. Główną barierą jest słabsza penetracja CAR-T poprzez mikrośrodowisko nowotworu. CAR-T testowane są też w innych wskazaniach – przykładowo w infekcjach grzybiczych, które są trudne do leczenia, leków jest mało, a ich penetracja słaba, więc można sobie wyobrazić sytuację, w której możliwe jest przeprogramowanie limfocytów pacjenta, by zwalczały infekcje grzybicze. W mojej ocenie największe nadzieje z CAR-T możemy wiązać jednak z onkologią.

A.Sz.: Metoda CAR-T daje szansę na wyleczenie chorych, dla których nie ma już innych rozwiązań terapeutycznych. Jaki jest odsetek odpowiedzi oraz remisji całkowitych wśród osób poddanych terapii?

T.W.: Długotrwałe odpowiedzi w chłoniakach i białaczkach wynoszą 40-50%. Mówimy o pacjentach, którzy mają za sobą przynajmniej dwie wcześniejsze linie leczenia, czyli są to pacjenci z chorobą, która okazała się oporna na chemioterapię. Mniej więcej połowę chorych możemy wyleczyć za pomocą terapii CAR-T. Wartość ta może wydawać się niewielka, ale proszę pamiętać, że w przypadkach chemiooporności dotychczas nie było praktycznie szans na wyleczenie. W tej chwili prowadzone są badania, w których limfocyty CAR stosowane są na wcześniejszym etapie choroby i być może w przyszłości w ogóle zastąpią chemioterapię, ponieważ prawdopodobnie im wcześniej zostaną zastosowane, tym ich skuteczność będzie większa. Te 40-50% dotyczy chorych z chorobą bardzo zaawansowaną, oporną, nawrotową, natomiast potencjał jest oczywiście znacznie większy.

A.Sz.: Czy w przypadku niepowodzenia terapii możliwe jest jej powtórzenie?

T.W.: W tej chwili według obecnie zarejestrowanych preparatów nie jest to możliwe – terapia jest interwencją jednorazową. Niewykluczone, że w przyszłości będzie to możliwe. Obecnie zarejestrowane terapie są skierowane przeciwko antygenowi CD19 obecnemu na limfocytach B i na komórkach nowotworowych wywodzących się z limfocytów B. Prowadzone są też badania nad innymi antygenami, tzn. limfocyty CAR skierowane są przeciw innym antygenom. Jeśli pacjent nie odpowie na terapię anti-CD19, to być może uda się zastosować np. anti-CD22, czyli skierować przeciwko innemu antygenowi albo zastosować cały koktajl różnych limfocytów. Badane są także zmodyfikowane komórki NK, tzw. CAR-NK. Sprawa jest rozwojowa i otwarta, a możliwości naprawdę bardzo wiele.

A.Sz.: Po jakim czasie od wdrożenia terapii spodziewać się można pierwszych efektów?

T.W.: Choroba nowotworowa cofa się w ciągu dni lub tygodni, więc efekty występują prawie natychmiastowo.

A.Sz.: Jakie jest ryzyko powikłań?

T.W.: Rzeczywiście nie jest to terapia pozbawiona działań niepożądanych. Największe ryzyko jej zastosowania to tzw. zespół uwalniania cytokin lub po prostu „burza cytokinowa”. Drugim możliwym powikłaniem jest neurotoksyczność, a więc różnego rodzaju objawy neurologiczne, ze śpiączką włącznie. Trzeba podkreślić, że zwykle są to objawy przemijające, śmiertelność jest bardzo niska i coraz więcej wiemy na temat monitorowania tych powikłań oraz zapobiegania im. Nowsze terapie CAR-T, właściwa kwalifikacja pacjentów i stosowanie odpowiedniego zabezpieczenia pozwalają na zredukowanie zagrożenia do minimum. Są oczywiście inne powikłania, np. usuwając limfocyty B pacjentowi pozbawiamy go immunoglobulin, ma on więc słabszą odporność. Z tym można sobie jednak poradzić przetaczając pacjentowi immunoglobuliny, by częściowo przywrócić odporność, dopóki pacjent nie uzyska swojej. Nie jest to oczywiście terapia pozbawiona wad, niemniej jednak te wady są akceptowalne.

A.Sz.: Jak wygląda przygotowanie pacjenta do terapii? Czy istnieją jakieś metody zwiększające skuteczność leczenia terapią CAR-T?

T.W.: Trzeba pamiętać, że nie każdy pacjent kwalifikuje się do terapii CAR-T. Przeważnie, mówiąc o produktach komercyjnych, od momentu kwalifikacji do podania pacjentowi limfocytów mija kilka tygodni. Po pierwsze, pobrane limfocyty trzeba przetransportować do laboratorium, gdzie są modyfikowane genetycznie, następnie są one namnażane i wracają do pacjenta, co trwa kilka tygodni. Dlatego, jeżeli pacjent ma aktywną chorobę, a przeważnie tacy pacjenci są kwalifikowani do terapii CAR-T, chory musi otrzymywać chemioterapię pomostową, czyli taką, która pozwoli mu dotrwać do infuzji preparatu. Stosuje się też odpowiednią deplecję limfocytów, żeby umożliwić skuteczny wlew zmodyfikowanych limfocytów T.

” —————
Terapia CAR-T (chimeric antygen receptor T cells) została opracowana na uniwersytetach amerykańskich m.in. w Pensylwanii. Polega ona na pobraniu limfocytów T chorego i wprowadzeniu do nich, za pomocą wektora wirusowego, receptora dla antygeny obecnego na komórkach nowotworowych, np. CD19 typowego dla chłoniaków B komórkowych. Kolejnym etapem jest namnożenie zmienionych genetycznie limfocytów i podanie ich pacjentowi. Tak przygotowane CAR-T atakują komórki z obecnym na powierzchni antygenem CD19, omijając bariery immunologiczne, co prowadzi do eliminacji nowotworu. Zatem istota terapii polega na przeprogramowaniu układu odpornościowego pacjenta, żeby sam zwalczał chorobę nowotworową.

66

A.Sz.: Jakie warunki powinien spełnić ośrodek, aby mógł prowadzić terapię CAR-T? Czy ta forma leczenia może być stosowana u osób starszych, powyżej 60 r.ż?

T.W.: Żeby zastosować terapię preparatem komercyjnym, trzeba posiadać akredytację przyznaną przez producenta. Akredytacje firm farmaceutycznych uzyskały Klinika Hematologii Dziecięcej we Wrocławiu oraz, dla osób dorosłych, kliniki w Gliwicach i w Poznaniu, a ostatnio w Warszawie. Trzeba przyznać, że dotychczas firmy te dość powoli przyznają akredytacje w naszym kraju, ponieważ terapia komercyjnymi CAR-T w Polsce nie jest refundowana, co znacznie ogranicza jej dostępność. Jestem przekonany, że po uzyskaniu pozytywnych decyzji refundacyjnych certyfikaty firm farmaceutycznych uzyska znacznie więcej szpitali, w tym również nasza Klinika, która jest największym ośrodkiem hematologicznym na Dolnym Śląsku. Zazwyczaj akredytacje przyznawane są jednostkom posiadającym oddział transplantacyjny z doświadczeniem w przeszczepieniach allogenicznym i haploidentycznym.

Obecnie zarejestrowane są dwa leki, które może stosować u dzieci i młodzieży oraz u dorosłych – górnej granicy wieku w zasadzie nie ma. O kwalifikacji do leczenia decydują kryteria medyczne i wiek biologiczny. Warto podkreślić, że nowotwory układu chłonnego znacznie częściej dotyczą »



osoby dorosłe niż dzieci, a zachorowalność na chłoniaki wzrasta z wiekiem. Zatem terapia CAR-T znajduje zastosowanie głównie u dorosłych.

A.Sz.: Na czym zatem polega Wasz obecny projekt CAR-T i czy również wymaga akredytacji?

T.W.: Grant, który został przyznany Klinice przez Agencję Badań Medycznych, ma umożliwić nam, jako ośrodkowi akademickiemu, produkcję naszego własnego, niekomercyjnego CAR-T. Żeby to zrobić potrzebujemy odpowiedniej infrastruktury laboratoryjnej, która będzie gotowa w sierpniu tego roku. To laboratorium będzie wymagało akredytacji polskich urzędów, czyli Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek, Ministerstwa Środowiska. Proszę pamiętać, że planujemy przygotowanie produktu zmodyfikowanego genetycznie, w związku z tym otwieramy nowy obszar terapeutyczny w naszym kraju, co wymaga dostosowania się do nowej sytuacji zarówno przez nas, jak i przez urzędników. Zależy nam, by uzyskać akredytacje i wszystkie wymagane pozwolenia jak najszybciej, abyśmy mogli w przyszłym roku produkować własne CAR-T i rozpocząć terapię chorych w ramach badania klinicznego. Projekty dotyczące produkcji CAR-T w lokalnych, uniwersyteckich laboratoriach są obecnie realizowane na wielu uczelniach w Europie.

A.Sz.: Obecnie komórki pacjentów transportowane są w ciekłym azocie do laboratorium w Stanach Zjednoczonych lub w Szwajcarii – jak utworzenie akademickiego laboratorium wpłynie na czas leczenia terapią?

T.W.: Trzeba podkreślić, że nasz projekt nie ma na celu zastąpienia czy konkurowania z produktami komercyjnymi, a raczej stanowi jego uzupełnienie i ma charakter badawczy. Nasz zespół dąży do tego, aby produkować te komórki na miejscu, by nie było potrzeby ich transportowania. Wtedy pacjent w ciągu dwóch tygodni mógłby zrealizować całą terapię – to jest nasz cel. Natomiast jeśli mówimy o terapii komercyjnej, duże koncerny farmaceutyczne tworzą zcentralizowane miejsca, wielkie manufaktury, do których transportują komórki z różnych krajów. To zajmuje jednak sporo czasu, nawet do ośmiu tygodni, w związku z tym niektórzy pacjenci nie są w stanie dotrzeć nawet do momentu wyprodukowania tych komórek. Są też prowadzone badania nad możliwością stosowania uniwersalnych komórek tzw. „off the shelf”. Uzyskalibyśmy wtedy uniwersalne, gotowe do podania każdemu pacjentowi komórki.

A.Sz.: Planują Państwo zastosowanie terapii CAR-T u 30 pacjentów z Kliniki Hematologii i z Przylądka Nadziei. Jaki jest klucz doboru kandydatów?

T.W.: Projekt będziemy realizować w ramach badania klinicznego, które ma ściśle określone kryteria włączenia i wyłączenia, wykraczające zresztą poza wskazania rejestracyjne. Większość chorych to będą pacjenci dorośli z opornymi agresywnymi chłoniakami. Planujemy podanie zmodyfikowanych limfocytów T już w pierwszym nawrocie. Chcemy zmienić dotychczasową strategię leczenia wznowy choroby, która, z braku innych możliwości, polegała na stosowaniu kolejnych linii chemioterapii. Spodziewamy się, że wcześniejsze zastosowanie CAR-T przyniesie lepsze efekty i będzie mniej toksyczne niż eskalowanie leczenia cytostatycznego. U dzieci, najprawdopodobniej około 5-7 małych pacjentów, terapia będzie stosowana w przypadku nawrotu ostrej białaczki limfoblastycznej, która częściej występuje u dzieci niż u dorosłych. Mamy określony budżet, który otrzymaliśmy z Agencji Badań Medycznych i chcemy go

przeznaczyć na stworzenie platformy do produkcji CAR-T. Pracujemy więc nad przygotowaniem zespołu lekarzy, pracowników laboratorium, skompletowaliśmy niezbędne urządzenia; po dopełnieniu formalności rozpoczniemy badanie kliniczne. Jeśli zakończy się ono sukcesem, będziemy mogli kontynuować podobne projekty w innych typach chłoniaków. Chcę podkreślić, że nie zastępujemy produktu komercyjnego. To jest bardzo cenne, że Agencja Badań Medycznych rozumie, że takie terapie w Polsce są potrzebne, a ośrodki akademickie powinny nad nimi pracować. Klinika Hematologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu jest jednym z nielicznych ośrodków w Polsce, które dostały środki na tego typu projekt i będziemy starali się go jak najlepiej realizować. Oprócz innowacyjności projektu istotne dla ABM jest, że nasz ośrodek specjalizuje się w terapii chłoniaków. Oprócz terapii CAR-T dysponujemy innymi, skutecznymi metodami leczenia tej grupy nowotworów. Ważne, by lekarze, mając pacjenta z podejrzeniem chłoniaka, kierowali go do nas – im wcześniej, tym lepiej. Wczesna diagnoza pozwoli uniknąć drogiej terapii CAR-T, bowiem chorych można wyleczyć znacznie taniej, szybciej i skuteczniej innymi terapiami, również immunoterapią.

A. Sz.: Terapia CAR-T uważana jest za przełomową i innowacyjną. Jaki obserwuje Pan stosunek pacjentów do niej?

T. W.: Dostęp do mediów powoduje, że pacjenci onkologiczni są bardzo świadomi nowych terapii i rozwiązań, w związku z tym mamy dużo zapytań i oczekiwań. Nastawienie jest zdecydowanie pozytywne. Pacjenci są otwarci na nowe terapie, nie tylko na terapię CAR-T. Większość chorych chce uczestniczyć w badaniach klinicznych oraz w innych projektach, które prowadzimy w Klinice. Jest to szansa zarówno dla nich, jak i dla nas, bo dzięki temu zyskujemy nowe narzędzia, dzięki którym możemy pomagać większej liczbie chorych. Musimy jednak pamiętać, że terapia CAR-T nie jest panaceum i rozwiązaniem dla każdego pacjenta, a cena leku niekoniecznie wiąże się z jego skutecznością.

A.Sz.: Podsumowując naszą rozmowę, można rzec, że przyszłość immunoterapii rysuje się w różowych barwach?

T.W.: Terapia CAR-T jest przełomowa, ponieważ zmienia sposób myślenia o leczeniu chorób nowotworowych. Odchodzimy od archaicznej, toksycznej chemioterapii, staramy się przebudować własny układ odpornościowy pacjenta, aby zwalczyć nowotwór – to jest koncept, który jest niezwykle interesujący. Zmiany, które zaszły w terapii onkologicznej i immunoterapii nowotworów są rewolucyjne. Dość powiedzieć, że w ciągu ostatnich siedmiu lat zarejestrowano w onkologii 4-5 razy więcej przeciwciał monoklonalnych niż przez dwie wcześniejsze dekady. Wciąż pojawiają się nowe opcje terapeutyczne jak np. przeciwciała bispecyficzne, które także działają poprzez mobilizację układu odpornościowego chorego. W tej chwili są one testowane w różnych wariantach, nawet u tych pacjentów, u których terapia CAR-T okazała się nieskuteczna. W tych badaniach także mamy swój udział. Postęp jest ogromny, co stwarza wielkie nadzieje, że nawet jeśli nie uda się wszystkich pacjentów wyleczyć, to w znaczący sposób uda się wydłużyć im życie. Terapia CAR-T, jak już wspominałem, znajduje zastosowanie w leczeniu nie tylko chłoniaków i ostrej białaczki limfoblastycznej, ale także bardzo poważnego nowotworu, szpiczaka plazmocytozy – i w tym obszarze również planujemy badanie kliniczne. Zatem na pewno z optymizmem i nadzieją patrzymy w przyszłość immunoterapii. ■

Rozmawia Aleksandra Solarewicz



Fot. z archiwum R.P.

► **DR N. MED. MAGDALENA KANICKA**

Specjalista zdrowia publicznego. Koordynator Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego w 4. Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. Koordynator Pakietu Onkologicznego. Członek Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego

Nowotwór jelita grubego – tylko najwyższa jakość leczenia

Rak jelita grubego jest w Polsce trzecim co do częstości występowania nowotworem złośliwym. Wykrycie go na wczesnym etapie daje pacjentowi olbrzymią szansę na całkowite wyleczenie. Od 1 czerwca 2021 roku 4. Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu ma status Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego. Zapewnia pacjentom kompleksową opiekę, od etapu diagnostycznego po nowoczesne leczenie i rehabilitację. W ramach tzw. pakietu onkologicznego udziela wszelkiej pomocy, umawiając szybkie terminy kolonoskopii, tomografii i ewentualnych zabiegów chirurgicznych – o tym mówi w wywiadzie dr n. med. Magdalena Kanicka, koordynatorka Centrum.

Aleksandra Solarewicz: Badanie przesiewowe jelita? Reakcja pacjenta: „Brrr!”...

Dr n. med. Magdalena Kanicka: Ale to kolonoskopia jest najskuteczniejszą i najszybszą metodą zarówno diagnostyki, czyli wykrycia raka jelita grubego, jak i terapii, czyli leczenia jego wczesnych stadiów. Za jej pomocą lekarz może dokładnie obejrzeć jelito od środka. Poza tym badanie to pozwala na wykrycie i usunięcie polipów, zanim jeszcze przekształcą się w raka. Niechęć do badania wynika najczęściej z niewiedzy pacjentów na jego te-

Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce stale wzrasta. Według Krajowego Rejestru Nowotworów (dane z 2018 roku) nowotwory okrężnicy i odbytnicy to trzeci najczęściej występujący nowotwór zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn (...).

mat, a co za tym idzie ze strachu przed nieznanym. To oczywiście ma wpływ na statystyki zgłaszania się na kolonoskopię, jak i na zachorowalność. Stąd bardzo ważna jest rozmowa lekarza z pacjentem, »

omówienie schematu badania, jego ważności oraz rozwianie tej złej sławy związanej z jego bolesnością.

Kolonoskopię w 4. WSK wykonuje się w sedacji dożylniej, która jest bezpieczna, znosi ból i nieprzyjemne odczucia związane z badaniem oraz niepokój chorego. Ponadto diagnostyka realizowana jest fiberoendoskopami nowoczesnej generacji. Dla pacjenta oznacza to krótsze i mniej uciążliwe badanie, a dla lekarza pewniejszą diagnozę. Badania wykonuje wykształcony i doświadczony w zakresie endoskopii zabiegowej personel lekarski i pielęgniarski (liczba kolonoskopii wykonywanych corocznie w WSK przekracza 1000).

A.S.: Pośród nowotworów różnych narządów ten właśnie nowotwór będzie leczony w 4. Wojskowym Szpitalu Klinicznym w oddzielnym „unicie”. Dlaczego właśnie rak jelita?

M.K.: Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce stale wzrasta. Według Krajowego Rejestru Nowotworów (dane z 2018 roku) nowotwory okrężnicy i odbytnicy to trzeci najczęściej występujący nowotwór zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, a jednocześnie drugi w grupie onkologicznych przyczyn zgonów wśród mężczyzn, a trzeci wśród kobiet.

Diagnozowaniem i leczeniem nowotworów złośliwych raka jelita grubego w 4. WSK zajmujemy się od kilkudziesięciu lat. Posiadamy wysoko wykwalifikowaną i doświadczoną kadrę medyczną, zaangażowaną w jak najlepszą opiekę nad chorymi. Od 2015 roku cały proces diagnostyczno-terapeutyczny realizowany jest u nas w ramach tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej. Utworzenie Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego jest gwarancją zapewnienia należytej jakości i ciągłości opieki nad świadczeniobiorcą, a co za tym idzie poprawienie rokowań i jakości ich życia.

A.S.: Już wcześniej w Dolnośląskim Centrum Onkologicznym powstała analogiczna jednostka, Breast Unit. Czy wydzielanie takich jednostek specjalistycznych jest ogólną tendencją?

M.K.: Zaproponowany model kompleksowej opieki nad pacjentem z nowotworem jelita grubego został opracowany na podstawie analizy rozwiązań organizacyjnych w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów jelita grubego w innych krajach europejskich. Doświadczenia pokazały, że koordynowana opieka znacząco przyczynia się do poprawy wyników leczenia, zmniejszenia liczby powikłań, zwiększenia efektywności kosztowej, a także do uzyskania ciągłości i komplementarności ścieżki pacjenta onkologicznego. Jednocześnie potwierdzono związek między liczbą operowanych przypadków a osiąganymi wynikami leczenia. Od kilku lat Ministerstwo Zdrowia sukcesywnie wprowadza nowe rozwiązania organizacyjne, które mają wyeliminować negatywne zjawiska w onkologii, takie jak fragmentacja opieki, rozproszenie świadczeń i ośrodków onkologicznych. Model kompleksowej opieki dla kolejnej grupy pacjentów jest zgodny z Narodową Strategią Onkologiczną na lata 2020-2030. Zakłada on centralizację chirurgii onkologicznej oraz stopniową decentralizację radioterapii i chemioterapii. Określonym podmiotom leczniczym powierza się odpowiedzialność za przeprowadzenie danego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, zgodnie z założonym planem leczenia w oparciu o wytyczne i aktualną wiedzę medyczną. Pozwala to obiektywnie ocenić przebieg procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz skutki wdrożenia zmian.

A.S.: Relacjonując otwarcie Unitu, przytoczyli Państwo słowa ministra o finansowaniu „tylko najwyższej jakości leczenie”. Jakie kryteria musiało spełnić Centrum, którym Pani koordynuje?

M.K.: Zostały one ściśle określone w rozporządzeniu ministra zdrowia i podzielone na kilka grup. W pierwszej kolejności były to wymagania dotyczące realizacji w ostatnim roku kalenda-

rzowym co najmniej 75 zabiegów usunięcia pierwotnego nowotworu jelita grubego oraz co najmniej 200 kolonoskopii. Zarówno w pierwszym, jak i drugim przypadku liczba ta była znacznie wyższa od wymaganej (w przypadku kolonoskopii ponad pięciokrotnie).

Kolejnym kryterium było stosowanie m.in. technik laparoskopowych, polipektomii, udrożniania czy protezowania oraz co najmniej dwóch metod hemostazy endoskopowej. Szpital Wojskowy gwarantuje również realizację predykcyjnych badań genetycznych i molekularnych oraz badań immunohistochemicznych. Posiadamy także wdrożone wystandaryzowane pisemne protokoły dotyczące diagnostyki i postępowania terapeutycznego we wszystkich stadiach zaawansowania choroby nowotworowej.

Wymagania dotyczyły również posiadania w szpitalu określonych komórek organizacyjnych (m.in. oddziału chirurgicznego, oddziału onkologii klinicznej/chemioterapii, bloku operacyjnego, OAiIT, pracowni endoskopii, diagnostyki obrazowej czy zakładu patomorfologii) wraz z dostępem do określonych świadczeń zdrowotnych. Ministerstwo Zdrowia postawiło również wymagania w stosunku do zatrudnianego personelu (m.in. chirurgów, onkologów, gastroenterologów), których doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu nowotworu jelita grubego zostało potwierdzone przez konsultanta wojewódzkiego w odpowiedniej dziedzinie medycyny. Jako szpital musieliśmy również spełnić wymagania dotyczące organizacji udzielania świadczeń, od zapewnienia realizacji diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż 7 tygodni, przez powoływanie wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego ustalającego plan leczenia pacjenta, po ścisłą współpracę z innymi placówkami w zakresie np. radioterapii, rehabilitacji leczniczej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz monitorowania po zakończonym leczeniu do 5 lat.

A.S.: Porozmawiajmy o Centrum w kontekście organizacyjnym. Co zmienia się dla pacjenta z rakiem jelita grubego, który dotąd korzystał z rozproszonych jednostek?

M.K.: Wdrożone rozwiązania organizacyjne w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworze jelita grubego, w Centrum Kompetencji, zakładają koordynację działań jednostek zaangażowanych w opiekę nad pacjentem onkologicznym i wyznaczają określony standard i jakość opieki, do czego jesteśmy zobowiązani. Pacjent, który trafia do naszego szpitala (zarówno ten z podejrzeniem, jak i potwierdzeniem nowotworu jelita grubego), zostaje objęty opieką już od pierwszej wizyty przez pracowników Punktu Onkologicznego. Wyznaczany jest mu termin pierwszej wizyty w ciągu kilku dni, a często (jeżeli jest już wystawiona karta DİLO) trafia do poradni specjalistycznej już w dniu zgłoszenia się. W momencie wystawienia skierowań na wymagane badania pracownicy Punktu ustalają wszystkie terminy wraz z wizytą z wynikami. Postępowanie medyczne obejmuje wykonanie niezbędnych badań, m.in. badań endoskopowych, histopatologicznych, RTG, TK, MR w celu wykluczenia lub potwierdzenia nowotworu złośliwego oraz ustalenia stopnia jego zaawansowania.

Badania wykonywane są w pracowniach/zakładach zlokalizowanych na terenie 4. WSK. Całość diagnostyki wstępnej, jak i pogłębionej, nie przekracza u nas 7 tygodni, a często jest dużo krótszy. Po zakończeniu diagnostyki zwoływane jest interdyscyplinarne konsylium onkologiczne, w skład którego wchodzi lekarze specjaliści chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej, radiologii oraz patomorfologii. Leczenie onkologiczne rozpoczyna się nie później niż w terminie 14 dni od dnia ustalenia planu leczenia, a całość nadzorowana



Zespół Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego

jest przez koordynatora leczenia onkologicznego. W postaci procedur zabiegowych odbywa się ono na Oddziale Chirurgii Onkologicznej. W przypadku chemioterapii, na Oddziale Onkologii Klinicznej, w którym realizowane są świadczenia zdrowotne w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym. Natomiast jeżeli istnieje konieczność leczenia w ramach radioterapii, pacjent kierowany jest do Dolnośląskiego Centrum Onkologii lub innych podmiotów leczniczych realizujących radioterapię (np. bliżej miejsca zamieszkania). Termin przyjęcia ustala oczywiście nasz zespół. Dodatkowo w razie konieczności wyłonienia stomii nasi pacjenci zostaną objęci opieką wyspecjalizowanej pielęgniarki stomijnej w ramach poradni chirurgicznej. Po zakończonym procesie leczenia pacjenci pozostają pod naszą opieką i obserwacją do 5 lat z uwzględnieniem obowiązujących schematów prowadzenia procesu „follow-up”, zgodnie z aktualnymi wytycznymi praktyki klinicznej.

A.S.: W tej chwili mamy, być może krótkotrwale, poluzowanie obostrzeń sanitarnych. Pacjenci wracają. Jak Centrum zmierzy się z tą liczbą chorych, których leczenie zostało zahamowane przez lockdown?

M.K.: Lockdown istotnie przyczynił się do zmniejszenia liczby zgłaszających się do nas pacjentów. Ale jako szpital jesteśmy przygotowani na ich przyjęcie. Z początkiem czerwca uruchomiliśmy dodatkowe terminy w poradni specjalistycznej dla pacjentów zgłaszających się do naszego Centrum. Posiadamy dostęp do wszystkich najnowocześniejszych metod diagnostyki obrazowej. W szpitalu funkcjonuje Pracownia USG, Pracownia Tomografii Komputerowej (z trzema tomografami) oraz Pracownia Rezonansu Magnetycznego (obecnie planowany jest zakup drugiego rezonansu). W Zakładzie Endoskopii Zabiegowej posiadamy dwie niezależne pracownie endoskopowe z wysokiej jakości sprzętem do videoendoskopii, centralną myjnię endoskopową (endoskopy są myte i dezynfekowane w automatycznym procesie sterowanym i nadzorowanym komputerowo), salę obserwacyjną dla pacjentów po badaniach endoskopowych. Kolejnym naszym atutem jest Zintegrowany Blok

Operacyjny oddany do użytku nieco ponad 3 lata temu. To jeden z najbardziej zaawansowanych technologicznie tego typu obiektów w Polsce. Składa się z 11 sal operacyjnych, w tym sali hybrydowej, OAiT i nowoczesnej sterylizatorni.

A.S.: Nic dziwnego, że Dolnoślązacy mawiają: „Leczysz się w „Wojskowym”? To dobrze, to jest dobry szpital!”. Czy w 4. WSK planują Państwo w przyszłości nowe projekty onkologiczne? Terapie? Oddziały? Jakież?

M.K.: Bardzo cieszy mnie fakt, że jesteśmy pozytywnie odbierani przez naszych pacjentów. W swojej pracy zawsze staram się wykazywać ogromną empatię w stosunku do tej szczególnej grupy, dla których informacja o nowotworze często brzmi jak wyrok. W zakresie chirurgicznego leczenia nowotworów 4. Wojskowy Szpital Kliniczny działa w wielu obszarach. W strukturze WSK, oprócz Oddziału Chirurgii Onkologicznej, funkcjonuje Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej zajmujący się leczeniem guzów płuca. Posiadamy Oddział Urologii, który przyjmuje pacjentów z nowotworem gruczołu krokowego, nerki, pęcherza moczowego i jądra. Oddział Neurochirurgii 4. WSK jest obecnie wiodącym na Dolnym Śląsku ośrodkiem leczącym nowotwory OUN. Co roku wykonywanych jest w nim ponad 150 zabiegów usunięcia guzów mózgu. Specjalistyczną opieką otoczymy również pacjentów z nowotworami głowy i szyi w ramach Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej z Zespołem Nowotworów Głowy i Szyi oraz Oddziału Otolaryngologicznego. Natomiast pacjentki z problemami ginekologicznymi pomoc uzyskają w Poradni Ginekologii Onkologicznej oraz na Oddziale Ginekologii Onkologicznej.

Od lutego 2019 roku 4. WSK jako jeden z pierwszych został włączony do pilotażu Krajowej Sieci Onkologicznej obejmując koordynowaną opieką onkologiczną pacjentów w pięciu rozpoznaniach nowotworowych: jelito grube, piersć, płuco, gruczoł krokowy, jajnik. Obecnie realizujemy również „Program edukacyjno-profilaktyczny wczesnego wykrywania nowotworów skóry i czerniaka” przez Kliniczny Oddział Dermatologiczno-Wenerologiczny. Ponadto ciągle jesteśmy otwarci na nowe projekty. ■

MŁODA KADRA JEST PRZYSZŁOŚCIĄ MEDYCyny

O reformach czekających Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, o ich celu i sposobach wprowadzania w życie mówi prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak, prorektor ds. strategii rozwoju uczelni, kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, w rozmowie z Maciejem Sasem.

Rozmawia Maciej Sas

Maciej Sas: Podjęła się Pani bardzo trudnego zadania – bycie prorektorem ds. strategii rozwoju uczelni w sytuacji, w której jesteśmy, a więc kumulacji wszystkiego: epidemii COVID-19 i związanych z tym niezbędnych zmian w ochronie zdrowia, reformy szkolnictwa wyższego. Poza tym uczelnia chce się intensywnie rozwijać pod względem naukowym, medycznym, zarządczym. Na dodatek wszelkie rankingi nie były przez lata korzystne dla Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Raczej nie narzeka Pani na nudę...

Prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak: Faktycznie, bardzo dużo zadań stoi przed nami na każdym polu – zarówno w dziedzinie dydaktyki, jak i organizacji czy nauki. Wiele zadań wyznaczają nam nowe zasady ewaluacji uczelni – narzucają konieczność wprowadzenia konkretnych zmian. Musimy je wprowadzić, żebyśmy mogli być uczelnią liczącą się w kraju, bo na tej podstawie będziemy mogli dostać subwencje, dofinansowanie z różnych źródeł i rozwijać działalność. Tak naprawdę jednak trzeba pamiętać, że uczelnia jest dla studentów – to oni są najważniejsi. W pierwszej kolejności musimy więc przyjrzeć się temu, jak prowadzona jest dydaktyka, czy zajęcia są dla nich atrakcyjne i na najwyższym poziomie. Nauczanie jest bardzo istotne i dlatego musi być położony nacisk na rozwój infrastruktury i związane z tym inwestycje. Stajemy przy tym przed dużym wyzwaniem: stary kampus w okolicach ulicy Chałubińskiego jest miejscem bardzo pięknym o bardzo dużych walorach estetycznych, ale pod względem funkcjonalnym, a przede wszystkim działań klinicznych (a więc możliwości nowoczesnego leczenia pacjentów) te budynki nie spełniają już technologicznych standardów XXI wieku. Trzeba więc się przeorganizować, rozbudować nowy kampus przy ulicy Borowskiej tak, byśmy mogli przenieść jednostki kliniczne ze starego miejsca i żeby nowe obiekty były dostosowane do wymogów związanych z leczeniem pacjentów w XXI wieku.

M.S.: Wśród rzeczy najważniejszych wymieniła Pani na pierwszym miejscu potrzeby studentów. Sprawy z tym związane są też mocno akcentowane w strategii rozwoju uczelni, którą Państwo przygotowali. Mówi się tam m.in. o nowych kierunkach, o umiędzynarodowieniu studiów. Co Państwo planują w związku z tym i jaki cel temu przyświeca?

M.D.: Dzięki podjętym wysiłkom wielu osób zmienia się u nas sposób nauczania, zmieniają się programy studiów na Wydziale Lekarskim, Lekarsko-Stomatologicznym i Nauk o Zdrowiu – tak, by po pierwsze urealnić przedmioty, a po drugie unowocześnić sposób ich prowadzenia. Już teraz wszyscy korzystają z książek oraz literatury w formie elektronicznej. E-learning też jest u nas obecny, jednak zamierzamy zwiększyć liczbę godzin takich zajęć. Sama jestem przykładem profesora, który od wielu lat mówił, że chętnie prowadziłabym wykłady w formie e-learningu, bo czasami trudno ściągnąć studentów z całego Wrocławia na wykład wieczorem. Możliwa mogłaby być też forma hybrydowego spotkania, a więc



Fot. z archiwum UMED

► PROF. DR HAB. N. MED. MARZENA DOMINIAK

Prorektor ds. strategii rozwoju uczelni, kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej UM we Wrocławiu, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

jeżeli ktoś będzie chciał przyjść na wykład na uczelnię, będzie mógł to zrobić, jeśli nie – może w nim uczestniczyć online. Ale to oczywiście wymaga poprawy jakości nauczania w postaci e-learningu. Poza tym chcemy zwiększyć liczbę godzin symulacji medycznych – to bardzo ważny element, co pokazała trwająca pandemia. Większa liczba godzin takich symulacji dałaby możliwość realizacji dydaktyki w sposób ciągły i nieprzerwany – co prawda nie bezpośrednio przy pacjencie, a w warunkach symulowanych, ale jednak. Nowoczesne nauczanie medycyny moim zdaniem to coś więcej, to wprowadzenie wirtualnej rzeczywistości i to jest nasza przyszłość, nad którą pracujemy.

M.S.: Bardzo często doświadczeni lekarze przypominają ostatnio, że nie da się jednak młodego człowieka nauczyć medycyny bez kontaktu z pacjentem.

M.D.: Medycyna to kierunek o wielu obliczach. Kontakt z pacjentem jest często konieczny, ale są też przedmioty, w których trzeba nauczyć się zasad i odruchów terapeutycznych. Dlatego mówimy o wiernej symulacji medycznej, mogącej naśladować warunki realne. Są to świetne sposoby przeprowadzenia zajęć, tylko musimy mieć do nich szerszy dostęp i wszystko musi być starannie zaplanowane. Zresztą wirtualna rzeczywistość to następny element, który należy rozwijać i iść zdecydowanie w tym kierunku. Nie możemy dopuścić do sytuacji takiej jak na początku 2020 roku, gdy wybuchła epidemia i wiele zajęć trudno było przeprowadzić. Już teraz wypracowane i wdrożone działania będą dalej ugruntowywane. Poza tym w wielu krajach dostęp do pacjenta jest już ściśle regulowany – wiąże się z nim coraz więcej rozmaitych obostrzeń. Musimy być na to wszystko przygotowani, dlatego rozwój w tym kierunku jest jedną z głównych możliwości.

M.S.: Ale czy to oznacza coraz mniej godzin przy pacjencie, czyli praktyki w realnym szpitalu?

M.D.: Nie chodzi o dylemat „albo – albo”. Chcemy raczej dać studentom możliwość korzystania z najnowszych osiągnięć techniki i wprowadzić godziny przy pacjencie, które mogą być w inny sposób

realizowane – trzeba zwrócić uwagę na to, żeby takie zajęcia były dobrze przygotowane i zorganizowane i żeby każdy mógł z nich wynieść jak najwięcej. Mogą być na przykład streamingi medyczne – choćby bezpośrednio z sal zabiegowych, z intensywnej terapii czy z pokoju konsultacji medycznych. Możemy więc zrealizować takie zajęcia w sposób inny niż do tej pory – nie w postaci przechodzenia od pacjenta do pacjenta i czasami tworzenia przy tym sztucznego tłumu. Na pewno nic nie zastąpi nauczania przy pacjencie, ale mając świadomość sytuacji, w której teraz się znajdujemy, musimy postawić na wierny sposób symulowania medycznego, aby studenci mogli uczyć się samodzielnie i niezależnie od obecności pacjenta. Jeszcze do niedawna praca z tabletkami była ograniczona. Dzięki rozpoczętym staraniom naszej uczelni, ale także całego świata, nastąpił przełom w tego rodzaju wykorzystaniu sprzętu. Idąc w tym kierunku, zamierzamy rozbudowywać centrum symulacji medycznych. Teraz jest to kształcenie przeddyplomowe, głównie na kierunku ogólnomedycznym, a chcemy, by było rozbudowane dla innych kadr medycznych i też dla kształcenia podyplomowego.

M.S.: Przed chwilą zaakcentowała Pani również konieczność zmian związanych z tym, co się dzieje pod względem naukowym i czego wymagają nowe przepisy związane ze szkolnictwem wyższym. W strategii piszą Państwo o tym, że chcą osiągnąć do 2026 roku kategorię A dla trzech dziedzin.

M.D.: Wierzę, że uda się nam to osiągnąć nawet wcześniej. Trzy dyscypliny to nauki medyczne, w których jest Wydział Lekarsko-Stomatologiczny, Wydział Nauk o Zdrowiu ze wszystkimi pozostałymi kadrami medycznymi, a trzecim jest Wydział Farmaceutyczny. Wszystkie one zostały ujęte w sposób równy. Dla spełnienia tego celu określiliśmy tempo przyrostu liczby publikacji naukowych i stwierdziliśmy, że potrzebny jest wzrost o 10% co cztery lata. Patrząc na ten rok, który jest o wiele bardziej dynamiczny niż poprzednie lata, między innymi ze względu na całą pracę, którą włożyliśmy w kreowanie rzeczywistości i pokazanie potrzeby publikacyjnej i monitoringu tej sfery (co się w tym momencie dzieje), to jest ten przyrost, którym jesteśmy w stanie próbować osiągnąć tę kategorię A+ przynajmniej dla jednej z dyscyplin. Dla której? Nie chcę wymieniać żadnej, bo trudno w tym momencie powiedzieć, jak to się będzie rozwijało, ale stawiamy na taką perspektywę możliwości rozwoju. Nasi pracownicy są bardzo dobrze wykształceni i pełni chęci do pracy. Mam nadzieję, że uda się nam jeszcze ten entuzjazm rozbudować.

M.S.: Rozwinąć się, żeby osiągnąć odpowiedni poziom pozwalający na dalszy rozwój – to takie koło napędowe.

M.D.: Rzeczywiście, kategoria A+ jest maksymalnie wysoko, nie ma już wyższej. Mając takie kategorie, jesteśmy w stanie aplikować o bycie uczelnią badawczą. A to oznacza możliwość zdobycia większych pieniędzy i szybszy rozwój.

M.S.: Rzeczą, która mnie szczególnie zaintrygowała w uczelnianej strategii rozwoju, jest stawianie na rozwój naukowy młodej kadry. To brzmi bardzo dobrze, ale też w tak zhierarchizowanej dziedzinie jak medycyna to może budzić opór zwłaszcza starszej części grona dydaktycznego i naukowego.

M.D.: Młoda kadra jest przyszłością medycyny pod każdym względem. Coraz bardziej obniża się próg wieku związany z awansem naukowym – kiedyś profesorem zwyczajnym zostawało się zwykle mając ponad 60 lat. W tej chwili są profesorowie na uczelni, którzy mają niewiele ponad 35 lat. To jest taki czas, w którym człowiek najbardziej kreatywnie się rozwija, ma jeszcze siłę, czas i ochotę na wprowadzanie zmian. Dlatego chcemy pokazać młodej kadrze, jak jest dla nas ważna. To pytanie nawiązuje do poprzedniego: w jaki sposób możemy uzyskać więcej publikacji, pokazując studentom

ostatnich lat lub absolwentom, że nauka jest ciekawa i się rozwija. Jesteśmy lekarzami, którzy szukają rozwiązań problemów. Jeśli postawimy pytanie przyczynowe: „co jest powodem konkretnych chorób?”, to ludzie zaczynają poszukiwać odpowiedzi, chcą rozwijać swoje umiejętności. Powinniśmy im zaszczyścić ciekawość i chęć zdobywania wiedzy, nie tylko nauczania odtwórczego, czyli medycyny objawowej, ale przyczynowej. Tu potrzebny jest wspomniany wcześniej e-learning. Chciałabym, by wrocławska medycyna podążała w tym kierunku, dlatego stworzenie takich możliwości jest jednym z naszych głównych celów.

M.S.: Ostatni rok pokazał w sposób dolegliwy, jak ważną dziedziną jest zakaźnictwo. Informacja o tym znajduje się również w strategii.

M.D.: Właśnie dlatego nowy budynek Kliniki Pediatrii i Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego jest priorytetem. W tym roku pewnie nie uda się zacząć tej inwestycji, ale może na początku następnego, jeśli by się udało skorzystać ze środków finansowych z projektów pocovidowych, zrealizujemy to.

M.S.: Z tego wszystkiego, o czym Pani mówi, wynika jeszcze jeden wniosek, który leży Państwu podobno na sercu: zmiana sposobu zarządzania i myślenia o pieniądzach, którymi dysponuje uczelnia?

M.D.: Oczywiście, jest potrzebne zarządzanie procesowe. Musieliśmy zidentyfikować wszystkie procesy i później do nich dopasować zarządzanie – to się właśnie dzieje: osobno w dydaktyce, osobno w nauce. Na to się nakłada element kliniczny. W tych wszystkich obszarach musieliśmy zrobić pewnego rodzaju audyty, zobaczyć, gdzie są problemy i zgodnie z tym zmienić administrowanie. Chodzi również o zarządzanie finansami, abyśmy mogli realnie spojrzeć na nasze możliwości i unikać niepotrzebnych sytuacji, które generują dyskomfort finansowy.

M.S.: Brzmi ciekawie, ale i bardzo enigmatycznie...

M.D.: Chodzi o to, żeby np. nie było zbyt dużej liczby godzin nadliczbowych. Jeżeli będziemy mieć odpowiednie narzędzie informatyczne, to jesteśmy w stanie na bieżąco je monitorować. W ten sposób będziemy mogli kontrolować jeden z procesów w obrębie dydaktyki i wpływać na wynik finansowy uczelni.

M.S.: Jak już wspominałem na początku rozmowy, podjęła się Pani wyjątkowo trudnego zadania, ale chyba to Pani specjalność. Przypomnijmy, że została Pani Najbardziej Wpływową Kobiętą Dolnego Śląska 2020 w plebiscycie „Gazety Wrocławskiej”. To znaczy, że jest Pani twardym człowiekiem uparcie podążającym do celu.

M.D.: Tego mnie nauczyła chirurgia, która jest dziedziną zero-jedynkową i zmusza do podejmowania decyzji. Na każdym kroku je podejmujemy, nie ma czasu, żeby w nieskończoność się nad czymś zastanawiać, nie ma półśrodków. Ja się w niej realizuję i staram się motywować do takiego działania innych. Takie chirurgiczne, ale i kreatywne myślenie zostało dostrzeżone też przez innych. W zeszłym roku byłam w gronie laureatów prestiżowego konkursu Złoty Skalpel 2020 – to bardzo ważna nagroda, trzeba było się zmierzyć z innymi dziedzinami medycyny. Myślę, że ta wyniesiona z chirurgii umiejętność podejmowania decyzji, podejmowania różnych wyzwań została właśnie doceniona przez czytelników „Gazety Wrocławskiej”.

M.S.: Teraz, jak rozumiem, z chirurgiczną precyzją i determinacją zabierze się Pani do zmian na uczelni, o których rozmawialiśmy?

M.D.: Taki właśnie jest mój cel: żeby to wszystko zostało poukładane w sposób czytelny, taki, jak to zostało przedstawione w strategii rozwoju. ■

Tekst Dariusz Delikat

Silny umysł na trudne czasy – rzecz o odporności psychicznej

Żyjemy w ciekawych, ale trudnych i wymagających czasach. Świat pędzi nieubłagane – coraz szybciej zmienia się nasze otoczenie, domy, samochody, urządzenia usprawniające pracę, zwiększa się też dostęp do informacji. Pojawiają się nowe oczekiwania, potrzeby, zagrożenia: zmiany klimatu, konflikty społeczne, migracje, epidemie (COVID-19). Nic dziwnego, że wielu z nas traci siły i zaczyna się gubić, co często ujawnia się w codziennych rozmowach: „mam już tego dość”, „dłużej chyba nie dam rady”, „nie mogę się doczekać, gdy wszystko wróci do normy”. Gabinety psychologów wciąż zapełniają się nowymi pacjentami. Jednocześnie spotyka się ludzi, którzy mimo ograniczeń pandemii i trudności realizują swoje cele i stawiają sobie nowe wyzwania – często mówi się o nich, że mają silny umysł, są „twardzi” psychicznie albo mają dużą odporność psychiczną.

LEK. DARIUSZ DELIKAT



Fot. z archiwum autora

Lekarz laryngolog i psycholog. Absolwent AM we Wrocławiu oraz Uniwersytetu SWPS. Posiada wieloletni staż pracy w szpitalu i przychodni oraz w branży farmaceutycznej, gdzie m.in. zarządzał działem HR i działem szkoleń. Autor wielu programów szkoleniowych z zakresu szeroko

pojętych umiejętności psychologicznych. Od 5 lat prowadzi cieszące się zainteresowaniem szkolenia w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej (*Wywieranie wpływu na zachowania i postawy pacjentów, Lekarz asertywny..., Analiza transakcyjna na co dzień..., Wypalenie zawodowe, Psychologia pacjenta...*).

Odporność psychiczna. Co to takiego?

Nikt z nas nie lubi doświadczać poczucia bezsilności, zwątpienia czy frustracji. Kiedy jednak nie potrafimy uporać się z nadmiarem obciążeń i trosk, odczucia te stają się naszym udziałem. Warto zatem przyjrzeć się bliżej zagadnieniu odporności psychicznej.

Według Jima Loehra, czołowego psychologa sportu, odporność psychiczna oznacza „zdolność do konsekwentnego działania w celu wykorzystania maksimum swoich umiejętności niezależnie od okoliczności rywalizacji oraz interakcji z innymi sportowcami, która leży u podstaw sukcesu sportowego”.

W 1995 roku Loehr w swojej książce „The New Toughness Training for Sport” doprecyzował pojęcie twierdząc, że składają się na nie:

- elastyczność emocjonalna – zdolność do radzenia sobie z różnymi nieoczekiwanymi emocjami;
- reakcja emocjonalna – zdolność do podtrzymywania napięcia emocjonalnego służącego większej wydajności (duch walki);
- siła emocjonalna – kontrola emocji w sytuacji stresu i presji;
- odporność emocjonalna – zdolność do radzenia sobie z porażką, trudnościami, rozczarowaniami.

Zaczął się od sportu, ale przecież kwestia odporności psychicznej dotyczy każdej sfery naszego życia. Nic więc dziwnego, że zagadnieniem zainteresowało się wielu uczonych. Celem ich badań stało się znalezienie odpowiedzi na pytania, co składa się na odporność psychiczną, co ją determinuje, jak można na nią wpływać.

Jedną z ważniejszych koncepcji jest trójskładnikowa teoria twardości/wytrzymałości psychicznej (hardiness). Susane C. Kobasa definiuje ją jako umiejętność radzenia sobie w trudnych warunkach i sytuacjach. Jej podstawę stanowią: umiejętność pokonywania wyzwań, wysokie poczucie wpływu i kontroli oraz zaangażowanie.

Obecnie najbardziej aktualny i powszechnie wykorzystywany do opisu odporności jest Model 4C, zaproponowany przez prof. Petera Clough’a (psycholog sportowy) i Douga Strycharczyka (dyrektor AQR International – organizacji opracowującej narzędzia badawcze i testy psychometryczne). Swoje badania przedstawili w interesującej, dostępnej na polskim rynku książce pt. „Odporność psychiczna. Strategie i narzędzia

rozwoju". Autorzy są także twórcami kwestionariusza MTQ48 (Mental Toughness Questionnaire) służącego do pomiaru odporności psychicznej. Według nich odporność psychiczna to cecha osobowości, która w dużej mierze decyduje o jakości radzenia sobie z presją, stresem, wyzwaniami.

W zaproponowanym modelu 4C ogólna wytrzymałość psychiczna opiera się na czterech filarach:

1. wyzwanie (challenge), które charakteryzuje się postrzeganiem wyzwań jako szansy oraz dostrzeganiem w kryzysach możliwości pozytywnych zmian/rozwoju.
2. pewność siebie (confidence), która oznacza wysoką wiarę we własne siły, kompetencje, możliwości.
3. zaangażowanie (commitment), czyli wytrwałość w dążeniu do celu, sumienność, konsekwentność i odpowiedzialność.
4. poczucie wpływu/kontroli (control) – wiara, że nasze działania, życie, zależą w głównej mierze od nas samych. Osoby z wysoką samokontrolą działają proaktywnie, biorą sprawy w swoje ręce, nie zrzucają odpowiedzialności na los czy inne osoby. To także umiejętność kontroli własnych reakcji emocjonalnych (na nich skupiał się głównie Jim Loehr).

Czy można rozwinąć wytrzymałość/odporność psychiczną?

Zdaniem autorów – pomimo tego, że jest to cecha osobowości warunkowana genetycznie – zdecydowanie tak. Można to zrobić poprzez pracę nad jej poszczególnymi składowymi.

Wzmacnianie obszaru związanego z wyzwaniami

Wzmacnianie tego obszaru polega na świadomym koncentrowaniu się na pozytywnych aspektach tego, co nas otacza i czego doświadczamy oraz pozytywnych oczekiwaniach w stosunku do wyników działania, zarówno swojego, jak i innych. To także dostrzeżenie i rozwijanie swoich pozytywnych stron, zdolności i zainteresowań oraz koncentracja na własnych zaletach.

Umiejętność dostrzegania pozytywów jest uważana za jeden z mierników zdrowia psychicznego. Skupianie się na mocnych stronach nie wyklucza dostrzegania błędów i porażek, ważne jest jednak to, aby nie były one powodem frustracji i zahamowań, lecz źródłem konstruktywnych wniosków. Taki sposób myślenia jest nazywany często myśleniem pozytywnym.

Wzmacnianie pewności siebie

Podstawą pewności siebie jest wysoka samoocena. Zmniejsza lęk i niepokój, redukuje stres, pozwala stawiać ambitne cele, podejmować trudne zadania oraz sprzyja radzeniu sobie z doznanymi porażkami. Samoocena związana jest ze świadomością tzw. osobniczego potencjału (to mocne strony człowieka: zalety i zdolności, umiejętności, osiągnięcia). Samoświadomość tworzymy dzięki samoobserwacji i reakcji otoczenia na nasze działania. Ma szczęście ten, kogo własne otoczenie dostrzega i wspiera, przekazując konstruktywne informacje zwrotne, komplementy czy konstruktywną krytykę. Wiedząc, jak ważna jest samoocena i związane z nią poczucie wartości, przypominajmy sobie swoje osiągnięcia, umiejętności, zalety i cieszymy się z nich. Wspierajmy także innych, pokazując im, że ich dostrzegamy, komentując, doceniając, konstruktywnie krytykując – oni na pewno to docenią i zrewanżują się tym samym.

Inną kwestią jest świadomość własnych myśli (tzw. monolog wewnętrzny). Monolog wewnętrzny to pojawiające się w głowie uwagi na własny temat; ich istnienia nie zawsze jesteśmy w pełni świadomi. Treść monologu dotyczy obrazu własnej osoby, własnych praw i obowiązków i wpływa na zachowanie – czasami jak samospełniająca się przepowiednia. Nasze myśli mogą nas motywować do działania (jesteś w tym dobry, zawsze dajesz sobie radę, wszyscy cię podziwiają...) lub działać hamująco (na pewno ci się to nie uda, wszyscy będą się śmiali, jesteś taki nieporadny, powinieneś ustąpić szefowi, nie powinieneś się wychylać itd.). Dlatego tak ważna jest umiejętność ich identyfikacji, zwłaszcza w sytuacjach trudnych, i przekształcanie tych hamujących na myśli konstruktywne (asertywne). Może się to odbywać poprzez: koncentrację

na pozytywnych doświadczeniach, odwołanie się do praw osobistych i asertywnych, odwołanie się do własności osoby (do posiadanego potencjału).

Wzmacnianie zaangażowania

Zaangażowanie rozumiane jest jako umiejętność wyznaczania sobie celów i konsekwencja w ich osiąganiu. Cele, które nas motywują do działania, to cele konkretne, łatwe do zmierzenia, wykraczające poza codzienną rutynę (będące wyzwaniami), ale realistyczne (możliwe do osiągnięcia) i określone w czasie. Pamiętajmy, aby jednocześnie nie było ich zbyt wiele. Dzielimy je na etapy i nagradzamy się za ich realizację. Zaangażowaniu sprzyja koncentracja na pojedynczych zadaniach, ograniczanie bodźców rozpraszających, korzystanie z pomocy i wsparcia oraz dobra kondycja psychofizyczna (trening, odpoczynek, sen, posiłki).

Wzmacnianie kontroli

Najważniejsze jest uświadomienie sobie, że nawet wśród sytuacji czy zdarzeń nieprzewidywalnych, losowych, całkowicie od nas niezależnych, odnaleźć można obszary, na które możemy oddziaływać. Taka psychologiczna postawa buduje wewnętrzną siłę i jest źródłem proaktywnych, konstruktywnych zachowań. Wzmacnianie kontroli to także pogłębianie umiejętności radzenia sobie ze stresem. Warto przypomnieć, że może się to odbywać poprzez redukcję związanego z nim napięcia, co można uzyskać dzięki różnym formom aktywności fizycznej (ćwiczenia gimnastyczne, sport, aktywny wypoczynek, praca fizyczna), poprzez stosowanie technik relaksacyjnych takich jak np. technika relaksacji Jakobsona, trening autogenny Schultza czy treningi uważności (mindfulness) oraz redukcję nieprzyjemnych emocji towarzyszących stresowi. Taki efekt wywołuje np. mentalna zmiana stosunku do zdarzenia wywołującego stres poprzez obniżenie jego rangi i znaczenia dla naszego życia – „trudno, jak się nie uda, to spróbuję jeszcze raz”, „na tym świat się nie kończy”, próby wyobrażania sobie swojego zachowania w sytuacji wywołującej stres np. konstruowanie scenariusza możliwego przebiegu rozmowy o pracę, swoich zachowań, wypowiedzi, ubioru itp. oraz otwarte przyznawanie się przed sobą (lub innymi) do własnego lęku, doznawanej przykrości (rozmowy na ten temat z osobami bliskimi czy terapeutami).

Podsumowanie

Odporność psychiczna daje nam siłę do skutecznego radzenia sobie z wyzwaniami, stresem i presją. Jej wymiary: nastawienie do wyzwań, pewność siebie, zaangażowanie i kontrolę można świadomie wzmacniać i kształtować.

Pamiętajmy, że sprzyjają jej kondycja fizyczna i pozytywne relacje z innymi (wsparcie społeczne). Wykorzystajmy więc wspaniałe letnie miesiące do pracy nad swoim duchem, ciałem i relacjami z innymi ludźmi. Nagrodą będzie wzrastająca siła/odporność/wytrzymałość psychiczna i w konsekwencji bezcenne we współczesnych czasach: **równowaga i wewnętrzny spokój. ■**



Finisz wrocławskiego szpitala tymczasowego

1 czerwca wrocławski szpital tymczasowy przy ul. Rakietowej zakończył swoją działalność. Przez 12 tygodni w placówce było hospitalizowanych 642 pacjentów. Z ostatnich 4 pacjentów dwóch wypisano 31 maja do domu, a pozostałych wymagających kontynuowania leczenia ambulatoryjnego przekazano do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego przy ul. Borowskiej we Wrocławiu oraz do oddziału USK w Strzelinie.

– Uruchomienie szpitala tymczasowego było dobrą decyzją, stanowiło bufor dla innych szpitali, które w szczycie tzw. trzeciej fali błyskawicznie się zapędliały – mówił dr Janusz Sokołowski, dyrektor szpitala tymczasowego. – Ogromne podziękowania należą się personelowi medycznemu i administracyjnemu Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego oraz studentom Uniwersytetu Medycznego, który stanął na wysokości zadania.

Przypomnijmy, wśród pacjentów szpitala tymczasowego przeważali mieszkańcy Dolnego Śląska, choć były też osoby z sąsiadujących województw lubuskiego i opolskiego oraz obcokrajowcy, m.in. obywatele Japonii, Włoch, Wietnamu

oraz kilku Koreańczyków. Wiek podopiecznych był bardzo zróżnicowany, od 18 do 95 lat, podobnie jak stan ich zdrowia. – W najtrudniejszym momencie, gdy obserwowaliśmy przeciążenie systemu ochrony zdrowia, szpital ten stał się ważnym elementem strategii walki z pandemią – mówił Jarosław Obremski, wojewoda dolnośląski. – Cieszę się, że sytuacja epidemiologiczna i utrzymujący się spadek zakażeń oraz osób hospitalizowanych umożliwia wygaszenie działalności tego szpitala.

Do prowadzenia placówki wyznaczony został Uniwersytecki Szpital Kliniczny, z którego został oddelegowany personel



medyczny do zajmowania się chorymi na Covid-19. Do zespołu szpitala dołączyło też 50 studentów Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz 100 stażystów. – Wszyscy oni egzamin predyspozycji zawodowych zdali na piątkę z plusem – podkreślił prof. Ponikowski, rektor Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. – Dziękuję wszystkim za ogromne zaangażowanie, za to, że zdecydowali się zdobywać praktyki w tak trudnych warunkach i zgłosili się na wolontariat, żeby nieść pomoc i zdobywać doświadczenie. Pomimo tego, że opieka nad pacjentami szpitala tymczasowego spadła w całości na pracowników USK, co odbiło się na organizacji pracy na innych oddziałach szpitala, ostatecznie rozwiązanie to przyniosło również korzyści dla szpitala. Dzięki temu powstał wieloprofilowy oddział internistyczny.

– Prosiłiśmy o pomoc w leczeniu pacjentów z COVID-19 wszystkich naszych lekarzy, a więc nie tylko internistów, ale także kardiologów, angiologów, nefrologów, neurologów, chirurgów czy psychiatrów. Pozwoliło to na zapewnienie kompleksowej opieki chorym, których wielochorobowość i stan kliniczny wymagał współpracy wielospecjalistycznego zespołu fachowców medycznych. Kilkadziesiąt osób skierowaliśmy również na dalszą, specjalistyczną hospitalizację do szpitala przy ul. Borowskiej – tłumaczył Piotr Pobrotyn, dyrektor USK.

W szpitalu tymczasowym dyżurowali także psychologowie oraz rehabilitanci. Dziewięcioosobowa załoga fizjoterapeutów codziennie pracowała z pacjentami, aktywizując ich nie tylko oddechow, ale także ruchowo, dzięki czemu mogli szybciej wrócić do formy.

W placówce przy ul. Rakietowej funkcjonowało 20 stanowisk do wentylacji mechanicznej obsługiwanych przez załogę z Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK.

Stała opieka specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii nad wszystkimi pacjentami szpitala tymczasowego poprawiała bezpieczeństwo i umożliwiła zastosowanie odpowiednich terapii oddechowych. Pozwalało to na stosowanie u pacjentów z niewydolnością oddechową tlenoterapii z wysokimi przepływami, tzw. high flow, która często pozwala uniknąć podłączenia do respiratora. Na miejscu działał również dział diagnostyki obrazowej (RTG, USG, tomograf komputerowy), a wykonane badania, dzięki zastosowanej telemedycynie, szybko mogły zostać zinterpretowane przez specjalistów z ul. Borowskiej. Pacjenci mieli także wykonywaną

przyłóżkową szybką diagnostykę, co skracало czas do podjęcia decyzji klinicznych.

Ponadto szpital korzystał z własnych ambulansów do transportu pacjentów, często wspierając w przewozach Pogotowie Ratunkowe. – Dziękuję pracownikom Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu oraz studentom Uniwersytetu Medycznego za zaangażowanie i ciężką pracę w szpitalu tymczasowym we Wrocławiu – dodał Jarosław Obremski, wojewoda dolnośląski.

W szpitalu tymczasowym od 9 marca do 31 maja br. chorymi na COVID-19 opiekowali się pracownicy oddelegowani z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w tym:

- 270 lekarzy,
- 155 pielęgniarek i ratowników medycznych oraz 14 opiekunów medycznych,
- 100 stażystów,
- 15 lekarzy i techników radiologów,
- 10 pracowników administracji oraz personelu pomocniczego,
- 9 fizjoterapeutów,
- diagnosta laboratoryjny,
- psycholog,
- duchowny.

Ponadto personel szpitala tymczasowego był wspierany przez 50 studentów Uniwersytetu Medycznego w ramach praktyk, jak i wolontariatu.

Szpital tymczasowy we Wrocławiu okazał się niezbędny podczas trzeciej fali koronawirusa i spełnił swoje zadanie, ratując życie osób chorujących na COVID-19, także tych o ciężkim przebiegu choroby. W najtrudniejszym momencie, gdy obserwowaliśmy przeciążenie systemu ochrony zdrowia, szpital ten stał się ważnym elementem strategii walki z pandemią. Cieszę się, że sytuacja epidemiologiczna i utrzymujący się spadek zakażeń oraz osób hospitalizowanych umożliwia wygaszenie działalności tego szpitala. Dziękuję pracownikom Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu oraz studentom Uniwersytetu Medycznego za zaangażowanie i ciężką pracę. ■

Kwiaty pod pomnikiem prof. Antoniego Cieszyńskiego w Oleśnicy

31 maja 2021 r. w Oleśnicy, w 139. rocznicę urodzin prof. Antoniego Cieszyńskiego, uczczono pamięć wybitnego oleśniczanina, pioniera współczesnej stomatologii polskiej i współtwórcę stomatologii światowej.

Przy pomniku poświęconym Profesorowi zebrali się przedstawiciele Dolnośląskiej Izby Lekarskiej z Komisji Historycznej DRL, Komisji Stomatologicznej DRL oraz Koła Lekarzy Prywatnie Praktykujących DIL, a także przedstawiciele władz miasta i mieszkańcy Oleśnicy.

Obecni byli: dr hab. n. med. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska – przewodnicząca Komisji Historycznej DRL, lek. stom. Marek Stehlik – sekretarz Komisji Stomatologicznej DRL i pełnomocnik ds. stomatologii Delegatury DIL we Wrocławiu, lek. stom. Teresa Bujko – przewodnicząca Koła Lekarzy Prywatnie Praktykujących oraz dr n. med. Ewa Patkowska-Indyka.

Zebrani wspominali wspaniałego Profesora, jego drogę życiową i wielkie osiągnięcia naukowe. Podkreślali Jego patriotyzm i tragiczną śmierć na Wzgórzach Wuleckich we Lwowie 4 lipca 1941 r.



Tekst Leszek Mulka

Fot. Leszek Mulka

W uroczystości z okazji 139. rocznicy urodzin prof. Antoniego Cieszyńskiego wzięli m.in. udział (od lewej): lek. stom. Marek Stehlik, dr n. med. Ewa Patkowska-Indyka, dr hab. n. med. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, burmistrz Oleśnicy Jan Bronś, prezes TML w Oleśnicy Leszek Mulka, lek. stom. Teresa Bujko.

Kwiaty przy pomniku prof. Antoniego Cieszyńskiego złożyli: burmistrz Oleśnicy Jan Bronś oraz prezes Towarzystwa Miłośników Lwowa w Oleśnicy Leszek Mulka. Następnie reprezentanci DIL udali się na oleśnicki rynek pod dom, gdzie urodził się Antoni Cieszyński oraz na ul. Słowackiego, gdzie na skwerku przy I liceum Ogólnokształcącym rośnie drzewko „Cieszyńskiego” z tabliczką poświęconą Profesorowi. ■

Leszek Mulka



Fot. z archiwum DIL

Wiceprezes DRL dr Ryszard Kępa odznaczony Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski

28 maja 2021 r. wojewoda dolnośląski Jarosław Obremski wraz z Andrzejem Derą – sekretarzem stanu w Kancelarii Prezydenta RP – wręczyli dr. Ryszardowi Kępie Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski za wybitne zasługi w działalności na rzecz samorządu lekarskiego i ochrony zdrowia publicznego.

W imieniu dolnośląskiego środowiska lekarskiego dziękujemy za zaangażowanie i pracę dla wspólnego dobra, a przy okazji gratulujemy i życzymy dalszych sukcesów. ■

M.J.

► LEK. RYSZARD KĘPA

Specjalista chorób zakaźnych, kierownik oddziału covidowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy, członek Naczelnej Rady Lekarskiej, przewodniczący Delegatury DIL w Legnicy, wiceprzewodniczący Rady Miejskiej w Legnicy, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej w zespole ministerialnym do spraw szczepień, jako ekspert współpracuje ze Stałym Komitetem ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi przy Europejskiej Komisji Leków.



Fot. z archiwum Urzędu Miejskiego Wrocławia

Od lewej: dyrektor Departamentu Spraw Społecznych Bartłomiej Świerczewski, red. Wanda Ziembicka-Has, dr n. med. Katarzyna Rotter, Urszula Małecka, Urszula Granda, Violetta Dudzik-Para, prezydent Wrocławia Jacek Sutryk, Władysława Barbara Głowacz, lek. Beata Ciszewicz-Adamiczka, lek. Barbara Korzeniowska, lek. stom. Barbara Teresa Ćwirko, dr n. med. Monika Pazgan-Simon, Zofia Grażyna Zagródzka.

Nasze lekarki

wśród zasłużonych dla Wrocławia

Wyróżnienia miały odebrać w Dniu Kobiet. Miały, bo pandemia te plany zmieniła. Nie 8 marca, a 31 maja we wrocławskim ratuszu dziesięć nietuzinkowych kobiet związanych z ochroną zdrowia otrzymało medale „Zasłużony dla Wrocławia – Merito di Wratislavia” oraz Super Diamenty. Wszystko w ramach 41. edycji Wrocławskiej Księgi Pamięci, której pomysłodawczynią jest równie nietuzinkowa Wanda Ziembicka-Has, Wrocławianka Roku 2020.

Na kartach Księgi wielkimi zgłoskami zapisano nazwiska kobiet z pierwszej linii frontu walki z COVID-19. Kobiet, które na co dzień ratują zdrowie i życie pacjentów, szukają metod na wyeliminowanie koronawirusa z naszego życia lub przynajmniej zminimalizowanie szkód przez niego wyrządzanych lub też wspierają i lekarzy, i pacjentów w inny, nie mniej jednak istotny sposób.

Włodarze Wrocławia zauważyli i docenili te starania. 31 maja prezydent Wrocławia Jacek Sutryk wręczył osiem medali „Zasłużony dla Wrocławia – Merito di Wratislavia”. Otrzymały je: lek. stom. Barbara Teresa Ćwirko, Urszula Granda – pielęgniarka z 50-letnią praktyką, Zofia Grażyna Zagródzka – diagnosta laboratoryjny, dr n. med. Katarzyna Rotter, Władysława Barbara Głowacz – naczelną pielęgniarką w DCO, lek. anesteziolog Beata Ciszewicz-Adamiczka, lek. Barbara Korzeniowska, dr n. med. Monika Pazgan-Simon. Super Diamenty trafiły natomiast do: Violetty Dudzik-Pary i Urszuli Małeckiej, rzeczniczki prasowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego.

Tego dnia dowodów uznania było wiele. Nie tylko odznaczenia, ale też kwiaty, dyplomy, gratulacje. ■

M.J.

NASZE
LAUREATKI
„Zasłużony
dla Wrocławia –
Merito di
Wratislavia”:

- lek. stom.
Barbara Teresa
Ćwirko
- dr n. med.
Katarzyna
Rotter
- lek. Beata
Ciszewicz-
Adamiczka
- lek. Barbara
Korzeniowska
- dr n. med.
Monika
Pazgan-Simon

O NASZYCH ZASŁUŻONYCH LEKARKACH – MERITO DI WRATISLAVIA”



Lek. stom. Barbara Teresa Ćwirko

BARBARA TERESA ĆWIRKO

Lekarz stomatolog z 60-letnią praktyką, wykształcona na Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, w tym mieście podjęła również swoją pierwszą pracę. Na Dolny Śląsk przyjechała w roku 1964. Najpierw, jednocześnie, pracowała w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Dobroszyczach i oleśnickim liceum. Dwa lata później związała się już na stałe z Wrocławiem, zaczynając od posady szkolnego stomatologa w SP nr 28 przy ul. Greckiej. Potem, przez dziesięć, pracowała w SP nr 104 przy Kraińskiego. W 1975 r. Barbara Ćwirko uzyskała specjalizację ze stomatologii zachowawczej, odbyła także liczne szkolenia z protetyki i ortodoncji. Jej praca w tzw. higienie szkolnej została doceniona przez zespół naukowy Katedry Ortodoncji i Katedry Stomatologii Zachowawczej pod kierownictwem prof. Adama Masztalerza, który wraz z p. Barbarą przebadiał kilkadziesiąt tysięcy dzieci w wielu szkołach. Prof. Masztalerz podkreślał „rzadko spotykaną i zasługującą na uznanie rzetelność w pracy zawodowej” Barbary Ćwirko. Od blisko 36 lat prowadzi ona (a od 1996 r. z synem Jackiem) gabinet stomatologiczny, który nie zamknął się dla pacjentów w czasie pandemii. W rygorystyczny reżimie sanitarnym lekarze przyjmowali tam potrzebujących pomocy dentystycznej, byli także na ich wezwanie telefoniczne. Takie postępowanie w czasie, gdy dostęp do ochrony zdrowia był znacznie ograniczony, a w wielu przypadkach również niemożliwy, zasługuje na najwyższe uznanie.



Dr n. med. Katarzyna Rotter

KATARZYNA ROTTER

Doktor nauk medycznych, wrocławianka od urodzenia, absolwentka dawnej Akademii Medycznej we Wrocławiu – Wydział Lekarski oraz Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu – Wydział Psychologii. Pracę zaczynała jako młodszy asystent w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Infekcyjnych przy ul. Piwnej. Była także lekarzem Pogotowia Ratunkowego oraz adiunktem (1997–2011) w Klinice Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych wrocławskiego UMED. Konsultant w Poradni Chirurgii Transplantacyjnej AM we Wrocławiu, obecnie również koordynator transplantacyjny w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego przy ul. Koszarowej. W szpitalu wojskowym przy ul. Weigla dokonuje przeszczepów wątroby. Należy do Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego i Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Przez pierwsze miesiące pandemii wraz z kolegami z pionu zakaźnego pełniła dyżury na oddziale i izbie przyjęć. Gdy pojawiła się konieczność zorganizowania sprawnego monitorowania pacjentów kierowanych na izolację, a także decydowania o zakończeniu przez nich odosobnienia, w kwietniu 2020 r. dr Katarzyna Rotter zorganizowała od podstaw Poradnię Izolacji Domowej, która swoim zasięgiem obejmowała 1/3 woj. dolnośląskiego. Jej godziny pracy daleko wykraczały poza standardowy grafik dyżurów, często przedłużały się do nocy. O niepokoju o własne zdrowie mówi, że jest to ryzyko wpisane w zawód lekarza. – Zagrożenia zdrowia bałam się wtedy i boję się dziś, ale nie wyobrażałam sobie, aby nie wspomóc kolegów na tyle, na ile mogłam, i korzystać np. z „przywilejów” własnego wieku. Wiem, jak czuje się chory, pozbawiony możliwości skonfrontowania swoich obaw z lekarzem, dlatego nie mogłam postąpić inaczej – podkreśla dr Rotter.



Lek. Beata Ciszewicz-Adamiczka

BEATA CISZEWICZ-ADAMICZKA

Lekarz anestezjolog, dyplom lekarski uzyskała na wrocławskiej Akademii Medycznej. Specjalizację z anestezjologii i intensywnej terapii obrała po podjęciu pierwszej pracy w Wojewódzkim szpitalu Zespolonym im. Babińskiego, decydując się na specjalizację z anestezjologii i intensywnej terapii, przez trzy lata (2004–2007) pełniła obowiązki zastępcy ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej terapii tego szpitala. Od września 2007 r. jest związana z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym przy ul. Borowskiej – najpierw jako członek kilkuosobowego

zespołu anestezjologów, a teraz w ramach Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Przez całe zawodowe życie zajmuje się ciężko chorymi pacjentami. Dzięki pracy na jednym z najnowocześniejszych oddziałów intensywnej terapii w kraju może do ratowania ludzkiego życia wykorzystywać zaawansowane technologie. Wyzwanie ostatniego roku – pandemia SARS-COV-2 – kazało jej stanąć do walki z nie do końca rozpoznanym zagrożeniem, a jest odpowiedzialna za pacjentów z niewydolnością oddechową w przebiegu COVID-19. Czasem dla tych najciężej chorych jedyną szansą na przeżycie jest więc terapia ECMO. Jako lekarz prowadzący, Beata Ciszewicz-Adamczka mierzy się więc codziennie ze specjalnym wyzwaniem, w którym skumulowane są zapewnienie bezpieczeństwa choremu, całkowicie zależnemu od pracy wielu urządzeń, konieczność podejmowania decyzji, także w odniesieniu do personelu medycznego, a jednocześnie obawy o własne zdrowie i życie po bezpośrednim kontakcie z osobami zakażonymi wirusem.



Lek. Barbara Korzeniowska

BARBARA KORZENIOWSKA

Lekarz medycyny wielu specjalizacji: w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, w dziedzinie medycyny paliatywnej, w dziedzinie transfuzjologii klinicznej (w trakcie). Absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej, Akademii Ekonomicznej – studiów podyplomowych w zakresie zarządzania zakładami opieki zdrowotnej, a także Université de Paris – studiów w zakresie organizacji i zarządzania w ochronie zdrowia. Ukończyła również studia MBA Lean Management we wrocławskiej Wyższej Szkole Handlowej. Jej pierwszym miejscem pracy był Szpital Zespołu Opieki Zdrowotnej im. J. Jonstona w Lublinie, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Pracowała także jako lekarz orzecznik ZUS, w Dolnośląskiej Kasie Chorych, Dolnośląskim Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia, zaczynając jako starszy specjalista, na stanowisku zastępcy dyrektora ds. medycznych kończąc. Mija właśnie 35 lat jej pracy zawodowej. Obecnie Barbara Korzeniowska jest zastępcą dyrektora ds. lecznictwa otwartego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego przy ul. Borowskiej. Funkcja koordynatora ds. przeszczepów w szpitalu bardzo zbliżyła ją do idei transplantologii i nauczyła, jak sama mówi: „pokory wobec kruchości życia, postaw ludzkich w obliczu niespodziewanych odejść najbliższych”. W ostatnim roku jest skupiona na wyzwaniach pandemii i wspólnie z bardzo zaangażowanymi zespołami fachowców medycznych realizuje badania diagnostyczne

w kierunku wykrycia zakażenia wirusem SARS-COV-2 – laboratorium molekularne USK wykonało 160 tys. badań metodą RT-PCR dla mieszkańców Wrocławia i Dolnego Śląska. W życiu i pracy dr Korzeniowska pamięta o tym: „(...) każdego ranka otrzymujesz dwadzieścia cztery złote godziny. To jedna z niewielu rzeczy na świecie, które dostajesz za darmo. Za wszystkie pieniądze świata nie można kupić ani jednej dodatkowej godziny. Co zrobisz z bezcennym skarbem? Pamiętaj, że musisz go wykorzystać, bo dostajesz go tylko raz! Jeśli zmarnujesz te 24 godziny, nic i nikt nie odda ci ich z powrotem” (Billy Mills i Nicholas Sparks, „Wokini”).



Dr n. med. Monika Pazgan-Simon

MONIKA PAZGAN-SIMON

Doktor nauk medycznych, specjalista zakaźnik, hepatolog, certyfikowany lekarz medycyny podróży. Ukończyła wrocławski Uniwersytet Medyczny, a staż zawodowy odbywała w Dolnośląskim Centrum Onkologii. Jest autorką i współautorką ponad 100 publikacji w czasopismach krajowych i zagranicznych, od roku 2018 przewodniczącą Dolnośląskiego Oddziału Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, a także członkiem Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego i Europejskiego Towarzystwa Chorób Wątroby. Na co dzień pracuje na Oddziale Chorób Zakaźnych szpitala im. J. Gromkowskiego przy ul. Koszarowej. Od marca 2020 r. zajmuje się tylko pacjentami z COVID-19. Wraz z kolegami wprowadzała terapię remdesivirem, który stosowano w czasie epidemii wirusa przy Eboli w Afryce. Obecnie skupiona jest na innych programach, związanych z terapiami COVID-19 – po raz pierwszy escentrolem, sztucznie stworzonym sterydem, który podawany jest najczęściej chorym mężczyznom, osobom starszym i kobietom po menopauzie. Jest także specjalistką w programie podawania przeciwciał monoklonalnych pacjentom w ciężkim stanie. Od początku pandemii współpracuje z Dolnośląskim Centrum Onkologicznym, przeprowadza konsultacje z zakresu COVID-19. Najbardziej zaniepokoiła się stanem i rozmiarami pandemii w kwietniu 2020 r., gdy mnożyły się zgony zarówno starszych, jak i młodych pacjentów, a wirus z łatwością przenosił się z człowieka na człowieka. Wtedy to pojawiły się również zachorowania wśród personelu medycznego. Wówczas uświadomiła sobie, że cały świat musi się ze sobą porozumieć, dzielić sprzętem, lekami oraz wiedzą, aby się ratować.

Odsłonięcie popiersia wrocławianina prof. dr. med. Tomasza Cieszyńskiego



Fot. Adam Zadrzyński

Prof. Tomasz Cieszyński na tle portretów ojca i dziadka

19 czerwca 2021 roku w pięknym Domu Muzyki i Tańca w Zabrzu odbyła się wzruszająca uroczystość odsłonięcia popiersia wrocławianina prof. dr. med. Tomasza Cieszyńskiego (1920-2010). Autorem rzeźby jest artysta Tomasz Rodziński. Wydarzenie pt. „Akademickie Zabrze – Akademicki Śląsk” odbyło się w hołdzie pionierowi nauki i medycyny, który był lekarzem, chirurgiem, stomatologiem, chemikiem, krystalografem, wynalazcą pionierem w świecie echokardiografiki serca na świecie i bioinżynierii w Polsce oraz poetą.

Zintegrowanie się środowisk uniwersyteckich, politechnicznych, instytutów naukowych PAN pozwoliło na podejmowanie nowych wyzwań w nauce i medycynie. Muzyczną oprawę stanowił koncert muzyki filmowej wybitnego śląskiego kompozytora Wojciecha Kilara oraz słynny koncert warszawski Addinsella w wykonaniu pianisty Pawła Kowalskiego oraz Orkiestry Filharmonii Zabrzeńskiej pod dyktando maestro Sławomira Chrzanowskiego. Gospodarzami tego wyjątkowego wydarzenia byli Małgorzata Mańka-Szulik – prezydent miasta Zabrza i prof. dr hab. n. med. Marian Zembala – dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Wśród gości obecni byli premier Jerzy Buzek, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej prof. Andrzej Matyja, prezes PAN, P.T. rektorzy i przewodniczący towarzystw naukowych, rodzina profesora Tomasza Cieszyńskiego, profesorowie Bogdan Łazarkiewicz i Wojciech Kielan oraz niżej podpisana.

PS: Podczas uroczystości laudację na cześć Profesora wygłosił syn Jakub Cieszyński, ortopeda. Publikujemy ją w elektronicznym wydaniu nr 7-8 „Medium”. ■

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska

Szanowni Państwo,

Mój ojciec Tomasz Cieszyński z wykształcenia lekarz-chirurg, stomatolog oraz chemik był osobą o licznych zainteresowaniach, niesłabnącej pasji badawczej połączonej z umiłowaniem prawdy i umiejętnością krytycznego sądu. Cechy te podparte rozległą wiedzą doprowadziły go do szeregu odkryć i wynalazków.

W 1947 r. w swojej pracy doktorskiej pt. „Naturalny system środków odżywczych” w nowatorski sposób połączył dotychczasowe podziały żywności. Stworzył nomogram, umożliwiający dopasowanie diety względem wartości odżywczych i kalorycznych.

W dziedzinie chemii fizycznej zajmował się krystalografią m.in. opracował i przedstawił koncepcję elektrododatniego wiązania krystalicznego. Rozwagał idee termodynamiki kwantowej w odniesieniu do ogólnej gęstości fizycznej. Zaprezentował pracę nt. punktu topnienia apatytów jako funkcji energii wiązania i struktury kryształu.

Wiedza i nabyte doświadczenie z tej dziedziny miały decydujący wpływ na jego dalsze medyczne prace naukowe.

Jako pierwszy opracował i opatentował w 1956 r. model sondy ultradźwiękowej do badań wewnątrzsercowych. Testował go na bezpiecznych psach wykazując możliwość oceny wnętrza serca przy braku niekorzystnego działania.

W 1975 r. opracował i opatentował sztuczne serce napędzane siłą mięśni oddechowych. Pomysł ten był pozbawiony podstawowej wady dotychczasowych modeli – nie wymagał przewodów doprowadzających energię z zewnątrz i tym samym minimalizował ryzyko infekcji bakteryjnej.

Opracował i opatentował kryptofanoskop operacyjny – urządzenie do obserwacji i lokalizacji ciał obcych wykorzystujące obraz powstały przy pomocy promieni rentgenowskich nałożony na obraz naturalny.

Opracował i opatentował urządzenie ssące do leczenia przetok dwunastniczych.

Opisał objaw opukowy podrażnienia otrzewnej jako znamieny i umożliwiający precyzyjną lokalizację zapalenia otrzewnej.

Od początku lat 60. zajmował się zjawiskami bioelektrycznymi występującymi w kościach, opracowując nowatorską metodę leczenia niegojących się złamań, stawów rzekomych oraz ropnych, niepoddających się tradycyjnemu leczeniu zapaleń kości przy pomocy odpowiedniej polaryzacji elektrycznej.

Punktem wyjścia do tych badań była obserwacja przeciwstaw-

nego wpływu solanek iwonickiej i jastrzębskiej na leczenie złamań kości. Stwierdził, że solanki te mają odwrotne potencjały powierzchniowo-głębinyowe i z tym zjawiskiem powiązał ich efekt terapeutyczny: solanka iwonicka miała działanie przeciwbólowe i wzmacniające zrost kości, a jastrzębska często powodowała dolegliwości bólowe będące powodem przerwania terapii.

Kolejnym krokiem był pomysł zastosowania bezpośredniej energii elektrycznej w tym celu. I tak w 1963 r. przedstawił pracę doświadczalną na królikach, w której wykazał pobudzający tworzenie tkanki kostnej wpływ w miejscu przyłożenia dodatniej elektrody ogniwa zewnętrznego i odwrotne działanie w pobliżu elektrody ujemnej.

Zauważył też podobne działanie po zastosowaniu ogniwa biologicznego tzn. elektrody aluminiowej i stalowej, umieszczonych na ciele zwierzęcia, połączonych przewodem miedzianym. W pobliżu elektrody aluminiowej o ujemnym potencjale elektrycznym obserwował pobudzenie zrostu, a w pobliżu stalowej – dodatniej – jego hamowanie. Zjawisko to tłumaczył gromadzeniem się ładunków dodatnich przy elektrodzie ujemnej i odwrotnie – ujemnych przy elektrodzie dodatniej.

Potwierdził to zjawisko w odniesieniu do ludzi – w przypadkach braku zrostu kostnego po złamaniach lub jego opóźnienia stosował skuteczne leczenie z użyciem kąpeli w soli iwonickiej uzupełnione o elektryczną stymulację ogniwem zewnętrznym – stosując dodatnią elektrodę na okolice złamania.

Odwrotny efekt stwierdził w przypadku próby leczenia zakażenia kości z ropnymi przetokami – zarówno dodatnia polaryzacja elektryczna, jak i kąpiele w soli iwonickiej nasilały intensywność procesu ropnego oraz powodowały dolegliwości bólowe. Korzystny efekt leczniczy uzyskał dopiero po zastosowaniu ujemnej polaryzacji oraz kąpeli w solance jastrzębskiej.

W dalszych działaniach odstąpił od stosowania kąpeli solankowych, koncentrując się na stosowaniu tylko ogniw zewnętrznych i biologicznych. Stwierdził też podobny efekt przy zastosowaniu ogniwa biologicznego statycznego – elektrod o różnym potencjale, umieszczonych na ciele pacjenta, ale niepołączonych przewodem. Również wtedy dochodzi do gromadzenia się ładunków elektrycznych o odmiennym znaku w stosunku do potencjału danej elektrody.

Przedstawił liczne prace dokumentujące korzystny wpływ dodatniej polaryzacji elektrycznej na gojenie się zrostów opóźnionych i stawów rzekomych oraz leczniczego wpływu polaryzacji ujemnej w przypadku zakażeń kości i szpiku.

Zwrócił uwagę na niekorzystny wpływ zestawienia wszczepów ortopedycznych o różnym potencjale elektrycznym użytych do zespolenia złamań kości. Obserwował różnice potencjałów (w zakresie od 35 do 200 mV) w przypadkach braku zrostu kostnego w pobliżu implantu o wyższym potencjale.

Kilkakrotnie na forum międzynarodowym wystąpił z apelem o konieczności standaryzacji elektrycznej materiałów używanych do produkcji implantów chirurgicznych.

W swoich pracach nad wpływem polaryzacji elektrycznej na organizm człowieka zauważył pobudzający efekt polaryzacji dodatniej na wzrost kości i przyrost masy mięśniowej u dzieci, i odwrotnie, hamujący, pola-

ryzacji ujemnej. Zastosował to spostrzeżenie skutecznie lecząc asymetrię i niedorozwój kończyn dzieci po chorobie Heinego-Medina.

W 1973 r. opatentował zespół do leczenia polaryzacją bioelektryczną.

Na podstawie pracy: „Badania nad regeneracją tkanki kostnej” uzyskał w 1968 r. stopień doktora habilitowanego w zakresie chirurgii. Wyniki jego badań wzbudziły duże zainteresowanie na świecie. Były powodem zaproszeń na zagraniczne konferencje naukowe.

Jest laureatem wielu nagród, m.in.: Kappa Delta Award, Złotego Krzyża Zasługi, odznaki Zasłużonego dla Wynalazczości i Racjonalizacji, Krzyża Kawalerskiego Orderu Odrodzenia Polski, a także Medalu Uniwersytetu Tokijskiego przyznanego za całokształt dorobku naukowego w 1982 r., który szczególnie sobie cenił.

Należy podkreślić, że niestety w tamtym czasie w Polsce nie było woli upowszechnienia jego dokonań.

Ojciec oprócz pracy naukowca-chirurga, miał szereg innych zainteresowań.

Wspierany przez kardynała Karola Wojtyłę zajmował się też demografią. W licznych pracach, także apelując do ówczesnych władz kraju, wykazywał zagrożenie populacyjne dla Polski, przewidując już pół wieku temu obserwowany dzisiaj ujemny przyrost naturalny.

Ostatnie lata swojego życia poświęcił twórczości literackiej: wydał wspomnienia z czasów młodości we Lwowie w formie utworu poetyckiego pt. „Dni silne kochaniem”, tłumaczył na język polski utwory swojego ulubionego niemieckiego poety Heinricha Heinego, napisał wspomnienie o prof. Rudolfie Weiglu, prof. Jakubie Parnasie chcąc oddać hold swoim wielkim Nauczycielom.

Wychowany był w duchu umiłowania Ojczyzny w rodzinie, gdzie słowa „Salus Poloniae suprema lex esto” towarzyszyły mu od najmłodszych lat. Atmosfera domu rodzinnego i przeżyte doświadczenia z czasów wojny wyrobiły w nim postawę człowieka niezależnego, niezłomnego, wiernego swoim przekonaniom, niepodatnego na manipulacje, dla którego umiłowanie prawdy i chęć poznania stało się najwyższym kryterium i wartością.

Chciałbym również zwrócić uwagę na związek mojego Ojca z Zabrzem. W latach 1946-48 pracował w Zakładzie Stomatologii w Zabrzu, gdzie pod kierunkiem profesora Mieczysława Jankowskiego zrobił specjalizację ze stomatologii, wypełniając w ten sposób wolę swojego ojca, prof. Antoniego Cieszyńskiego, którego pragnieniem było, aby syn kontynuował jego dzieło.

Na zakończenie chciałbym w imieniu swoim i mojej rodziny serdecznie podziękować Panu Marianowi Zembałi za pomysł i niezwykłą determinację w dążeniu do uczczenia pamięci mojego ojca Tomasza Cieszyńskiego.

Tym niemniej wdzięczni jesteśmy Zabrzu za przychylność i pomoc w realizacji tego przedsięwzięcia, które ostatecznie zaowocowało dzisiejszą, piękną uroczystością.

Dziękuję bardzo, dziękuję Państwu.

(wygłoszone 19.06.2021 r. w Zabrzu w czasie Uroczystości Odświeżenia Popiersia Prof. Tomasza Cieszyńskiego)

Jakub Cieszyński



SETNA ROCZNICA URODZIN

prof. dr. hab. Andrzeja Brzeckiego, nestora polskiej neurologii

17 maja 2021 r. obchodziliśmy doniosłą uroczystość 100-lecia urodzin prof. dr. hab. Andrzeja Brzeckiego, kierownika Katedry i Kliniki Neurologii Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 1971–1991, wspaniałego klinicysty, badacza i nauczyciela neurologii opartej na rzetelnych podstawach anatomiczno-fizjologicznych. Jest wychowawcą wielu pokoleń lekarzy, współtwórcą powojennej neurologii wrocławskiej, mającej lwowskie korzenie.

Profesor Andrzej Brzecki urodził się 17 maja 1921 roku w Warszawie. W 1939 roku ukończył X Gimnazjum Humanistyczne im. Henryka Sienkiewicza we Lwowie, gdzie uzyskał świadectwo dojrzałości. Edukację medyczną rozpoczął w 1943 roku jako słuchacz Fachowych Kursów Medycznych we Lwowie, podejmując jednocześnie pracę laboranta w Instytucie Behringa (1943–1944). Następnie, w latach 1944–1945, pracował w Klinice Chorób Wewnętrznych w Krakowie. Po zakończeniu II wojny światowej w 1945 roku kontynuował studia medyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, a następnie na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu i Politechniki Wrocławskiej, gdzie 2 maja 1949 roku uzyskał Dyplom Lekarza.

1 kwietnia 1948 roku, będąc jeszcze studentem, podjął pracę w Klinice Neurologii we Wrocławiu na etacie laboranta. Po ukończeniu studiów został zatrudniony w tejże Klinice na stanowisku starszego asystenta. W czerwcu 1951 roku obronił pracę doktorską pt. „Oczopląs górnik”. W latach 1959–1960 przebywał na stażu naukowym w Szwajcarii, gdzie kształcił się w dziedzinie neurologii dziecięcej, elektromiografii i neuropatologii. W grudniu 1964 roku, w oparciu o wyniki badań eksperymentalnych przedstawionych w pracy habilitacyjnej pt. „Zachowanie się obrzęku mózgu pod wpływem niektórych czynników nerwowych”, uzyskał stopień naukowy doktora habilitowanego, a następnie został mianowany na stanowisko docenta Akademii Medycznej we Wrocławiu. Tytuł naukowy profesora uzyskał w 1979 roku. Po przejściu na emeryturę prof. Stanisławy Falkiewiczowej, od 1 października 1971 roku objął kierownictwo Katedry i Kliniki Neurologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, początkowo jako pełniący obowiązki kierownika, a 1 stycznia 1972 roku został mianowany na to stanowisko. Funkcję tę prof. Andrzej Brzecki pełnił przez 20 lat – do 30 września 1991 roku.

Naukowe pasje Jubilata skupiały się wokół fenomenów neurologii klinicznej, dokumentowanych i analizowanych za pomocą okulo- i nystagmografii (neurooftalmologia, diagnostyka miastenii), elektromiografii i elektroneurografii, nie ograniczając się wyłącznie do obwodowych zjawisk nerwowo-mięśniowych (ośrodkowy zanik mięśni, odruch hamowania autogennego w poudarowym niedowładzie połowicznym, okres ciszy mięśniowej w warunkach fizjologicznych i w niedowładzie połowicznym, odruchy długiej pętli u osób zdrowych i w patologii mózgowej człowieka).

Jednym z ulubionych kierunków badawczych prof. Andrzeja Brzeckiego była neuropatologia, ściśle powiązana z konkretnymi problemami klinicznymi, pozwalająca zweryfikować oraz merytorycznie zamknąć postępowanie diagnostyczne i lecznicze prowadzone za życia. Badania neuropatologiczne, łącznie z oceną histopatologiczną przygotowywanych przez doświadczonych członków zespołu laboratoryjno-technicznego preparatów, były prowadzone w klinicznej Pracowni Neuropatologii (**fol. 2**). Poza kazuistyką neurologiczną dotyczyły one przede wszystkim miażdżycy naczyń mózgowych i jej uwarunkowań oraz procesu starzenia się mózgu. Badania morfologiczno-kliniczne były między innymi podstawą pięciu doktoratów, których promotorem był prof. dr hab. Andrzej Brzecki: „Charakterystyka miażdżycy tętnic podstawy mózgu u chorych na cukrzycę” (dr Piotr Olejniczak, 1983); „Sploty naczyniówkowe w miażdżycy naczyń mózgowych” (dr Józefa Dąbrowska, 1987); „Zmiany stwardnieniowe małych naczyń (*arteriolosclerosis*) i nieswoisty zanik mózgu” (dr Ewa Karłowska, 1989); „Obraz mikroskopowy jądra Maynerta w wieku dojrzałym i w starości” (dr Małgorzata Szenborn); „Obrazy neuropatologiczne i neuropatologiczne mikro- i makroangiopatii cukrzycowej” (dr Halina Steranka, 1997).

Inne zainteresowania naukowe prof. Andrzeja Brzeckiego dotyczyły między innymi zagadnień związanych z neuroreanimacją i problemem rozpoznawania śmierci mózgu (1970–1976), szczególnie istotne w perspektywie rozwijającej się transplantologii.

Zajmował się także neurotoksykologią w kontekście wpływu przemysłowych zanieczyszczeń śró-



Dr hab. Sławomir Budrewicz,
prof. nadzw. UMW, kierownik
Kliniki Neurologii od 2017 roku



Em. prof. dr hab. Ryszard
Podemski – uczeń i następca
prof. Andrzeja Brzeckiego

Tekst: prof. dr hab. Ryszard Podemski, dr hab. Sławomir Budrewicz, prof. nadzw. UMW, dr hab. Maria Ejma, prof. nadzw. UMW



Fot. prof. dr hab. Ryszard Podemski i prof. dr hab. Anna Brzecka

dowiska metalami ciężkimi, dwusiarczkiem węgla, rozpuszczalnikami, a także działaniem mikrofal oraz wibracji na układ nerwowy. Swoje pasje i zainteresowania naukowe Jubilat kontynuował także po przejściu na emeryturę, pracując przez kolejne trzy lata w niepełnym wymiarze godzin we wrocławskiej Klinice Neurologii. Pełnił także funkcję konsultanta oraz inspiratora prac badawczych w Centrum Rehabilitacji i Neuropsychiatrii „Celestyn” w Mikoszewie k. Strzelina. Publikacje z tego okresu to między innymi praca na temat fizjopatologii mikrogleju (1997). Z kolei wydana przez Wrocławskie Towarzystwo Naukowe w 2004 roku monografia „Neurologicy lwowscy i ich wpływ na kształtowanie neurologii wrocławskiej” (2004), to nie tylko osobiste nawiązanie do niezwykle emocjonalnego okresu lwowskiej edukacji Jubilata, ale ważne źródło informacji o kształtowaniu się powojennej neurologii wrocławskiej, opartej na wiedzy, doświadczeniu oraz osiągnięciach profesorów lwowskich, ich uczniów i współpracowników. Kolejna publikacja „Konsultacje neurologiczne i EEG” (2008), przygotowana wspólnie z mgr Jadwigą Banach, jest oparta na bogatych doświadczeniach klinicznych i elektrofizjologicznych prof. Andrzeja Brzeckiego oraz praktycznej wiedzy współautorki, zdobytej podczas wieloletniej pracy w Pracowni EEG Kliniki Neurologicznej we Wrocławiu. Założycielką tej Pracowni i jej wieloletnim kierownikiem była prof. dr hab. Anna Rudkowska-Brzecka, pionier elektroencefalografii wrocławskiej. Omawiana monografia stanowi prezentację wybranych przypadków, w tym analizę kliniczną, z odniesieniem do zapisów elektroencefalograficznych, co ma wartość poznawczo-dydaktyczną, zwłaszcza dla lekarzy kształcących się w dziedzinie neurologii.

Niezwykle interesującą monografią, wydaną w 2010 roku przez Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, jest studium prof. Andrzeja Brzeckiego pt. „Niektóre zagadnienia przewagi półkulowej mózgu”, ze współautorstwem dr Katarzyny Mariańskiej. Swoje zamiłowanie do sztuk plastycznych Jubilat wykorzystał w rozdziale „Dominacja półkulowa w malarstwie”, wykazując przewagę półkulową i emocje w dziełach Olgi Boznańskiej, Gustawa Klimta,

Konrada Krzyżanowskiego, Zofii Dziurzyńskiej-Rosińskiej oraz Stanisława Ignacego Witkiewicza.

Za swoją działalność naukową, dydaktyczną i organizacyjną prof. dr hab. Andrzej Brzecki był wielokrotnie nagradzany. Został odznaczony między innymi Złotym Krzyżem Zasługi oraz Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Z okazji doniesłego jubileuszu 100-lecia urodzin listy gratulacyjne na ręce Jubilata przekazali prezydent miasta Wrocławia Jacek Sutryk oraz władze rektorskie wrocławskiego Uniwersytetu Medycznego. Wizytę z tej niezwyklej okazji złożyli prof. Andrzejowi Brzeckiemu przedstawiciele akademickiego środowiska neurologicznego we Wrocławiu: dr hab. Sławomir Budrewicz, prof. nadzw. UMW – kierownik Kliniki Neurologii od 2017 roku; dr hab. Bogusław Paradowski, prof. nadzw. UMW – zastępca kierownika Kliniki; dr hab. Małgorzata Koszewicz – kierownik Samodzielnej Pracowni Neurofizjologii Klinicznej, prof. dr hab. Ryszard Podemski – uczeń i następca prof. Andrzeja Brzeckiego na stanowisku kierownika Kliniki Neurologii w latach 1991–2017, Czesława Praga – doświadczony, wieloletni technik w Pracowni Elektromiografii, obecnie na emeryturze oraz Mariola Gajdowska – zasłużona pielęgniarka Kliniki Neurologii, która całe swoje życie zawodowe poświęciła chorym neurologicznie (fot. 1, 3, 4).

Po przywitaniu się i złożeniu Jubilatowi gratulacji wraz z serdecznymi życzeniami zdrowia oraz długich lat życia, był czas na wspomnienia, także o ukochanym Lwowie, i swobodną rozmowę we wspaniałej atmosferze, za co jesteśmy Profesorowi oraz Jego córce, prof. Annie Rudkowskiej-Brzeckiej, niezmiernie wdzięczni. To były niezapomniane, wzruszające chwile.

Ad multos annos Panie Profesorze! ■

Opis zdjęć:

1. Życzenia złożył Jubilatowi obecny kierownik Kliniki Neurologii UM we Wrocławiu dr hab. Sławomir Budrewicz, prof. nadzw. UMW.
2. Pracownia Neuropatologii Kliniki Neurologii we Wrocławiu. Od lewej: Regina Michalska, Kazimiera Kazimierzczuk, Małgorzata Szenborn, Andrzej Brzecki, Józefa Dąbrowska.
3. Mariola Gajdowska – zasłużona pielęgniarka Kliniki Neurologii, która całe swoje życie zawodowe poświęciła chorym neurologicznie.
4. Czesława Jarosz – doświadczony, wieloletni technik w Pracowni Elektromiografii.

Tekst Maciej Sas

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/game-2285322/Jo_Lanta

Jak pokonać pandemię w dwie godziny?

Groźna choroba zbiera śmiertelne żniwo. Sztab ekspertów pracuje zgodnie nad jej pokonaniem. Wszyscy współpracują, ścigając się z czasem. Wreszcie się udaje! Doczekaliśmy się cudu? Nie – taki jest scenariusz „Pandemii”, jednej z popularnych gier planszowych. W ostatnich miesiącach pod znakiem lockoutu zainteresowanie nią wzrosło. Zdaniem specjalistów planszówki to znakomity sposób na promowanie postaw prozdrowotnych, ale też na samotność dokuczającą wielu z nas po miesiącach przymusowej izolacji.

Cztery choroby wydostały się na świat i przed drużyną specjalistów z różnych dziedzin stanęło zadanie odnalezienia szczepionek na te epidemie, zanim ludzkość zostanie unicestwiona – to wstęp do gry „Pandemia”, ale łatwo go pomylić z epidemią SARS-CoV-2, z jaką od półtora roku zмага się cały świat. Można powiedzieć, że to prorocza planszówka, bo jest znana na świecie od wielu lat – na długo przez pojawieniem się COVID-19.

Wszyscy atakują wirusa!

– W czasie lockoutu ludzie pytali o „Pandemię” znacznie częściej niż do tej pory – przyznaje Leszek Traczyk, wrocławianin, właściciel sklepu z grami Planszak.pl. – To gra utrzymana w klimacie pandemicznym. Cała rodzina może grać kooperacyjnie, czyli bezkonfliktowo. Po prostu wszyscy, wcielając się w role różnych ekspertów, jednoczą się, by pokonać złego wirusa – wyjaśnia.

Można zostać naukowcem, sanitariuszem czy logistyką i współdziałać z innymi, by osiągnąć cel: wyprodukować szczepionki i leki, a dzięki nim powstrzymać rozprzestrzenianie się zabójczych chorób.

O wzmożonym zainteresowaniu grą, szczególnie na początku pandemii koronawirusa mówi też Maciej Smiatacz, właściciel wrocławskiego sklepu z planszówkami Marajo.pl – Wzięło się to stąd, że w mediach społecznościowych śmieszkowaliśmy sobie z tego: „O, pandemia! A u nas można sobie zagrać w pandemię i ją szybko pokonać!”. Ludzi to zainteresowało. Chodziło o odprężenie w tym smutnym czasie – tłumaczy. – W grze możemy pokonać pandemię w półtorej godziny, a nie w półtora roku, jak to ma miejsce w realnym świecie – dodaje.

Warto dodać, że ta pozycja doczekała się na świecie wielu wariantów oferujących różne scenariusze. Trochę to jak SARS-CoV-2, którego nowe warianty nieustannie pojawiają się w innych częściach świata...

Obaj fachowcy od gier przyznają, że w trudnym czasie pandemii w ogóle zainteresowanie planszówkami wzrosło. Ludzie częściej spotykali się też w domach, by pograć, nie dać się samotności, poczuć dreszczyk emocji towarzyszący rywalizacji i czerpać przyjemność z bezpośrednich kontaktów z innymi ludźmi.

„Zdrowe gry”

Ale gier, w których ważny element scenariusza stanowi zdrowie, jest więcej. Leszek Traczyk podpowiada inną, która od lat cieszy się zainteresowaniem wśród dzieci – „Było sobie życie”. – Wszyscy w moim wieku znają ten tytuł z telewizji lat 90. To gra bardziej edukacyjno-rozrywkowa. Dzieci mogą usiąść i pograć, a przy okazji czegoś ważnego się nauczyć. Chodzi w niej o to, jak działa organizm człowieka – opowiada planszówkowy ekspert.

Nieco poważniejszy charakter ma kolejny tytuł podpowiedziany przez Macieja Smiatacza: „Dice hospital”. Gra dotyczy budowania... szpitala i jego działania. To przecież sytuacja analogiczna do niedawnego tworzenia szpitali tymczasowych na potrzeby leczenia chorych na COVID-19! Co prawda gra nie ukazała się w języku polskim, ale jej angielskojęzyczną wersję można bez trudu znaleźć w sieci. We wstępie do niej czytamy: „W Dice Hospital, grze polegającej na odpowiednim rozlokowaniu pracowników, gracze muszą leczyć jak najwięcej pacjentów, aby uspokoić lokalne władze!”. Brzmi znajomo...

Kolejny przykład znanej, angielskojęzycznej planszówki obracającej się w tematyce medycznej to „Pocket pharma”, stosunkowo prosta gra. W tym przypadku zadaniem uczestników rozgrywki jest wyprodukowanie farmaceutyków, które będą skutecznie leczyć 4 poważne choroby cywilizacyjne, w tym nowotwory. – Operuje się kartami, na których są rzeczywiste związki chemiczne służące do produkcji leków. Mechanika jest bardzo prosta, więc dzieciom nauczy się wszystkiego bardzo szybko, a czterdziestolatek dowie się na przykład tego, z czego składa się aspiryna – zachęca pan Maciej.

Ważne jest poczucie wpływu na to, co się dzieje

Zainteresowanie planszówkami nie dziwi wrocławskiej psycholog Bożeny Uścińskiej. Jej zdaniem gry można wykorzystać na wiele sposobów, również przemycając w nich treści ważne z punktu widzenia społecznego, w tym ochrony zdrowia. Jak mówi, w ogóle gra zrobiła się w ostatnich czasach bardzo ważnym elementem edukacji, a nawet... rekrutacji. – W licznych firmach, żeby przejść proces rekrutacyjny, trzeba pokonać wiele „levelów”. Poziom umiejętności, kompetencje, wiedza – jeśli to jest odpowiednie, można pójść dalej. Takie sposoby świetnie się sprawdzają w przypadku osób młodych, bo wielu z nich znakomicie się odnajduje w świecie uporządkowanym na wzór gier – podkreśla psycholog. – Gra ma jasne, ściśle ustalone zasady, których trzeba się trzymać. Z psychologicznego punktu widzenia to świetny element brania pod kontrolę tego wycinka świata, za który jesteśmy w czasie rozgrywki odpowiedzialni. Ma to nagradzający charakter, bo żyjemy w warunkach, w których nam się przypomina, że utraciliśmy kontrolę nad życiem, jesteśmy bezradni. Mówi się nawet, że głównym klimatem, który będzie nam towarzyszył po pandemii, będzie zniechęcenie i poczucie bezradności. A gra jest dobrym sposobem na to, by w ogóle podjąć aktywność – już to samo w sobie jest cenne. Poza tym daje szansę na to, by wpisać się w jakiś zespół reguł porządkujących świat, a więc przynajmniej przez chwilę mamy poczucie realnego wpływu na to, co robimy – tłumaczy.

Co więcej, jak się okazuje, samo zaangażowanie się w grę jest bardzo wartościowe, bo włącza się nam układ limbiczny, a więc odpowiedzialny biologicznie za poczucie satysfakcji, szczęścia, czyli układ nagrody. – Nie musimy nawet koniecznie wygrać – wystarczy bardzo się zaangażować (poznawczo czy przez komunikację z innymi graczami), by mieć poczucie siły, a co za tym idzie – nagrody – zaznacza Bożena Uścińska.

Znamy zjawisko wzmacniania różnych bodźców poprzez to, że one nam się kojarzą z jakąś emocją. Jeżeli coś się kojarzy pozytywnie, jak w przypadku pokonywania pandemii, a więc jeśli wejdziemy w jakąś rolę, możemy przygotować strategię postępowania, zorganizować coś, to sama ta sytuacja pozytywnej emocji jest bardzo ważna. Psycholodzy, jak mówi Bożena Uścińska, świadomie tym manipulują, żebyśmy odczuwali przyjemności, błogości, doświadczania czegoś pozytywnego, bo jest nadzieja, że później powtórzymy to doświadczenie w realu.

– W grze „Pandemia” podoba mi się szczególnie wejście w rolę, bo to jedna z takich mocnych technik – i terapeutycznych, i edukacyjnych: wchodzimy w rolę i mierzymy się z wszystkimi wyzwaniem do niej przypisanymi. Z tego poziomu uczymy się rozwiązywać problemy, ale też otrzymujemy wzmocnienia pozytywne, bo przecież gracze rozprawiają się skutecznie z pandemią. To jest zastosowanie skuteczne, bo wchodząc w rolę konkretnych osób uczymy się, jak to jest, gdy ich zadania wykonamy – mówi psycholog. – W mózgu taki model nazywa się torowaniem, czyli powstały połączenia aktywnych komórek, jest więc szansa, że to się odtworzy, gdy później w realu trafimy na podobny problem. Ta szansa będzie jeszcze większa, jeśli taką rozgrywkę powtórzymy. To może mieć znaczenia choćby w takich sytuacjach, gdy zastanawiam się, czy pójść się zaszczepić, czy nie, czy namówię innych do tych szczepień, czy wskazać, gdzie zdobyć użyteczną informację – wyjaśnia.

Sposób na samotność

Wszystko to, jak dodaje, świetnie działa nie tylko na młodych ludzi. Prowadząc studia podyplomowe, nawet bardzo dojrzałe osoby angażuje w odgrywanie różnych ról. – Jak się okazuje, nie ma lepszego sposobu na to, by później, w omówieniu gdy zastanowić się, co dla nich niesie wejście np. w rolę menadżera czy terapeuty. Ten model uczenia się jest aktywny do końca naszego życia – podpatrujemy, jak coś robią inni ludzie, wchodzimy w „ich buty” i przez to podpatrywanie uczymy się, jak się zachowywać w konkretnej sytuacji – tłumaczy.

Co ważne, wspólne granie ma też inną ważną zaletę – pomaga w nawiązywaniu więzi nadszarpniętych w czasie trwającej pandemii. – W grze jest taki element przyspieszonej, bardzo bogatej komunikacji. Zauważyłam, gdy się ludzie pochylają nad grą (obserwowałam moje zaprzyjaźnione emerytki brydżystki), to przy okazji rozmawiają o wszystkim, rozwiązują tysiące problemów – od osobistych, przez interpersonalne aż po państwowe. Nie wiem, co jest takiego w tych grach, że one otwierają ludzi na wiele różnych sposobów – uśmiecha się wrocławska psycholog.

Wniosek z tego prosty – można by wykorzystać gry w promowaniu postaw prozdrowotnych, choćby szczepień przeciw SARS-CoV-2. Wrocławski zakaźnik, prof. dr n. med. Andrzej Gładysz, uważa, że warto je w tym celu wykorzystać. – W czasie pandemii raz w tygodniu robimy z żoną zakupy. Zauważyliśmy przy okazji, że jeśli gdzieś było stoisko z grami planszowymi, cieszyło się zainteresowaniem większym niż inne – przyznaje. – Można by to więc wykorzystać do promowania zdrowych wzorców. Taka gra musi zaangażować emocje człowieka, pobudzić go do refleksji.

Zdaniem profesora planszówki pozwalające się wcielić w jakąś konkretną rolę i angażujące emocje gracza mogą stanowić znakomite narzędzie edukacyjne, jeśli chodzi o wiedzę medyczną. – Gra byłaby idealna w sytuacji takiej: „Pan się szczepił?”. „Nie, nie szczepiłem się, bo się igły boję”. I w tym momencie należałoby logicznymi argumentami przekonać człowieka do szczepienia, a w grze dzięki temu dąży się do wygranej. Przemycanie ważnych treści w formie gry byłoby więc bardzo cenne – nie ma wątpliwości znany zakaźnik.

Zdaniem pana profesora, gdyby wprowadziło się do gry grupę zaszczepionych, grupę wątpiących, wymyśliło atrakcyjny, wiarygodny scenariusz, pojawiliby się pretekst, by przekonać wątpiących. – Jestem przekonany, że dla młodzieży byłoby to ciekawe i przekonujące – mówi prof. Andrzej Gładysz. ■



► AGNIESZKA SIEŃKO

Radca prawny, mediator sądowy, coach, konsultant kryzysowy, wykładowca, szkoleniowiec, autorka książek i artykułów, trener biznesu

Fot. z archiwum autorki

Tekst Agnieszka Sieńko

Mediacje lepsze od sporu sądowego

Zapraszam do lektury kolejnego artykułu z cyklu moich wykładów o prawie. Tym razem zamierzam skupić Państwa uwagę na instytucji mediacji. Oczywiście kontekstem rozważań są sprawy medyczne, ale i tak warto wiedzieć, czym są mediacje i dlaczego można je uznać za lepsze od sporu sądowego.

Polski ustawodawca w wielu miejscach zachęca strony sporów do ugodowego rozstrzygnięcia swoich spraw. W zasadzie nie można skierować sprawy o zapłatę, która uchodzi za zwykłą sprawę w hierarchii stopnia trudności czy powszechności występowania, bez wcześniejszego podjęcia próby polubownego załatwienia sprawy. Już w samym pozwie należy bowiem wskazać, że podjęto próbę polubownego załatwienia sporu, a jeżeli takiej próby nie podjęto, to należy wyjaśnić powody, dla których próby takiej zaniechano. Procedura może polegać oczywiście na wezwaniu do zapłaty, czyli na wysłaniu pisma z określeniem oczekiwanego postępowania. Może to być dokument z wyliczoną kwotą i numerem konta, na które objętą żądaniem kwotę należy zapłacić. Może to być też pismo wzywające od podjęcia określonej czynności albo przeciwnie – do zaprzestania podejmowania pewnych czynności, koniecznie ze wskazaniem daty początku oczekiwanego zachowania.

Polubowne załatwienie sprawy nie musi, ale może także polegać na podjęciu mediacji przed mediatorem. Już spieszę wyjaśnić, na czym to polega i o co w tym wszystkim chodzi. Jak wyżej wskazałam, polski prawodawca dał podmiotom prawa w Polsce dwie generalne metody rozstrzygania swoich sporów. Pierwsza to proces sądowy, a druga to mediacje. Naturalnie istnieją jeszcze takie instytucje jak sądy polubowne czy inne, opisane umowami w ramach swobody kontraktowania, sposoby postępowania. Wreszcie można wskazać instytucję kary umownej, która pozwala na załatwienie drobniejszego, przewidzianego umową naruszenia jej postanowień. Jednak niniejszy tekst ma być poświęcony sprawom medycznym.

Od czego zaczyna się sprawa medyczna?

Sprawa medyczna zaczyna się od sformułowania zarzutu przeciwko jakości podejmowanych procedur terapeutycznych. Tematyka tego typu roszczeń pacjentów w stosunku do podmiotów wykonujących działalność leczniczą była odmienną już chyba przez wszystkie przypadki i opisywana ze wszystkich możliwych ujęć i perspektyw. Teraz przyszedł czas na mediacje. Przed paroma laty na Pomorzu prowadzono kampanię propagującą ideę mediacji. Jej hasłem przewodnim było: „Napisz sobie wyrok”. Istota mediacji polega bowiem na tym, że strony samodzielnie kształtują swoje wzajemne relacje i przelewają je na papier w postaci ugody mediacyjnej przed mediatorem, a następnie ugoda trafia do zatwierdzenia przez sąd. Ugoda mediacyjna zatwierdzona przez sąd ma moc równą wyrokowi sądu.

Kim jest mediator?

Mediator to osoba o określonych prawem kwalifikacjach i kompetencjach. Mediator, mimo że jego uprawnienia są zdecydowanie mniejsze od uprawnień sędziego, podobnie jak sędzia musi być absolutnie bezstronny. Co ciekawe, kiedy mediacje odbywają się na zalecenie sądu (tak, sąd może skierować strony, czyli powoda i pozwanego do procesu mediacji) mediator w ogóle nie musi zapoznawać się z aktami danej sprawy. Może poprzestać wyłącznie na tym, co powiedzą strony na spotkaniu mediacyjnym. Mediator jest bezwzględnie zobowiązany do zachowania poufności. Choć poufność jawi się, szczególnie w środowisku medycznym, jako coś niemal oczywistego, to jednak poufność mediacji ma bardzo szeroki kontekst.

Poufność jest postulatem adresowanym do mediatora, aby ten nie ujawniał ani faktu prowadzenia mediacji ani treści ustaleń i stanowisk indywidualnych każdej ze stron. To jeden aspekt. Innym jest przebieg mediacji i tutaj perspektywa się zmienia, a wręcz znacząco poszerza. Otóż mediacje – o czym nieco dalej – zwalniają w pewnym sensie z postępowania dowodowego. Ta okoliczność rodzi szczególny rodzaj komunikacji w sporze. Można na przykład się do czegoś przyznać albo ujawnić jakiś aspekt, który w procesie trudno byłoby wykazać. W takim wypadku, w razie ewentualnego powrotu sprawy do postępowania sądowego, żadna ze stron nie może powoływać się na to, co zostało ujawnione lub ustalone w toku postępowania mediacyjnego. Wracając jednak do mediatora, mediator nie prowadzi żadnego postępowania wyjaśniającego w rozumieniu postępowania przed sądem. Mediator to rodzaj katalizatora. Mediator zaprasza uczestników na spotkania mediacyjne, które zawsze rozpoczynają się od tzw. monologu mediatora. Mediator przedstawia się, może zatrzymać się nad swoimi kwalifikacjami lub doświadczeniem zawodowym, informuje strony o poufności, o możliwości odbywania z mediatorem spotkań indywidualnych. W swojej praktyce mediacyjnej stosuje także informacje o charakterze porządkującym. Akcentuję prawo do wypowiedzania się, obowiązek okazywania szacunku, wysłuchiwanie drugiej strony.

Procedura mediacyjna

Mediacje są procesem dobrowolnym. Jeżeli strony nie chcą mediuwać, to procedura się nie odbywa. Najważniejszym aktem jest więc podjęcie mediacji. W swej praktyce mediacyjnej stosuję liczne narzędzia zaczerpnięte z coachingu, z interwencji kryzysowej. Stosując takie narzędzia można się wiele dowiedzieć od uczestników mediacji, ale można też ich zmotywować do podjęcia decyzji odmiennej od tej, z którą przyszli. Nie zmienia to faktu, że jako uzasadnienie decyzji o wejściu na drogę mediacji uczestnicy często podają niechęć do „chodzenia po sądach”. Dla mnie, jako praktykującego radcy prawnego, argument niechęci do wizyt w sądzie jest niezrozumiały. Można to porównać do lekarza klinicysty, który nie rozumie, co złego ludzie widzą w szpitalu, że się go tak boją. Ale zapewne chodzi o to, że tak jak wizyta w szpitalu, tak i stawanie przed sądem wiąże się ze znacznym stresem.

Myślę, że chodzi o coś jeszcze. Jedną z podstawowych potrzeb człowieka jest potrzeba sprawczości. Chcemy mieć poczucie, że nasze życie zależy od nas. Spór sądowy ceduje rozwiązanie sporu na osobę lub nawet osoby trzecie – sędziów. Mediacje powodują, że choć pozostajemy w sporze, sami zarządzamy sytuacją, a przynajmniej w tym zarządzaniu aktywnie uczestniczymy. Rozstrzygnięcie zależy więc od nas. W tym przejawia się wyższość mediacji nad standardowym wyrokiem. Ja sama dostrzegam w mediacjach jeszcze inną wartość. Dość często, kiedy występuję w roli radcy prawnego, mówię, że na sali sądowej są dwie osoby, które dokładnie widzą, co się wydarzyło: powód i pozwany. W sprawie karnej taka osoba jest tylko jedna: oskarżony. W mediacjach pojawia się nadzwyczajna okazja do ukształtowania swoich spraw w sprawiedliwy dla samego siebie sposób. Zwyczajnie każdy wie, „co zrobił”. W procesie sądowym – cywilnym czy karnym – trzeba prowadzić dowody, które mogą okazać się niewystarczające lub wręcz wypaczyć rzeczywisty obraz sprawy. W mediacjach takich okoliczności nigdy nie będzie. W mediacjach nie prowadzi się bowiem postępowania dowodowego. Strony polegają na tym, co same oferują. Każdy uczestnik może poprosić o indywidualne spotkanie z mediatorem. Strony próbują w czasie takich spotkań przekonać mediatora, powiedzieć mu coś „w tajemnicy”. Jest to o tyle cenne, że w czasie takich spotkań można zainspirować uczestnika do innego spojrzenia na przedmiot sporu, można go wyciszyć. Spotkania indywidualne mają ogromny potencjał. Mimo, że nie wolno ujawniać niczego, czego dana strona sobie nie życzy. Ale można na przykład zauważyć, że obie strony mają ten sam cel, ale spór powodował, że ta zgodność nigdy nie miała szansy zostać wyartykułowana. Po prostu wyobrażenie o oczekiwaniach lub nastawieniu drugiej strony kompletnie wypaczało rzeczywistość, a strach przed tym, co można usłyszeć, zrywał komunikację.

Czym kończą się mediacje?

Otóż kończą się zawarciem ugody mediacyjnej lub nieosiągnięciem porozumienia. Ugoda mediacyjna to rodzaj umowy, porozumienia. Strony powinny jasno, w sposób nadający się do ewentualnej egzekucji (chodzi o to, by komornik w razie potrzeby dokładnie „wiedział”, do czego ma zobowiązanego z takiej umowy przymusić) wyrazić w umowie, co będą sobie świadczyły lub od czego będą się powstrzymywały. Na przykład: X oświadcza, że do 24 grudnia 2022 r. zapłaci Y kwotę 30 000 zł na konto nr 11111 w banku ABC. Albo: X oświadcza, że od 1 lipca 2021 r. nie będzie publikował żadnych informacji w żadnym medium na temat lekarza XYZ oraz że do tego dnia usunie wszelkie już opublikowane informacje. Oczywiście ugoda mediacyjna musi spełniać jeszcze szereg innych wymogów formalnych, ale są to już elementy stałe i warsztat samego mediatora. Ugoda mediacyjna podlega zatwierdzeniu przez sąd. To właśnie ta czynność powoduje, że ugoda nabiera takich cech jak pełnowartościowy wyrok sądu.

I na zakończenie warto wspomnieć o tym, jak mediacje mogą się sprawdzić w sporach medycznych. Otóż na łamach czasopisma dla medyków mogę się odważyć na twierdzenie, że są takie sytuacje, o których wiemy, że nie uda nam się ich wybronić. Mogę przywołać ze swego doświadczenia takie sprawy jak: 1. brak zgody na zabieg lub na inny zabieg niż faktycznie wykonany i nie dotyczy to sytuacji uprawnionej zmiany zakresu zabiegu, 2. wykonanie zabiegu w innym rejonie (zamiast prawego kolana zoperowano prawe, zamiast lewego ucha zoperowano prawe itp.), 3. nie zlecono koniecznej diagnostyki i doszło do zdynamizowania procesu chorobowego, czego można było uniknąć. W tego typu sprawach, kiedy po prostu wiadomo, że się przegra, warto sięgnąć po mediacje. Korzyści obejmują obniżenie kosztów takiej sprawy, istotne skrócenie postępowania, brak informacji o przegranej sprawie sądowej. Warto także rozważyć mediacje w sprawach błędów organizacyjnych. Jako mediator jestem przekonana, że mediacje są bardzo dobrą alternatywą rozstrzygania sporów. Przystąpienie do mediacji nie wyklucza możliwości kontynuowania sporu sądowego. Tak więc także i z tej perspektywy stanowią bezpieczną formę rozstrzygania sporów.

Moje artykuły na łamach „Medium” zmierzają do ugruntowania i poszerzenia wiedzy o instytucjach prawa obecnych w medycynie. Moje zawody prawnicze zobowiązują mnie do edukowania w zakresie prawa. Jako mediator muszę poinformować o tym, że nie wszystkie spory trzeba rozstrzygać wyrokiem. I nawet, kiedy sprawa trafiła już do sądu, można wnieść o skierowanie do mediacji i podjąć próbę zawarcia z drugą stroną porozumienia. Dodam też, że w takim przypadku należy zawiadomić ubezpieczyciela. ■



PRAWO NA CO DZIEŃ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

26 maja 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 maja 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. 957.

Obowiązku odbycia kwarantanny nie stosuje się w przypadku przekraczania granicy RP stanowiącej granicę zewnętrzną w strefie Schengen przez osoby posiadające negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 wykonanego po przylocie na terytorium RP na terenie lotniska, przed odprawą graniczną. Wymienione osoby są obowiązane przedłożyć funkcjonariuszowi Straży Granicznej negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 w języku polskim albo w języku angielskim.

27 maja 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r. poz. 965 Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach.

28 maja 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 974 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 18 maja 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo farmaceutyczne.

29 maja 2021 r. weszła w życie Ustawa z dnia 15 kwietnia 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. 981.

Zmiany zostały wprowadzone:

- **W USTAWIE – PRAWO FARMACEUTYCZNE**

W aptekach ogólnodostępnych spełniających wskazane wymagania mogą być przeprowadzane szczepienia ochronne zgodnie z przepisami ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

- **W USTAWIE O ZAPOBIEGANIU ORAZ ZWALCZANIU ZAKAŻEN I CHOROBY ZAKAŻNYCH U LUDZI**

Osoba przeprowadzająca badanie kwalifikacyjne lub szczepienie ochronne – może dokonywać wpisu do Karty Szczepień. Skierowanie na szczepienie ochronne przeciwko COVID-19 przechowuje się w systemie teleinformatycznym. Dostęp do tego skierowania przysługuje usługodawcy.

Rejestracja na wykonanie szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 następuje w systemie rejestracji po udostępnieniu imienia i nazwiska oraz numeru PESEL osoby poddawanej temu szczepieniu,

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

a w przypadku jego braku – numeru i serii dokumentu tożsamości wskazanej na skierowaniu.

Rejestracja może nastąpić również po uwierzytelnieniu osoby poddawanej temu szczepieniu w inny sposób niż określony powyżej, za pośrednictwem systemu rejestracji.

1 czerwca 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 991.

Szpitalne oddziały ratunkowe spełniają wymagania określone w rozporządzeniu odpowiednio do 1 lipca 2021 r. i 1 lipca 2022 r.

Do 30 czerwca 2022 r. ordynatorem oddziału (lekarzem kierującym oddziałem) – jest lekarz systemu.

6 czerwca 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 czerwca 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. 1013.

Dotychczasowy termin obowiązywania wskazanych ograniczeń, nakazów i zakazów (5 czerwca 2021 r.) został określony na **25 czerwca 2021 r.**

Dane osób, które nie podały się szczepieniu przeciwko COVID-19, obejmujące imię i nazwisko, numer PESEL oraz numer telefonu, mogą być przekazane z systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, NFZ w celu informowania przez ten podmiot osób, których dotyczą te dane, o możliwości poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19.

Od 7 czerwca 2021 r. uprawnione do szczepień w ramach etapu „I” są również osoby urodzone w latach 2005–2008 oraz w roku 2009, które ukończyły 12. rok życia.

W sytuacji ryzyka niewykorzystania szczepionki dopuszcza się szczepienie osób innych niż określone w ramach etapów „O” i „I”, które ukończyły 12 lat.

9 czerwca 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 czerwca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1034.

Szczepienia przeciwko COVID-19 są wykonywane w aptekach ogólnodostępnych.

10 czerwca 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1050 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 21 maja 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

12 czerwca 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 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. 1054.

Dotychczasowy termin obowiązywania wskazanych ograniczeń, nakazów i zakazów (25 czerwca 2021 r.) został określony na **31 sierpnia 2021 r.**

Dane osób, które podały się szczepieniu przeciwko COVID-19, obejmujące wskazane informacje zawarte w Karcie Szczepień, mogą być przekazywane do systemu teleinformatycznego, udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia w celu zapewnienia podmiotom mającym dostęp do tego systemu możliwości weryfikowania

posiadania przez daną osobę statusu osoby zaszczepionej przeciwko COVID-19.

Dane osób, które przekroczyły granicę RP, dotyczące adresu miejsca zamieszkania lub pobytu i numeru telefonu oraz dane osób, które podały się szczepieniu przeciwko COVID-19, dotyczące oznaczenia pacjenta, a także dotyczące szczepienia, informacji o podawanej szczepionce oraz podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych są udostępniane podmiotom wykonującym działalność leczniczą w celu realizacji ich zadań ustawowych lub statutowych lub zadań związanych z prowadzeniem działań dotyczących przeciwdziałania epidemii wywołanej zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

NFZ może udostępnić powyższe dane, dotyczące osoby poddanej obowiązkowej kwarantannie, osoby podlegającej izolacji lub izolacji w warunkach domowych, osoby, w stosunku do której podjęto decyzję o wykonaniu testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, albo osoby poddanej szczepieniu przeciwko COVID-19, świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej wybranemu przez tę osobę, w celu realizacji przez tego świadczeniodawcę ustawowych zadań oraz wydawania danej osobie zaświadczenia potwierdzającego odbycie izolacji lub izolacji w warunkach domowych, uzyskanie negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 lub zaszczepienie przeciwko COVID-19.

Obowiązku odbycia obowiązkowej kwarantanny nie stosuje się w przypadku przekraczania granicy RP przez osoby, którym wystawiono zaświadczenie o wykonaniu szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 szczepionką, która została dopuszczona do obrotu w Unii Europejskiej i upłynęło co najmniej 14 dni od wykonania tego szczepienia, a także przez dzieci do ukończenia 12. roku życia podróżujące pod opieką dorosłych, którzy przedstawili negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 wykonanego w odniesieniu do tych dorosłych, przed przekroczeniem granicy, w okresie 48 godzin, licząc od momentu wyniku testu, lub pod opieką dorosłych będących osobami zaszczepionymi przeciwko COVID-19.

16 czerwca 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 czerwca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1068.

Szczepieniami są objęte osoby, które najpóźniej w dniu przeprowadzenia szczepienia ukończyły 12. rok życia, nieszczepione lub niemające udokumentowanego zakońzonego szczepienia.

Rozporządzenie obowiązuje z mocą od 7 czerwca 2021 r.

18 czerwca 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1081.

Celem programu pilotażowego jest ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców od 40. roku życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych.

Okres realizacji programu pilotażowego obejmuje etap realizacji, który trwa od 1 lipca do 31 grudnia 2021 r. oraz etap ewaluacji, który trwa 3 miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji programu pilotażowego. Program pilotażowy obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych. Programem pilotażowym zostaną objęci świadczeniobiorcy od 40. roku życia.

Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego, szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców oraz warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

Świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy spośród podmiotów, które zawarły umowę o realizację programu pilotażowego, spełniające określone warunki organizacji i realizacji programu. Udział w programie nie wymaga skierowania lekarza. »



Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie skierowania w postaci elektronicznej wystawionego przez system teleinformatyczny.

Po udzieleniu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego realizator programu dokonuje zmiany informacji o statusie skierowania w powyższym systemie.

22 czerwca 2021 r. weszła w życie Ustawa z dnia 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w Dz. U. z 2021 r., poz. 1104.

Do 1 lipca 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez prezesa GUS, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem następujących warunków:

- sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy;
- podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów;
- jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia,
 - * kierownik podmiotu leczniczego,
 - * podmiot tworzący w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych i jednostek wojskowych,
- ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego zapewnia proporcjonalny dla każdej z grup zawodowych średni wzrost tego wynagrodzenia.

Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny oraz pracownikowi działalności podstawowej, innemu niż pracownik wykonujący zawód medyczny, zatrudnionym w niepełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy.

Od 2 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony powyżej, na 1 lipca 2021 r. **Załącznik do ustawy określa współczynniki pracy.**

W przypadku zmiany wymiaru czasu pracy, systemu czasu pracy lub rozkładu czasu pracy albo wymiaru równoważnika etatu lub liczby zadań realizowanych na podstawie umowy cywilnoprawnej albo zmiany zasad ustalania wysokości składników wynagrodzenia wynikającej z odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wysokość wynagrodzenia może ulec proporcjonalnej zmianie.

Porozumienie zawiera się w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w powyższym terminie, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala, w terminie 7 dni od dnia jego upływu, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia:

- kierownik podmiotu leczniczego,
- podmiot tworzący, w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych i jednostek wojskowych.

23 czerwca 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 czerwca 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. 1116.

Okres realizacji obowiązku odbycia kwarantanny przez osobę przekraczającą granicę RP, która rozpoczęła podróż z terytorium Republiki Indii, Republiki Południowej Afryki albo Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, ulega skróceniu w przypadku uzyskania przez tę osobę negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 wykonanego po przekroczeniu granicy RP w okresie nie wcześniejszym niż 7 dni, licząc od momentu jej przekroczenia. Obowiązek odbycia kwarantanny uznaje się za zrealizowany z chwilą wprowadzenia negatywnego wyniku testu przez medyczne laboratorium diagnostyczne wykonujące diagnostykę zakażenia wirusem SARS-CoV-2 do systemu teleinformatycznego.

Do odwołania świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej mogą być udzielane przez świadczeniodawców także w godzinach pracy określonych w umowach o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, jeżeli jest to spowodowane koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń POZ realizowanych na danym obszarze.

29 czerwca 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 czerwca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wzoru formularza skierowania do komisji lekarskiej stosowanego w służbie więziennej, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1056.

1 lipca 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1114.

Produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny wydaje się osobie posiadającej uprawnienie dodatkowe dotyczące tego produktu, środka lub wyrobu, zgodnie z posiadanym przez tę osobę uprawnieniem dodatkowym, po okazaniu dokumentów potwierdzających to uprawnienie, między innymi książki inwalidy wojennego (wojskowego), legitymacji osoby represjonowanej, zaświadczenia wydanego na wniosek osoby uprawnionej przez szefa Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych, legitymacji cywilnej niewidomej ofiary działań wojennych lub zaświadczenia o prawie do renty rodzinnej wydawanego przez właściwy organ emerytalno-rentowy, decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń w zakresie zaopatrzenia w leki o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium RP.

Recepta wystawiona w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym może być zrealizowana, jeżeli zawiera imię lub imiona i nazwisko pacjenta oraz jego adres, nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) albo nazwę handlową, postać, moc oraz ilość, datę wystawienia recepty, dane osoby wystawiającej receptę w formie nadruku albo pieczęci oraz własnoręczny podpis osoby wystawiającej receptę.

12 lipca 2021 r. wchodzi w życie Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 maja 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1053.

W celu dostosowania sposobu oceny zagrożenia pracowników w jednostkach organizacyjnych do jego spodziewanego poziomu, w zależności od wielkości zagrożenia, wprowadza się dwie kategorie pracowników:

- kategorię A obejmującą pracowników, którzy mogą być narażeni na dawkę skuteczną (efektywną) przekraczającą 6 m Sv w ciągu roku lub dawkę równoważną przekraczającą 15 m Sv rocznie dla soczewek oczu lub 150 m Sv rocznie dla skóry lub kończyn;
- kategorię B obejmującą pracowników, którzy nie zostali zaliczeni do kategorii A.

Rejestracja dawek indywidualnych otrzymywanych przez pracowników kategorii A jest dokonywana w rejestrze, który obejmuje następujące dane:

1. nazwisko, imiona, płeć, datę urodzenia pracownika oraz numer PESEL, a jeżeli go nie posiada – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pracownika;
2. informację o rodzaju pracy wykonywanej przez pracownika w okresie rejestracyjnym;
3. uzyskaną z centralnego rejestru dawek informację o dawce skutecznej (efektywnej) otrzymanej przez pracownika przed zatrudnieniem w warunkach narażenia w jednostce organizacyjnej, z wyodrębnieniem dawek otrzymanych w ostatnich 4 latach kalendarzowych;
4. wyniki pomiarów dozymetrycznych stanowiących podstawę oceny dawki skutecznej (efektywnej) w okresie rejestracyjnym wraz z informacją o stosowanych metodach pomiarowych oraz o podmiocie dokonującym pomiarów;
5. ocenę dawki skutecznej (efektywnej), w tym skutecznej dawki obciążającej, a także, w zależności od rodzaju pracy wykonywanej przez pracownika, dawek równoważnych dla soczewki oka, skóry oraz kończyn, otrzymanych przez pracownika w okresie rejestracyjnym, wraz z informacją o podstawie oceny;
6. informację o okolicznościach, w jakich powstało narażenie;
7. informację o działaniach, jakie podjęto w sytuacji narażenia przypadkowego, wyjątkowego oraz w szczególnych przypadkach określonych w ustawie;
8. informacje identyfikujące uprawnionego lekarza sprawującego nadzór medyczny nad pracownikiem.

Kierownik jednostki organizacyjnej przekazuje w terminie do 15 kwietnia roku następnego:

- uprawnionemu lekarzowi sprawującemu nadzór medyczny nad pracownikami kategorii A, dane zawarte w rejestrze;
- do centralnego rejestru dawek dane, o których mowa w pkt. 1, 2 i 5–8 – dotyczące roku kalendarzowego poprzedzającego przekazanie.

Jeżeli praca w warunkach narażenia ustala przed upływem roku kalendarzowego, przekazanie danych następuje niezwłocznie po ustaniu tej pracy.

Dane w rejestrze dawek indywidualnych oraz dokumenty stanowiące podstawę rejestracji przechowuje się do dnia osiągnięcia przez pracownika wieku 75 lat, jednak nie krócej niż przez okres 30 lat od dnia zakończenia przez niego pracy w warunkach narażenia w danej jednostce organizacyjnej.

Kierownicy jednostek organizacyjnych oraz prezes Agencji Atomistyki dostosują prowadzone przez nich odpowiednio rejestry dawek indywidualnych oraz centralny rejestr dawek do wymagań przewidzianych w rozporządzeniu w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia.

RECEPTY

1 stycznia 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept, opublikowane w Dz. U. z 2020 r., poz. 2424.

Dane zamieszczane na **receptie wystawianej w postaci papierowej** nanosi się na awersie recepty w sposób czytelny, trwały oraz niebudzący zastrzeżeń co do autentyczności recepty, w tym za pomocą nadruku.

Dane dotyczące podmiotu, w którym wystawiono receptę lub osoby, która wystawiła receptę **pro auctore** albo receptę **pro familiae** oraz dane dotyczące osoby wystawiającej receptę są nanoszone na receptę

w postaci papierowej przez osobę uprawnioną, w tym za pomocą nadruku lub pieczętki, w sposób uniemożliwiający usunięcie tak naniesionych danych bez uszkodzenia recepty.

Wymiary **recepty w postaci papierowej** nie mogą być mniejsze niż 200 mm długości i 90 mm szerokości. W przypadku **recepty w postaci papierowej**, na której przepisano:

- co najmniej jeden produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny, dla którego wydano decyzję o objęciu refundacją;
 - lek recepturowy podlegający refundacji;
 - produkt leczniczy o kategorii dostępności „Rpw” – wydawany z przepisu lekarza, zawierający środki odurzające lub substancje psychotropowe;
 - produkt leczniczy zawierający środek odurzający lub substancję psychotropową, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii
- unikalny numer identyfikujący taką receptę przydziela dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ.

Oddział wojewódzki NFZ, na wniosek osoby uprawnionej albo świadczeniodawcy, przydziela mu zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty w postaci papierowej.

Świadczeniodawca otrzymuje zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty, przydzielone dla wykonujących u niego zawód osób uprawnionych. Po uzyskaniu zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty w postaci papierowej osoba uprawniona albo świadczeniodawca zaopatruje się w druki recept w postaci papierowej we własnym zakresie.

Możliwy jest również wydruk recepty w trakcie jej wystawiania. Osoba uprawniona albo świadczeniodawca może złożyć do oddziału wojewódzkiego NFZ wniosek za pośrednictwem podmiotu zajmującego się drukiem recept.

Zakresy liczb mogą być również przydzielane przez oddział wojewódzki NFZ osobie uprawnionej albo świadczeniodawcy na podstawie przedstawionej przez świadczeniobiorcę karty ubezpieczenia zdrowotnego albo innego dokumentu elektronicznego potwierdzającego ubezpieczenie.

Wydruk recepty następuje u osoby uprawnionej albo u świadczeniodawcy. Unikalne numery identyfikujące recepty wystawiane w postaci elektronicznej są nadawane tym receptom przez podmioty uprawnione do wystawiania recept.

Na recepcie w postaci papierowej, na której przepisano:

- produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny podlegający refundacji;
 - produkt leczniczy, o którym mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii
- dane dotyczące podmiotu, w którym wystawiono receptę, dane dotyczące osoby wystawiającej receptę oraz dane dotyczące unikalnego numeru identyfikującego receptę są przedstawiane dodatkowo techniką służącą do ich automatycznego odczytu w postaci kodu kreskowego.

W przypadku osoby wystawiającej receptę na produkt leczniczy:

- kategorii dostępności „Rpw”,
 - zawierający środek odurzający, substancję psychotropową, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii
- w odniesieniu do której dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ nie wydaje zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty, **zakresy te wydaje wojewódzki inspektor farmaceutyczny właściwy ze względu na adres zamieszkania osoby wystawiającej receptę.**

Do 30 czerwca 2021 r. recepty mogą być realizowane na zasadach dotychczasowych. Dopuszcza się stosowanie druków recept zgodnych ze wzorem obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia i rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept, jednak **nie dłużej niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.** ■



JUBILEUSZOWY ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1970

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na obchody z okazji 50-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędą się 25 czerwca 2022 r. we Wrocławiu.

24 czerwca 2022 r. (piątek)

dla zainteresowanych – płatne dodatkowo 100 zł

godz. 19.00 Zwiedzanie z przewodnikiem
Afrykarium
ZOO Wrocław, ul. Wróblewskiego
1-5, 51-618 Wrocław
godz. 20.00 Kolacja w restauracji „Laguna
Bistro” (w budynku Afrykarium)

25 czerwca 2022 r. (sobota)

godz. 10.00 Msza święta (kościół Najświętszego
Imienia Jezus, pl. Uniwersytecki 1)
Część oficjalna – Uniwersytet
Wrocławski, Oratorium
Marianum/Aula Leopoldina
godz. 11.00 Śniadanie studenckie – Klub
Uniwersytetu Wrocławskiego
godz. 12.00 Otwarcie zjazdu
godz. 12.10 Wystąpienie chóru Medici
Cantantes Uniwersytetu
Medycznego
Przemówienie JM rektora UM
i uroczyste wręczenie dyplomów
Wykład okolicznościowy
Wspólne zdjęcie pamiątkowe
godz. 18.00 Uroczysta kolacja – Haston City
Hotel (sala Rolls Royce, parter)
ul. Irysowa 1-3, 51-117 Wrocław

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi:
sobota (część oficjalna + uroczysta kolacja) – 350 zł
osoba towarzysząca na uroczystej kolacji – 200 zł
część oficjalna (bez uroczystej kolacji) – 150 zł
Afrykarium (płatne dodatkowo) – 100 zł

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 47 1140 2004
0000 3302 7877 4363 (odbiorca: Henryk Lisiak) do
31.08.2021 r. z dopiskiem „Zjazd 1970”. Koleżan-
ki prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz
panieńskiego.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Haston
City Hotel po preferencyjnych cenach pod nu-
merem telefonu 71/322-50-00 lub 71/320-97-01
(prosimy o podanie hasła „rocznik 1970”). Płat-
ność za hotel indywidualna (nie jest wliczona
w cenę zjazdu).

Za Komitet Organizacyjny
Barbara Bruzewicz-Mikłaszewska, Henryk Lisiak

ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1981

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji
40-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Aka-
demii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie
się w dniach 17-19 września 2021 r. Miejs-
cem spotkania będzie hotel „Las” (58-573 Piechowice,
ul. Turystyczna 8).

Program zjazdu

17 września 2021 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w hotelu
godz. 18.00-24.00 Grill przy biesiadnej muzyce
18 września 2021 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie
godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie
grupowe przed hotelem
godz. 14.00 Obiad
godz. 19.00-2.00 Bankiet

19 września 2021 r. (niedziela)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

W sobotę o godz. 11.00 msza św. dla osób chęt-
nych w intencji lekarzy z naszego roku oraz wspo-
minanie tych, którzy odeszli na wieczny dyżur
(Rzymskokatolicka Parafia pw. św. Antoniego Pa-
dewskiego, ul. Kryształowa 40, Piechowice).

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od ab-
solwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 500 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590
0000 0001 3393 3014 do 31.07.2021 r. z dopiskiem
„Zjazd 1981”. Panie prosimy o podanie nazwiska
obecnego oraz panieńskiego.

Jeżeli z powodu pandemii nie będzie można zor-
ganizować zjazdu w planowanym terminie, to zo-
stanie on przeniesiony na przyszły rok. Dni i koszty
nie ulegną zmianie, a zgromadzone środki zostaną
zabezpieczone zgodnie z przeznaczeniem.

Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę
o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleża-
nek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.
UWAGA! W hotelu zapewnione jest bezpłatne
korzystanie z kortu tenisowego, basenu, jacuzzi,
sauny, jak również dostęp do bezprzewodowego
internetu oraz bezpłatny parking.

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

ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1985

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji 35-le-
cia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Me-
dycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach
10-12 września 2021 r. Miejs-
cem spotkania będzie
ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

10 września 2021 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 18.00-24.00 Grill przy biesiadnej muzyce

11 września 2021 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie
godz. 10.15 Msza św. – kościół
św. Anny w Zieleńcu,
czas wolny, spacer po Zieleńcu
godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie gru-
powe przed ośrodkiem
godz. 14.00 Obiad
godz. 15.00 Czas wspomnień, prezentacje
godz. 19.00-2.00 Bankiet

12 września 2021 r. (niedziela)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od ab-
solwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 500 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 22 1050 1908
1000 0097 2210 6052 (odbiorca Dorota Radziszew-
ska) do 31.07.2021 r. z dopiskiem „Zjazd 1985”.
Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego
oraz panieńskiego.

Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę
o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Koleża-
nek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani.

UWAGA! W ośrodku zapewnione jest bezpłatne
korzystanie z kompleksu basenowego, jacuzzi,
saun, urządzeń fitness, jak również dostęp do bez-
przewodowego internetu oraz bezpłatny parking.

Za Komitet Organizacyjny
Jacek Chodorski, Dorota Radziszewska,
Andrzej Stawarski

ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1995

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji
25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Aka-
demii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie
się w dniach 24-26 września 2021 r. Miejs-
cem spotkania będzie ośrodek Vital & SPA Resort Sza-
rotka w Zieleńcu.

Program zjazdu

24 września 2021 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 18.00-24.00 Grill przy biesiadnej muzyce

25 września 2021 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie
godz. 10.15 Msza św. – kościół św. Anny
w Zieleńcu, czas wolny,
spacer po Zieleńcu

godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie
grupowe przed ośrodkiem
godz. 14.00 Obiad, czas wolny

godz. 19.00-2.00 Bankiet

26 września 2021 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Opłata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od ab-
solwenta/osoby towarzyszącej:
piątek-niedziela z noclegami – 500 zł,
sobota-niedziela z noclegiem – 350 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 66 1090 2590
0000 0001 3393 3014 do 31.07.2021 r. z dopiskiem
„Zjazd 1995”. Panie prosimy o podanie nazwiska
obecnego oraz panieńskiego.

Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe –
proszę o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kole-
gów i Koleżanek, z którymi chcą być Państwo
zakwaterowani.

UWAGA! W ośrodku zapewnione jest bez-
płatne korzystanie z kompleksu basenowe-
go, jacuzzi, saun, urządzeń fitness, jak rów-
nież dostęp do bezprzewodowego internetu
oraz bezpłatny parking.

Za Komitet Organizacyjny
Radek Tarkowski

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 27 maja 2021 roku

NR 41a/2021

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 42-43/2021

w sprawie zwolnienia z obowiązków opłacania miesięcznej składki członkowskiej

NR 44/2021

w sprawie udziału lekarza w konsylium lekarskim

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na udział prof. Jurgena Konczalla, neurochirurga z Kliniki Neurologii Uniwersytetu Goethego we Frankfurcie nad Menem 6 lipca 2021 r. w kursie mikrocirurgii naczyń mózgowych „Rapid Vetriculor Pacing in Brain Aneurysm Surgery – blood flow regulation” i wykonanie zabiegu operacyjnego z zakresu neurochirurgii, którego potrzeba wynika z tego kursu w Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu na zaproszenie zastępcy ordynatora dr. n. med. Dariusza Szarka i dyrektora szpitala mgr inż. Katarzyny Kapuścińskiej.

NR 45/2021

w sprawie zmiany uchwały nr 66/2018 DRL z dnia 21 czerwca 2018 roku dot. składu Komisji Socjalnej i ds. Lekarzy Seniorów DRL zmienionej uchwałą nr 12/2020 DRL z dnia 23 stycznia 2020 r.

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu skreśla ze składu Komisji Socjalnej i ds. Lekarzy Seniorów DRL lek. dent. Mirosławę Dacko w związku ze śmiercią.

NR 47/2021

w sprawie powołania Zespołu ds. wyboru firmy świadczącej usługi gastronomiczne

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu powołuje Zespół ds. wyboru firmy świadczącej usługi gastronomiczne, w składzie: Knast Piotr, Jadach Ryszard, Niemiec Małgorzata, Kaniak Bożena, Świętkowska Iwona, Wojnar Andrzej, Jarosz Maria.

NR 48/2021

w sprawie wskazania przedstawiciela Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w Komisji Bioetycznej Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wskazuje przedstawiciela Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w Komisji Bioetycznej Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu w osobie prof. dr. hab. n. med. Andrzeja Gładysza.

NR 49/2021

w sprawie wskazania przedstawiciela Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w Radzie DOW NFZ we Wrocławiu

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wskazuje przedstawiciela Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, który będzie uczestniczył w charakterze obserwatora w posiedzeniach Rady Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ we Wrocławiu, w osobie lek. Ryszarda Jadacha.

NR 50/2021

w sprawie integracji urządzeń teleinformatycznych budynków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy ulicy Kazimierza Wielkiego 43 i 45 we Wrocławiu

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na przeznaczenie kwoty 4 102,60 zł + VAT na wykonanie modernizacji i rozbudowy urządzeń teleinformatycznych w ramach integracji budynków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy ulicy Kazimierza Wielkiego 43 i 45 we Wrocławiu.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 2 czerwca 2021 roku

NR 51/2021

w sprawie ustalenia liczebności rejonów wyborczych oraz liczby mandatów

§ 1

1. Rejon wyborczy obejmuje nie mniej niż 43 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 43 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 22 lekarzy oraz 2 delegatów na 65 lekarzy).

NR 52/2021

w sprawie uchylenia uchwały nr 23/2021 DRL z dnia 18 marca 2021 roku w sprawie ustalenia rejonów wyborczych, uchwały nr 41/2021 DRL z dnia 20 maja 2021 w sprawie ustalenia liczby mandatów w poszczególnych rejonach wyborczych DIL oraz liczby mandatów na Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu uchyla uchwałę nr 23/2021 DRL z dnia 18 marca 2021 roku w sprawie ustalenia rejonów wyborczych oraz uchwałę nr 41/2021 DRL z dnia 20 maja 2021 roku w sprawie ustalenia liczby mandatów w poszczególnych rejonach wyborczych DIL oraz liczby mandatów na Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 10 czerwca 2021 roku

NR 54/2021

w sprawie zmiany uchwały DRL 47/2021 dotyczącej powołania Zespołu ds. wyboru firmy świadczącej usługi gastronomiczne

§ 1

1. Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zmienia skład Zespołu ds. wyboru firmy świadczącej usługi gastronomiczne, w związku z rezygnacją dwóch członków zespołu, i ustala jego skład w następujący sposób: Knast Piotr, Niemiec Małgorzata, Świętkowska Iwona, Wojnar Andrzej, Jarosz Maria Danuta, Kozyra-Lukasiak Beata.

NR 55/2021

w sprawie systemu audio-video w restauracji na poziomie parteru i poziomie -1 w budynku DIL przy ulicy Kazimierza Wielkiego 43-45

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu przeznacza kwotę 16 671,00 zł netto + VAT na system instalacji audio-video w restauracji na poziomie parteru i poziomie -1 w budynku DIL przy ulicy Kazimierza Wielkiego 43-45 we Wrocławiu.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 11 czerwca 2021 roku

NR 56/2021

w sprawie ustalenia rejonów wyborczych DIL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu ustala rejon wyborczy stanowiące załącznik do niniejszej uchwały. Załącznik dostępny jest na stronie DIL.

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



**Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
oraz**

**Oddział Wrocław Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego
zapraszają na konferencję online**

WEBINARIUM: „ZARZĄDZANIE GABINETEM STOMATOLOGICZNYM” CZĘŚĆ II

**która odbędzie się 25 września 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 ekon. Magdalena Szumska,
mgr inż. Marcin Szumski

Program konferencji

- godz. 10.00-10.10 Otwarcie konferencji
godz. 10.10-11.00 *Praktyczne spojrzenie na komunikację
Dziecko i rodzice w gabinecie prywatnym*
mgr inż. Marcin Szumski
godz. 11.00-12.00 *Praktyczne spojrzenie na ekonomię
Sukcesja w gabinecie – jak się przygotować?
Jak przeprowadzić mariaż pokoleń w gabinecie
stomatologicznym? Likwidacja kosztów +
potrzebne inwestycje*
dr n. ekon. Magdalena Szumska
godz. 12.00-13.00 *Praktyczne spojrzenie na marketing
Marketing relacji: ile widać? Jak to zrobić etycznie?
Co działa, a co nie działa?*
dr n. ekon. Magdalena Szumska
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 oraz Komisja Stomatologiczna
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej wraz z firmą Pozytron
– Radiologia Medyczna zapraszają na kurs radiologiczny
z zakresu:**

„OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA”

**online
dla lekarzy i lekarzy dentystów**

11 września 2021 r. (sobota), godz. 10.00 – online

Link do formularz rejestracyjny: <https://pozytron.clickmeeting.com/orp-online-11-wrzesien-2021-r-szkolenie-i-egzamin-ochrona-radiologiczna-pacjenta/register>

24 września 2021 r. (piątek), godz. 18.00 – online

Link do formularz rejestracyjny: <https://pozytron.clickmeeting.com/orp-online-24-wrzesien-2021-r-szkolenie-i-egzamin-ochrona-radiologiczna-pacjenta/register>

6 listopada 2021 r. (sobota), godz. 10.00 – online

Link do formularz rejestracyjny: <https://pozytron.clickmeeting.com/orp-online-6-listopad-2021-r-szkolenie-i-egzamin-ochrona-radiologiczna-pacjenta/register>

18 listopada 2021 r. (czwartek), godz. 18.00 – online

Link do formularz rejestracyjny: <https://pozytron.clickmeeting.com/orp-online-18-listopad-2021-r-szkolenie-i-egzamin-ochrona-radiologiczna-pacjenta/register>

Kurs przeznaczony jest dla wszystkich osób wykonujących badania i zabiegi lecznicze z wykorzystaniem promieniowania jonizującego LST, LR, LMN, LRZ, LIX, FT, PMN, LRT.

Szkolenie zostanie przeprowadzone zgodnie z programem określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2020 r. Ramowy program szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta określa załącznik nr 1 do ww. rozporządzenia.

Koszt szkolenia dla członków DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ:
materiały szkoleniowe + repetytorium* + koszt egzaminu = **390 zł**

DRL członkom DIL pokrywa koszt w wysokości 140 zł,
natomiast **członek DIL opłaca indywidualnie koszt
w wysokości 250 zł.**

Faktura za uczestnictwo w szkoleniu i egzaminie zostanie wystawiona po odbyciu szkolenia i przesłana na adres e-mail.

Koszt szkolenia dla osób niebędących członkami DIL:
350 zł mat. szkoleniowe + repetytorium* + **140 zł** koszt egzaminu
= **490 zł**

* W dniu szkolenia i egzaminu odbędą się dwugodzinne warsztaty podsumowujące.

Szkolenie **online** ma formę webinaru przygotowującego do egzaminu **online**. Szkolenie będzie zakończone egzaminem wewnętrznym online.

Szkolenie jest prowadzone drogą internetową w formie szkolenia na odległość, zgodnie z programem określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2020 r. w sprawie szkoleń z dziedziny ochrony radiologicznej pacjenta (Dz.U.2020, poz. 390).

Zgodnie z art. 33n ust. 8 Ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe osoby egzaminujące posiadają wyższe wykształcenie, wiedzę i doświadczenie zawodowe, zgodne z zakresem prowadzonych szkoleń, w szczególności w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, jak również stosuje jednolity system organizacji szkolenia i egzaminu. Po ukończeniu szkolenia uczestnik otrzyma zaświadczenie i uzyska 7 punktów edukacyjnych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. Po zdaniu egzaminu uczestnicy otrzymają certyfikat potwierdzający zdanie egzaminu równoważne z przyznaniem 20 punktów szkoleniowych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2020 r. Uczestnicy otrzymają zaświadczenie oraz certyfikat drogą kurierską.

**Dla członków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej ilość miejsc
dofinansowanych przez DRL wynosi 100.**

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu
proszone są o rejestrację na stronie:** <https://www.pozytron.pl/lista-szkolen/5-ochrona-radiologiczna-pacjenta>

W przypadku pytań proszę o kontakt telefoniczny lub mailowy:
DZIAŁ SZKOLEŃ:

tel.: + 48 505 440 173 lub +48 502 268 684

e-mail: szkolenia@pozytron.pl

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

WEBINARIUM: „WYPALENIE ZAWODOWE – NA CZYM POLEGA I JAK MU PRZECIWDZIAŁAĆ?”

który odbędzie się w następujących terminach:
11 września 2021 r. (sobota) w godz. 9.00-12.00,
16 października 2021 r. (sobota) w godz. 9.00-12.00,
20 listopada 2021 r. (sobota) w godz. 9.00-12.00,
4 grudnia 2021 r. (sobota) w 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

Pandemia COVID-19 zmieniła życie każdego z nas. Stałe poczucie zagrożenia i niepewności, praca ponad siły i utrudnienia dnia codziennego (maseczki, kombinezony, dystans społeczny...) odciskają na nas swoje piętno. Nieuchronną konsekwencją przedłużającej się pandemii będzie dla wielu wypalenie zawodowe, nazywane też syndromem wyczerpania. To reakcja organizmu na długotrwały stres wynikający z pełnionych obowiązków zawodowych. Dotyczy głównie zawodów, w których występuje częsty i bliski kontakt z innymi ludźmi: lekarze, pielęgniarki, pracownicy służb ratowniczych, hospicjów, pracownicy socjalni, terapeuci, nauczyciele. Wypalenie zawodowe

niesie ze sobą szereg konsekwencji natury psychicznej i fizycznej. Ma wpływ na jakość kontaktów społecznych, wyniki w pracy, a nawet poczucie sensu życia. Aby po pandemii COVID-19 nie zawiłała do nas pandemia wypalenia zawodowego, warto temu zagadnieniu przyjrzeć się bliżej. Jeżeli czujesz się permanentnie zmęczony, praca nie dostarcza Ci satysfakcji, masz poczucie stagnacji zawodowej, a może doświadczasz uczucia pustki, obniżenia nastroju lub zadajesz sobie pytanie, czy powinieneś dalej wykonywać ten zawód – to sygnał, że szkolenie jest dla Ciebie.

Zagadnienia:

- wypalenie zawodowe – koncepcje, definicje, rodzaje,
- indywidualne, interpersonalne i organizacyjne uwarunkowania występowania wypalenia zawodowego,
- objawy i konsekwencje wypalenia zawodowego,
- metody przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu,
- zespół stresu pourazowego (PTSD) – przyczyny, objawy, związki z wypaleniem zawodowym,
- metody radzenia sobie ze stresem i negatywnymi emocjami związanymi z wykonywaną pracą,
- sposoby uzyskiwania równowagi pomiędzy pracą a życiem prywatnym – work-life balance

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w szkoleniu proszone są o zapisy wyłącznie drogą elektroniczną na adres: komisjaksztalcenia@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: „ASERTYWNOŚĆ W PRACY LEKARZA. JAK STAWIAĆ GRANICE PACJENTOM ORAZ WSPÓŁPRACOWNIKOM?”

który odbędzie się w następujących terminach:
4 września 2021 r. (sobota) w godz. 11.00-15.00,
23 października 2021 r. (sobota) w godz. 11.00-15.00,
27 listopada 2021 r. (sobota) w godz. 11.00-15.00,
11 grudnia 2021 r. (sobota) w godz. 11.00-15.00.

Wykładowca

mgr Anna Masternak,
psycholog, trener komunikacji

Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.

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

Uczestnikowi kursu przysługują 4 punkty edukacyjne.

Zagadnienia

1. Dlaczego trudno nam czasem być asertywnym?
2. Kiedy i dlaczego moja asertywność może być trudna do przyję-

cia dla drugiej osoby?

3. Dlaczego stawianie granic jest tak ważne dla naszego zdrowia psychicznego?
4. Jak możemy stawiać granice nie krzywdząc innych?
5. Jakie konsekwencje dla relacji z pacjentem niesie uległa postawa lekarza?
6. Które z „dziecięcych emocji” oddalają nas od bycia asertywnymi dorosłymi? Jak możemy je samodzielnie „przepracować”?
7. Kiedy i dlaczego ludzie manipulują? Jak możemy skutecznie obronić się przed próbą wymuszenia czegoś na nas?
8. Jak w sposób asertywny radzić sobie z różnicą zdań w rozmowach z innymi ludźmi?
9. Jak bronić swoich postaw, wartości i interesów w pracy w sposób asertywny?

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: komisjaksztalcenia@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**

pt. „STANY NAGŁE W GABINECIE LEKARSKIM – POSTĘPOWANIE PRAKTYCZNE”

który odbędzie się w następujących terminach:

**25 września 2021 r. (sobota),
2 października 2021 r. (sobota),
9 października 2021 r. (sobota),
16 października 2021 r. (sobota),
6 listopada 2021 r. (sobota),
20 listopada 2021 r. (sobota),
4 grudnia 2021 r. (sobota),
11 grudnia 2021 r. (sobota)**

**w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
we Wrocławiu
przy al. Matejki 6 w godz. 9.00-15.00.**

**Czas trwania kursu – 6 godzin, w tym 4 godziny
zajęć praktycznych.**

Uczestnikowi kursu przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Kierownik naukowy kursu

dr hab. Jacek Smereka, prof. nadzw.

Wykładowcy:

dr hab. Jacek Smereka, prof. nadzw.,
lek. Marek Brodzki

Program kursu

CZĘŚĆ SEMINARYJNA

1. Podstawy patofizjologii stanów zagrożenia życia u pacjentów w gabinecie lekarskim. Typowe stany nagłych zagrożeń życia u pacjentów w gabinecie lekarskim.
2. Podstawowe czynności resuscytacyjne (BLS) – ocena pacjenta, udrożnienie dróg oddechowych, sztuczne oddychanie, podtrzymanie funkcji układu krążenia.
3. Aktualne wytyczne resuscytacji krążeniowo-oddechowej Europejskiej Rady Resuscytacji – zmiany w wytycznych, czynniki wpływające w istotnym stopniu na skuteczność działań resuscytacyjnych.

4. Przyczyny, rozpoznanie, zapobieganie i postępowanie w typowych stanach nagłych zagrożeń w gabinecie lekarskim: omdlenie wazowagalne, niedociśnienie ortostatyczne, zaburzenia oddechowe, hiperglikemia, napad padaczkowy, anafilaksja, toksyczne działanie leków miejscowo znieczulających.
5. Farmakologia leków stosowanych w stanach nagłych zagrożeń w gabinecie lekarskim – skład i praktyczne zastosowanie leków z zestawu przeciwwstrząsowego.
6. Podstawowe zabiegi ratujące życie – usuwanie ciała obcego z dróg oddechowych, wprowadzanie rurki ustno-gardłowej, wentylacja workiem AMBU, konikotomia.
7. Zasady tlenoterapii – sprzęt, wskazania, metody.

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

1. Podstawowe czynności resuscytacyjne – ocena pacjenta, układanie w odpowiednich pozycjach, ocena układu krążenia i oddechowego, udrażnianie dróg oddechowych, pośredni masaż serca.
2. Ćwiczenia praktyczne na fantomach – resuscytacja krążeniowo-oddechowa (resuscytacja osoby dorosłej).
3. Ćwiczenia praktyczne na fantomach – resuscytacja krążeniowo-oddechowa (resuscytacja dziecka).
4. Prawdłowo prowadzony pośredni masaż serca – ćwiczenia i ocena na fantomie z pomiarem jakości resuscytacji.
5. Defibrylacja zautomatyzowana (AED) – ćwiczenia praktyczne na fantomie z użyciem defibrylatora.
6. Udrażnianie i zabezpieczanie dróg oddechowych – wentylacja workiem samorozprężalnym, zakładanie rurki ustno-gardłowej, maski krtaniowej i I-gel.
7. Postępowanie w przypadku całkowitej niedrożności dróg oddechowych – konikotomia, ćwiczenia na fantomie.
8. Leki z zestawu przeciwwstrząsowego – przygotowanie i podawanie leków, tlenoterapia.
9. Drogi podawania leków – podskórna, domięśniowa, dożylna.
10. Zakładanie dostępu dożylnego (wenflonu) – ćwiczenia na fantomie.

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w warsztatach
proszone są WYŁĄCZNIE O PISEMNE**

zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL:

e-mail: komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl

**O uczestnictwie decyduje kolejność zgłoszeń. Maksymalna
liczba uczestników w jednym terminie – 18 osób.**



**Centrum Medyczne Ginemedia zaprasza do udziału w kursie USG „Echo serca płodu”
szkolenie dla praktyków**

1-2.10.2021 r. – kurs podstawowy

Kierownik kursu dr hab. n. med. Agata Włoch

Część teoretyczna: hotel Hilton Double Tree, Wrocław

Część praktyczna: Centrum Medyczne Ginemedia

Koszt kursu: 1400 zł (900 zł lekarze w trakcie specjalizacji)

6-9.11.2021 r. – kurs zaawansowany

Kierownik kursu dr hab. n. med. Agata Włoch

Malaga, Hiszpania

Koszt kursu: 2500 zł (1400 zł lekarze w trakcie specjalizacji)

Więcej informacji: www.szkolenia-usg.pl



PLAN KURSU SPECJALIZACYJNEGO „PRAWO MEDYCZNE”, online (dwa terminy)

11 października (poniedziałek) 2021 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, obowiązki 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 Patrzałek	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 (środa) 2021 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	Stwierdzenie zgonu i ustalanie przyczyny zgonu
14.00-15.30	dr hab. n. prawnych Agata Wnukiewicz-Kozłowska	Test i zaliczenie kursu

Rekrutacja na kurs: lekarze posiadający EKS zgłaszają się poprzez SMK, pozostali przez profil na stronie Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (cmkp.edu.pl).

**Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zapraszają na kurs medyczny, który odbędzie się
11 września 2021 r. (sobota) w godz. 9.00-11.30
w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.**

„R2C – CZYLI OD KORZENIA DO KORONY. KOMPLEKSOWA ODBUDOWA ZĘBÓW LECZONYCH ENDODONTYCZNIE”

Kierownik naukowy kursu, wykładowca
dr n. med. Tomasz Olek

Uczestnikowi kursu przysługują 2 punkty edukacyjne.

Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.
Kurs ma charakter ogólnodostępny dla bliżej
nieokreślonej liczby uczestników,
ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi.

Program kursu

godz. 9.00-10.00	Wykład
godz. 10.00-10.15	Przerwa
godz. 10.15-11.00	Wykład
godz. 11.00-11.30	Dyskusja i zakończenie kursu

Zagadnienia:

1. Diagnostyka jako podstawa planowania leczenia
2. Mechaniczne opracowanie kanałów
3. Obturacja kanałów korzeniowych
4. Ostateczna odbudowa części koronowej jako integralny element leczenia endodontycznego
5. Prezentacja przypadków klinicznych

**Osoby zainteresowane wzięciem udziału w kursie proszone są
o wstępne zgłoszenie zamiaru uczestnictwa,
które nie ma charakteru wiążącego.**

**Zgłoszenia pisemne należy kierować do Komisji Kształcenia DRL:
komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl
lub telefoniczne pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.**

LEKARZ NEUROLOG

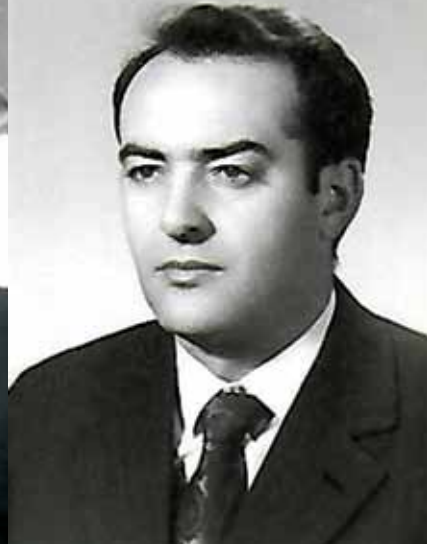


ur. 19.08.1937, zm. 3.05.2021



Barbara i Janusz Totowie w towarzystwie Zofii Krzysztoń

LEKARZ NEUROCHIRURG



ur. 31.05.1935, zm. 8.06.1985

Śp. dr Barbara Grendus-Tota Śp. dr Janusz Tota

Doktor Basia była wspaniałym człowiekiem, nie tylko leczyła, ale przywracała także spokój, dodawała otuchy, przy niej pacjent czuł się bezpiecznie. Zawsze miała dla nas czas, nie zbywała chorego. Tak bardzo będzie nam jej brakować. To tylko niektóre głosy, wypowiedziane przez pacjentów podczas ostatniej drogi i pożegnania dr Barbary Grendus-Toty na wrocławskiej nekropolii przy ul. Grabiszyńskiej. Pomimo pandemii i związanych z nią ograniczeń wiele osób żegnało oddanego lekarza, starszą koleżankę, przyjaciółkę, wreszcie osobę najbliższą – mamę i babcię.

Barbara Grendus-Tota przyszła na świat we Lwowie w roku 1937 roku. Po maturze zdanej w liceum w Nysie rozpoczęła studia na Akademii Medycznej we Wrocławiu, które ukończyła w 1962 roku. Jej drogą zawodową była neurologia, w latach 1968 i 1974 zdała kolejno pierwszy i drugi stopień specjalizacji pod naukową opieką doc. Zofii Krzysztoń. Przez 40 lat była związana z Oddziałem Neurologii Szpitala Specjalistycznego im. Tadeusza Marciniaka. Od roku 1987 do przejścia na emeryturę w 2002 roku była zastępcą ordynatora tego oddziału.

W wspomnieniach koleżanek i kolegów, uczniów i uczennic pozostanie jako osoba ciepła, oddana pacjentowi, zawsze służąca swoim ogromnym doświadczeniem. „Potrafiła dzielić się sobą. Kiedy rozpoczynałyśmy samodzielne dyżury i pełne obaw schodziłyśmy do izby przyjęć, starała się być przy nas, nie trzeba było Jej o to prosić. Czytała to w naszych oczach” – wspominają młodsze koleżanki.

Poza pracą na oddziale aktywnie uczestniczyła w życiu społeczności lekarskiej naszego miasta. Była rzeczniczką Okręgowej Komisji Kontroli Zawodowej. Umiejętności rozjemcze i wyjątkowo pogodny charakter wykorzystywała jako członkini Okręgowego Sądu Lekarskiego DIL we Wrocławiu. Po przejściu na emeryturę pozostała bardzo aktywna zawodowo. Konsultowała pacjentów w Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc oraz nieistniejącym już dzisiaj Szpitalu Kolejowym.

Zmarła 3 maja 2021 roku, spoczęła obok męża dr. Janusza Toty, lekarza neurochirurga, który odszedł przed prawie 40 laty.

Doktor Janusz Tota także pochodził ze Lwowa. Po ukończeniu studiów na Akademii Medycznej we Wrocławiu w 1963 roku zajął się epidemiologią w Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej we Wrocławiu. Był to trudny rok epidemii ospy prawdziwej. Powojenna wrocławska neurochirurgia nie rozwijała się tak jak inne specjalizacje lekarskie. Ciągłość działalności

uniemożliwiali braki kadrowe. Miasto i uczelnia przez wiele lat nie posiadały oddziału neurochirurgii z prawdziwego zdarzenia. Sytuacja uległa zmianie, kiedy prof. Rudolf Arendt powierzył kierownictwo oddziału, a potem Katedry i Kliniki Neurochirurgii dr. Jerzemu Wrońskiemu. Ten zaś na swojego zastępcę wybrał dr. Janusza Totę, który funkcję tę pełnił do momentu przedwczesnej śmierci w 1985 roku.

Doktor Tota poza obowiązkami wynikającymi z pracy w klinice, dużą liczbą dyżurów, opieką nad specjalizantami wiele czasu poświęcał na rzecz pracy organizacyjnej. W latach 1977–1985 pełnił funkcję konsultanta wojewódzkiego ds. neurochirurgii dla województw dolnośląskiego i opolskiego.

Aktywność nauką dr. Janusza Toty oddają liczne publikacje oraz organizacja wielu konferencji naukowych Polskiego Towarzystwa Neurochirurgii, którego członkiem pozostał do końca. Zmarł nagle w czerwcu 1985 roku.

PS: Barbara i Janusz Totowie zostali uhonorowani licznymi odznaczeniami, akademickimi i państwowymi. Mają córką Katarzynę, która poszła w ich ślady. Jest lekarzem – specjalistą neurologiem.

Dziękuję koleżankom i kolegom z DSS im. T. Marciniaka, którzy zechcieli podzielić się ze mną swoimi wspomnieniami: dr E. Buczkowskiej, dr H. Korczowskiej oraz córce Państwa Totów – dr Katarzynie Koncewicz.

Dariusz Lewera,
Polskie Towarzystwo Historii
Nauk Medycznych

Pani neurolog

Wiesławie Domaradzkiej

wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

Męża

składają
koleżanki i koledzy z 3 LO we Wrocławiu

Naszej Drogiej Koleżance

doktor Jolancie Szymańskiej

wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składają
koleżanki i koledzy z Oddziału Neonatologicznego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy

„Bliscy, których kochamy, zostają w pamięci na zawsze”.

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy z powodu śmierci

Taty

dla

doktora Pawła Hajdamowicza

składa
personel NZOZ REMEDIS Wrocław

Wyrazy współczucia
dla Pani

Beaty Znamirowskiej

z powodu śmierci

Ojca

składają
przyjaciele z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Szpitala RCZ w Lubinie

„Trudno jest powiedzieć – żegnaj na zawsze komuś najbliższemu”.

20 czerwca 2021 roku zmarła

lek. Iwona Tomczyk

o czym zawiadamiają pogrążeni w smutku
Mama, Synowie z Rodzinami oraz bliscy Jej sercu

„Można odejść na zawsze, by stale być blisko”.

Naszej Drogiej

dr Reginie Pasak

wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

Córki

lekarza pediatry

Iwony Tomczyk

składają
lekarze z Delegatury DIL w Wałbrzychu

Wyrazy głębokiego współczucia

dr. Mirosławowi Słowikowi

z powodu śmierci

Mamy

składają
koleżanki i koledzy z Kliniki Okulistyki Uniwersyteckiego Szpitala
Klinicznego we Wrocławiu oraz Dolnośląskiego Oddziału PTO

Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiamy,
że 3 maja 2021 roku odeszła od nas

Barbara Grendus-Tota

ukochana Mama i Babcia, wspaniała lekarz neurolog,
szanowany przez pacjentów specjalista.

Cześć Jej pamięci!

Córka i Wnuki

Wyrazy najszczerzego współczucia

doktor med. stom. Annie Dadun-Sęk

i Rodzinie

z powodu straty

Męża i Ojca

śp. Jana Sęka

składają
wychowankowie, uczniowie i absolwenci kilkudziesięciu roczników
wrocławskiej uniwersyteckiej stomatologii
oraz członkowie i przewodnicząca Komisji Historycznej DRL
Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci

dr n. med. Stefanii Michowicz,

która całe życie zawodowe poświęciła pediatrii
i chorobom zakaźnym.

Wyrazy głębokiego współczucia Rodzinie
składają członkowie Dolnośląskiego Oddziału PTEiLChZ

„Śmierć jest pomocą i uspokojeniem.

Dla wielkich bólów jedynym schronieniem”.

Po ciężkich cierpieniach odeszła od nas
nasza Koleżanka
lekarz pediatra

Iwona Tomczyk

która

całe życie zawodowe poświęciła leczeniu dzieci ziemi wałbrzyskiej.

Mamie

dr Reginie Pasak,

Synom

**doktorom Tomaszowi i Michałowi
Tomczykom**

z Rodzinami i wszystkim bliskim Jej sercu
wyrazy współczucia
składają
koleżanki i koledzy z Delegatury DIL w Wałbrzychu

Medyczny prekariusz, czyli praca w nowym ładzie

Tekst Marcin Lewicki

16 czerwca 2021 r. ogłoszono plan łagodzenia obostrzeń w związku z hamowaniem kolejnej fali pandemii. Do upadłego można na powrót trenować w siłowniach. W kinach, teatrach i na koncertach da się już nie tylko nakarmić ducha, ale także coś zjeść, a nawet i wypić. W świątyniach nadal obowiązuje co prawda limit 50% obłożenia, jednak nie dotyczy on osób w pełni zaszczepionych, a jak wiadomo, „kapłan ma czyste ręce, więc zakażenie w kościele nikomu nie grozi”. Poza tym kto by tam sprawdzał paszporty covidowe na wejściu do każdej kaplicy...

Niektórzy, a wśród tych osób możemy znaleźć ministra Niedzielskiego, optymistycznie twierdzą, że po zaszczepieniu odpowiedniej liczby obywateli SARS-CoV-2 przestanie być w Polsce groźną chorobą, a stanie się nowym sezonowym odpowiednikiem grypy. Pojawiają się kolejne rewelacje o pochodzeniu COVID-19 – teraz media rozgrzewa teoria o laboratoryjnym pochodzeniu wirusa, a nie jak początkowo podawano – odzwierzęcym, jak to było w przypadku poprzednich epidemii koronawirusowych. Jak łatwo się domyślić, niestabilność w utrzymywaniu już podjętych decyzji (co w ciągu 1,5 roku trwania pandemii dobitnie pokazali zarówno premier Morawiecki, jak i minister Niedzielski – zmienność okazała się być zadziwiająco stała i dało się do niej po czasie przyzwyczaić) nie działa uspokajająco na społeczeństwo. Stopień przewidywalności zdarzeń w danej gospodarce można traktować jako predyktor jej rozwoju – im państwo słabiej rozwinięte, tym większe zakusy polityków na centralne sterowanie i częste zmiany przepisów. W gospodarkach bardziej dojrzałych więcej narzędzi oddaje się w ręce obywateli. Miernikiem dojrzałości społeczeństwa jest także sposób traktowania pracowników przez pracodawców. Ostatnia pandemia dobitnie pokazała, jak bardzo rozwiniętą gospodarką jest Polska.

Jak podaje Słownik Języka Polskiego, praca definiowana jest jako: „1. świadoma, celowa działalność człowieka służąca zaspokajaniu potrzeb lub polegająca na wytwarzaniu dóbr, wykonywaniu czynności za wynagrodzenie; 2. dzieło, wytwór takiej działalności; 3. posada, zatrudnienie, a także: miejsce, instytucja, w której się pracuje” [1].

Ustawa Kodeks pracy z dn. 26.06.1974 r. (z późniejszymi zmianami, wersja z 2020 r.) określa w jasny sposób prawa i obowiązki pracodawcy i pracownika. Ustawodawca w artykule 22 wymienionego aktu prawnego definiuje sposób nawiązania stosunku pracy – jest to zobowiązanie pracownika do wykonywania pracy na rzecz i pod kierownictwem pracodawcy, natomiast pracodawca zobowiązuje się do wypłaty ustalonego wynagrodzenia. Należy tu zwrócić uwagę na fakt, że ustawodawca umową o pracę określa każdy sposób zarobkowania, o ile spełnia cechy umowy o pracę niezależnie od nazwy zawartej umowy. Tak, drodzy Czytelnicy, pracujemy w większości na przekór prawu pracy. Jak można nazwać „umowę cywilnoprawną”, w której ustalamy codzienny harmonogram pracy, często mamy 26 dni (bezpłatnego lub płatnego) urlopu? Od klasycznego stosunku pracy różni się to podziałem odpowiedzialności przy popełnionym „błędzie”, wysokością składki na ZUS i czasem wysokością wynagrodzenia.

► LEK. MARCIN LEWICKI

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

Fot. Patryk Gryniiewicz



Pamiętam swoją pierwszą pracę (podobnie jak większa część lekarzy jestem kolekcjonerem umów, ta leży głęboko schowana – nie zniszczyłem jej ku pamięci, a potomnym ku przestrodze). Mój pierwszy patopracodawca zatrudnił mnie na klasycznej, umiarkowanej dobrze płatnej śmieciówce – 40 zł/godz. pracy brutto. Przy założeniu, że będę przyjmować 5 pacjentów w ciągu godziny. Po prostym przekształceniu mamy oszałamiającą stawkę 8 zł brutto za przyjętego w 12 minut pacjenta. Bywały dni, w których niemal dopłacałem, by móc pracować. W miejscu tym obrót lekarzy był okrutny – pacjenci nie nadążali przyzwyczaić się do swojego lekarza, bo co chwila ktoś odchodził i jego miejsce zajmowała nowa twarz. Tym bardziej było to dla pacjentów uciążliwe, że populacja w wieku mocno poprodukcyjnym. Przepracowałem tam 8 miesięcy.

Rozumiem tego pracodawcę i, pewnie nieświadome, wykorzystywanie swojej pozycji przy negocjacji umowy, podczas rozmów o zbyt dużej liczbie zlecanych badań. Prawdopodobnie pracodawca ów traktował to jako odpracowywanie kredytu udzielonego pracownikowi – dając ci, młody człowieku, wpis w CV, musisz swoje odrobić. Rozumiem, co nie znaczy, że pochwalam.

W międzyczasie podjąłem pracę o charakterze lekarza dyżurnego u innego patopracodawcy w jednej z mniejszych dolnośląskich miejscowości. Stawka godzinowa nie powalała na kolana, bo za dyżury w tygodniu wynosiła 18,75 zł brutto, w dni wolne natomiast 23 zł brutto. Dla przypomnienia, minimalna płaca godzinowa wynosiła wtedy około 10,94 zł brutto. Rozumiem pracodawcę, bo nie była to ciężka praca, po szybkim obchodzie i kilku – kilkunastu interwencjach w zasadzie był spokój i można się było oddawać samokształceniu. Pracodawca zdawał sobie z tego sprawę i bardzo tanio kupował wiedzę i umiejętności sporej grupy lekarzy. Każda próba rozmów o podniesieniu tej stawki kończyła się uderzaniem w solidarnościowe nuty – fundusz płaci mało, nie możemy wam podnieść stawek, nikomu nie podnosimy – musicie zrozumieć.

Raz zdarzyła się podwyżka – pielęgniarki dostały podwyżkę – pracodawca zwołał specjalne zebranie, by poinformować o tym głównie zainteresowane. Na zebraniu obwieścił z pompą wysokość podwyżki – 10 zł brutto. Jak pewnie się Państwo domyślają, w obu wymienionych miejscach byłem zatrudniony w ramach umowy cywilnoprawnej bez prawa do ZLA z zachowaniem prawa do całkowicie bezpłatnego urlopu.

W Polsce panuje rynek pracownika. Tak przynajmniej utrzymuje Olech Bestrzyński, jeden z bohaterów reportażu Olgi Gitkiewicz, swego czasu dyrektor HR rodzimego giganta AGD – Amica. Wszak pracownik zawsze może zmienić miejsce pracy, gdy warunki przestają mu odpowiadać. We Wronkach oprócz Amiki funkcjonuje kilka dużych zakładów pracy, poza Amiką liczy się Samsung. Pracownik rezygnując ze słabych warunków w Amice zawsze może przejść na kiepskie w Samsungu [2]. Albo odwrotnie. Dość dobrze oddaje to (lub przynajmniej oddawało) warunki pracy w polskim systemie ochrony zdrowia. Wszyscy płacą równie słabo, wszędzie jest niedobór kadr, a co za tym idzie przeciążenie pracą. Bo jeśli ktoś raz pokaże, że teoretycznie jeden człowiek da radę wykonać pracę 2 ludzi, to pracodawca uzna, że tak po prostu musi być.

Rewelację ostatnich miesięcy przyniosły tzw. dodatki covidowe. Pokazały, że można w Polsce zarabiać tyle, ile środowisko lekarskie postuluje od dawna (OZZL ustami doktora Bukiela niezmiennie woła o przynajmniej 3 średnie krajowe dla lekarza specjalisty pracującego na etacie). Najciekawsze okazały się zwyczajowo akrobacje dyrektorów dążących do tego, by dodatków nie wypłacać lub wypłacać niezbędne minimum. Popularne stały się kombinezonominuty – czyli ilość minut przepracowanych na „brudnej” strefie, za który był wypłacany dodatek, uznaniowo określany kontakt z pacjentem chorym (kontakt incydentalny nie dawał prawa do dodatku, jedynie ciągła praca uprawniała do jego pobrania). O dodatkach piszę w czasie przeszłym, ponieważ zostały one niedawno znacząco ograniczone – jedynie szpitale II stopnia referencyjności utrzymały do nich prawo. Jednym słowem – COVID-19 nie istnieje, wróciliśmy do punktu wyjścia.

15 maja rząd PIS ogłosił założenia Polskiego Ładu, czyli polityki wyjścia z zapaści i próby zabezpieczenia się przed nową. Wprowadza on kilka na pierwszy rzut oka ciekawych rozwiązań, m. in. zwiększenie kwoty wolnej od podatku, przesunięcie progów w skali progresywnej, zmiana podatku ryczałtowego. W celu zrozumienia tych konkretnych zmian zachęcam do spotkań ze swoimi księgowymi. Teraz skupię się na zdrowiu, „bo ono jest najważniejsze”.

Polski Ład zakłada zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia do 7% PKB w ciągu 6 lat. Autorzy zapomnieli (zakładam, że nie jest to celowe działanie) dodać informację o relacji, do którego roku te 7% ma się odnosić. Obecnie jest to PKB sprzed 2 lat i tylko dzięki tej „pomyłce” ekono-

”

Praca w polskim systemie ochrony zdrowia jest zajęciem szczególnie trudnym od zawsze i nie zapowiada się, by Polski Ład miał coś w tej kwestii zmienić. Dwudziestoczerogodzinne dyżury, które miały być w założeniu sytuacją wyjątkową nadal planowane są z miesięcznym wyprzedzeniem. Jeśli w grafiku pracy ujmuje się sytuację wyjątkową (a nie bierze pod uwagę ryzyko jej wystąpienia), nie ma szans na poprawę warunków pracy. System opiera się głównie na złudnym poczuciu współodpowiedzialności pracowników za jego funkcjonowanie. Takie jednak działanie nie prowadzi do niczego dobrego, a jedynie pogłębia istniejące patologie, a medyczny prekariusz będzie pielgrzymować od jednego patopracodawcy do drugiego.

“

mistów, którzy opracowywali postanowienia uzgodnień z lutego 2018 roku (między innymi na temat finansowania ochrony zdrowia) system przetrwał finansowo pandemię. Stosując popularną ostatnio wojskową narrację – jeszcze jedno takie zwycięstwo i możemy ogłaszać klęskę. Może się okazać, że już osiągnęliśmy ten magiczny pułap – wystarczy ogłosić odpowiedni rok, do którego ma się odnosić relacja.

Bardzo dobrym założeniem Polskiego Ładu jest zniesienie limitów na konsultacje specjalistyczne – dzięki temu działaniu pacjenci będą czuć, że w każdej chwili mogą skorzystać z konsultacji specjalisty. Autorom jednak umknął fakt, że obecnie nawet w komercyjnej opiece zdrowotnej pomimo braku limitów czas oczekiwania może sięgać do kilku tygodni. Remedium na tę bolączkę ma być zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne bez zwiększenia liczby kadry dydaktycznej. Szóstki ćwiczeniowe są stanowczo zbyt małe, dwunastki są w pełni komfortowe, a dwudziestki czwórki będą idealną propozycją na trudny czas. Jakości kształcenia musimy odłożyć na dalszy plan, wszak mamy trudne czasy [3].

Praca w polskim systemie ochrony zdrowia jest zajęciem szczególnie trudnym od zawsze i nie zapowiada się, by Polski Ład miał coś w tej kwestii zmienić. Dwudziestoczerogodzinne dyżury, które miały być w założeniu sytuacją wyjątkową nadal planowane są z miesięcznym wyprzedzeniem. Jeśli w grafiku pracy ujmuje się sytuację wyjątkową (a nie bierze pod uwagę ryzyko jej wystąpienia), nie ma szans na poprawę warunków pracy. System opiera się głównie na złudnym poczuciu współodpowiedzialności pracowników za jego funkcjonowanie. Takie jednak działanie nie prowadzi do niczego dobrego, a jedynie pogłębia istniejące patologie, a medyczny prekariusz będzie pielgrzymować od jednego patopracodawcy do drugiego. ■

Bibliografia:

1. Słownik Języka Polskiego. [Online] <https://sjp.pl/praca>.
2. Gitkiewicz Olga. Nie hańbi. Warszawa : Wydawnictwo Dowody na Istnienie, 2017.
3. Polski Ład – Plan na Zdrowie. [Online] <http://polskilad.pis.org.pl/program/plan-na-zdrowie>.



Pomruk salonów

SPACER HISTORYCZNY PO SZPITALACH MIEJS



► Chwilę po odsłonięciu tablicy stoją od lewej: dr Ryszard Kacała, który wygłosił wspomnienie o prof. Marciniaku podczas uroczystości; dr hab. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Historii Nauk Medycznych i Komisji Historycznej DRL; dr Andrzej Łakota, wieloletni pracownik szpitala i nestor laryngologii dziecięcej, dr Dariusz Lewera, sekretarz Polskiego Towarzystwa Historii Nauk Medycznych, autor artykułu i dr Wojciech Relikowski, chirurg, wieloletni pracownik szpitala.

W poprzednich spacerach odwiedziliśmy kliniki, wspomnieliśmy o wielu wybitnych postaciach związanych z medycyną w naszym mieście. Pracownicy wrocławskich szpitali mają także duże zasługi w kultywowaniu tradycji i podtrzymywaniu pamięci o swoich patronach i pracownikach. Pierwszym miejscem, do którego zapraszam tym razem, jest Szpital Specjalistyczny im. prof. Tadeusza Marciniaka mieszczący się od kilku lat na wrocławskich Maślicach. Kilkanaście miesięcy po otwarciu jego wieloletni dyrektor dr Marek Nikiel zadbał o odsłonięcie pamiątkowej tablicy ze zdjęciem profesora i jego życiorysem (fot. 1). Uroczystość zbiegła się z 50. rocznicą śmierci patrona. Profesor Marciniak, który objął Katedrę Anatomii Prawidłowej zaraz po wojnie, należał do najbardziej barwnych postaci naszego środowiska akademickiego i jako jeden z nielicznych nieklinicystów ma szpital swojego imienia. Anegdoty dotyczące prof. Marciniaka są powtarzane przez kolejne roczniki studentów. **Na zdjęciu nr 2** chwilę po odsłonięciu tablicy stoją od lewej: dr Ryszard Kacała, który wygłosił wspomnienie o prof. Marciniaku podczas uroczystości; dr hab. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Historii Nauk Medycznych i Komisji Historycznej DRL; dr Andrzej

Łakota, wieloletni pracownik szpitala i nestor laryngologii dziecięcej, dr Dariusz Lewera, sekretarz Polskiego Towarzystwa Historii Nauk Medycznych, autor artykułu i dr Wojciech Relikowski, chirurg, wieloletni pracownik szpitala. W roku 2018 przypadła 50. rocznica działalności oddziału kardiologii, który zapisał piękną kartę w historii wrocławskiej medycyny. Z inicjatywy prof. dr hab. Krystyny Łoboz-Grudzień i doc. Joanny Jaroach odbyła się uroczysta sesja naukowa połączona z odsłonięciem tablic upamiętniających wybitnych szpitalnych medyków prof. dr hab. Ludmiłę Hinrle, wieloletnią kierowniczkę oddziału kardiologii i dr. Leszka Sokalskiego – pioniera wrocławskiej kardiologii interwencyjnej. Szpital przez ponad pół wieku znajdował się przy ul. Traugutta 116. ■

Blżej centrum miasta, przy ulicy Grabiszyńskiej, znajduje się Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc. W roku 1983 przy wejściu do budynku odsłonięto z inicjatywy ówczesnej dyrektor szpitala dr Janiny Paślowskiej-Prus tablicę poświęconą wybitnemu torakochirurgowi prof. Eugeniuszowi Rogalskiemu (fot. 3). Pragnę tylko uzupełnić, że prof. Rogalski był także rektorem Akademii Medycznej we Wrocławiu w okresie rozpoczynających się w naszym kraju przemian ustrojowych zapoczątkowanych przez NSZZ Solidarność w latach 1978-1981. Była to z pewnością jedna z trudniejszych kadencji rektorskich. ■





▼ Przed budynkiem obeliskiem został upamiętniony prof. Rudolf Weigl ze Lwowa, twórca szczepionki przeciwko durowi brzusznemu w czasie drugiej wojny światowej.

W południowej części Wrocławia, przy ulicy Rudolfa Weigla, znajduje się Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN (fot. 4). Działalność instytutu zainicjował prof. Ludwik Hirszfeld. Pierwsza siedziba znajdowała się przy ul. Chałubińskiego 4. Dziś placówka należy do największych i najprężniejszych instytutów tego typu w Polsce.

W auli budynku możemy zobaczyć popiersie prof. L. Hirszfelda, natomiast przed budynkiem obeliskiem został upamiętniony prof. Rudolf Weigl ze Lwowa (fot. 5), twórca szczepionki przeciwko durowi brzusznemu w czasie drugiej wojny światowej. Uratowała ona życie tysiącom chorych. Jej twórca był wielokrotnie nominowany po wojnie do Nagrody Nobla, której nie dostał z przyczyn politycznych. Tablica została ufundowana dzięki przeprowadzonej zbiórce społecznej, głównie wśród Lwowiaków. Pomysłodawcami byli

członkowie nieformalnego Stowarzyszenia Byłych Pracowników Weigla zatrudnionych w latach 1939–1944 w Instytucie do Badań nad Tyfusem Plamistym we Lwowie w osobach: Tadeusza Kardasza, prof. Wacława Szybalskiego, dr. Stefana Swatona, prof. Tomasza Cieszyńskiego i doc. Jerzego Chodorowskiego. Uroczystość odbyła się w 8 grudnia 2005 roku. Uczestniczyli w niej także członkowie Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji, oraz przedstawiciele Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. ■

▼ Tablica upamiętniająca dr. J. Filipczyka, organizatora i pierwszego dyrektora szpitala, została odsłonięta między innymi z inicjatywy uczennicy doktora – dr Marii Jagas, która jako radioterapeutka kontynuowała dzieło dr. J. Filipczyka.



Pozostajmy na Krzykach. Przy pl. Hirszfelda znajduje się Dolnośląskie Centrum Onkologii powołane do życia w 1954 roku. Pierwszą lokalizacją ośrodka był budynek Szpitala PSK 5 przy ul. Traugutta. Jednak już w 1956 roku placówka onkologiczna otrzymała swoje nowe miejsce – budynki w zespole szpitala Neugebauera przy pl. Prostokątnym (dzisiaj L. Hirszfelda). Niekwestionowanymi pionierami wrocławskiej onkologii są: dr Józef Filipczyk – radioterapeuta, który przybył z Gliwic oraz doc. Aleksy Woźniewski – chirurg z Łodzi. Tablica upamiętniająca dr. J. Filipczyka, organizatora i pierwszego dyrektora szpitala, została odsłonięta między innymi z inicjatywy uczennicy doktora – dr Marii Jagas, która jako radioterapeutka kontynuowała dzieło dr. J. Filipczyka. Uroczystość odbyła się w październiku 2014 roku (fot. 6).

Tablicę poświęconą pionierowi chirurgii onkologicznej we Wrocławiu doc. Aleksemu Woźniewskiemu odsłonił prof. Marek Bębe-

c.d. na następnej stronie

nek, kierownik Oddziału Chirurgii Nowotworów Przewodu Pokarmowego w towarzystwie Dominiki i Karoliny, wnuczek upamiętnianego lekarza (**fot. 7**). ■



W centrum miasta przy ul. Olbińskiej na budynku szpitala MSW znajduje się tablica poświęcona dr. Stefanowi Zawadzie. Był on jedynym lekarzem, który zmarł w następstwie ospy prawdziwej w czasie epidemii w roku 1963. Miał wówczas 44 lata. Tablicę odsłonięto z inicjatywy pracowników szpitala w dwudziestą rocznicę jego śmierci (**fot. 8 i 9**). ■



Przy ulicy Kamieńskiego od prawie 20 lat znajduje się Dolnośląskie Centrum Chorób Serca „Medinet” im. prof. Zbigniewa Religi. Przy wejściu stoi popiersie profesora z napisem: „MISTRZOWI – UCZNIOWIE” (**fot. 10 i 11**). Popiersie powstało z inicjatywy prof. Romualda Cichonia, ucznia prof. Religi, który w wieku 29 lat przeszczepił serce i jest założycielem placówki niosącej pomoc tysiącom pacjentów. Na zdjęciu nr 12 uwieczniono odsłonięcie popiersia 19 marca 2019 roku, którego dokonała żona prof. Religi – Anna – w towarzystwie syna Grzegorza i prof. R. Cichonia. Wzruszona dr Religowa powiedziała wówczas, że jest to pierwszy szpital noszący imię jej męża. Twórcą popiersia jest prof. Marian Molenda, artysta rzeźbiarz z Uniwersytetu Opolskiego. Odlew został wykonany w brązie w pracowni naszego wrocławskiego artysty Stanisława Wysockiego. ■



12

Na zdjęciu uwieczniono odsłonięcie popiersia 19 marca 2019 roku, którego dokonała żona prof. Religi – Anna – w towarzystwie syna Grzegorza i prof. R. Cichonia. Wzruszona dr Religowa powiedziała wówczas, że jest to pierwszy szpital noszący imię jej męża. Twórcą popiersia jest prof. Marian Molenda, artysta rzeźbiarz z Uniwersytetu Opolskiego. Odlew został wykonany w pracowni naszego wrocławskiego artysty Stanisława Wysockiego.



13



14

Na wrocławskich Karłowicach przy ul. Syrokomli znajduje się Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Pierwszy jej kierownik, prof. Andrzej Steciwko, był pionierem idei lekarza rodzinnego w Polsce. Dzięki zaangażowaniu prof. Agnieszki Mastalerz-Migas, uczennicy prof. Steciwki, znajdującej się w środku sali wykładowej nadano imię profesora oraz odsłonięto tablicę pamiątkową (fot. 13 i 14).

Profesor Steciwko był także twórcą Państwowej Szkoły Medycznej w Opolu, która jest obecnie Wydziałem Lekarskim Uniwersytetu Opolskiego. Profesor Steciwko był wspaniałym człowiekiem, doskonałym organizatorem. Zmarł przedwcześnie w wieku 62 lat. Jego dzieło kontynuują uczniowie prof. Agnieszka Mastalerz-Migas oraz prof. Jarosław Drobnik, którzy poza normalną aktywnością naukową w katedrze w sposób szczególny angażują się w pracę na rzecz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. ■

Na zakończenie warto wspomnieć o pomniku upamiętniającym pionierów Akademii Wychowania Fizycznego, a naszych profesorów medycyny Andrzeja Klisieckiego i Zbigniewa Skrockiego, który znajduje się przed wejściem do starej siedziby AWF przy ul. Witelona (fot. 15 i 16). Odsłonięty został z okazji 45-lecia pierwszego wykładu na AWF. W budynku także jedna z sal nosi imię prof. Klisieckiego.

W nowym budynku Wydziału Fizjoterapii na Stadionie Olimpijskim wita nas przy wejściu tablica poświęcona profesorowi medycyny Zdzisławowi Zagrobelnemu (fot. 17). Był on rektorem 4 kadencji Akademii Wychowania Fizycznego i twórcą polskiej krioterapii. Tablica powstała z inicjatywy prof. Marka Woźniewskiego, ucznia prof. Zagrobelnego, który przed dwoma laty otrzymał godność doktora honoris causa naszego uniwersytetu. Jej twórcą jest znany medalier Mateusz Dworski. ■



15



16



17

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

Woda w Londynie. Jakkolwiek Londyn zaopatrywany w wodę przez dziewięć towarzystw prywatnych, nie należy do miast upośledzonych w tym względzie, dążąc wszakże do ciągłych ulepszeń, zarzucony jest nowymi projektami. W liczbie ich zasługuje na uwagę jeden polegający na sprowadzeniu wody z gór Walji, drugi znajdujący się na drodze do urzeczywistnienia, polega na sprowadzeniu wody morskiej z kanału La Manche. Ilość wody dosięgła by 10 milionów galonów dziennie; głównie używać się ma ona do potrzeb zarządu miejskiego, do polewania ulic, przepłukiwania kanałów, gaszenia pożarów i t. p.; ale również przedsiębiorstwo reflektuje na zaopatrzenie domów prywatnych, zakładów kąpielowych i t. p. w wodę morską. (The Sanitary Record 13 st. 1899).

„Zdrowie” 1899, XV, 83

excerpta selegit
Andrzej Kierzek

Zapiski emeryta



Psik-puff

Leki są niekiedy pakowane w różnego typu kapsułki. Niektóre z nich mają małe otworki powstałe przez nakłuwanie laserem. Wszystko po to, aby lek uwalniał się z nich w odpowiednio zaprogramowany sposób.

Rynek farmaceutyczny oferuje szeroką gamę różnokolorowych tabletek, w których czynny preparat zmieszany jest ze skrobią lub innymi nośnikami (drażetki to nic innego jak tabletki pokryte lukrem i woskiem dla połysku). Na rynku jest także coraz więcej aerozoli. Do nosa – leki antyalergiczne lub obkurczające – czasem wystarczy jeden psik na dobę. Niektóre preparaty próbuje się podawać w taki sposób, aby trafiły bezpośrednio do krążenia mózgowego (kilka z leków podawanych w formie „psik” wycofano z rynku przed kilkunastu laty, np. kalcytoninę).

Bardzo dużo leków, ale i kosmetyków w postaci „psiakaczy” przeznaczonych jest do pielęgnacji skóry. Tu psik, tam psik i już nie ma przysłowiowego „pryszczu”. Do wdychania przeznaczone są preparaty typu puff – stosowane głównie w chorobach płuc i oskrzeli. Były próby używania w ten sposób insuliny, ale zostały zarzucone (trudności w precyzyjnym dawkowaniu, konieczność stosowania większych dawek, co przedrażało terapię, obawa o wpływ insuliny na powstawanie nadciśnienia płucnego).

Wielu z naszych pacjentów nie znosi zastrzyków. Wielu zażywa (za)dużo tabletek, więc terapia psik-puff może być dla nich idealna. Tylko proszę nie mylić z terapią pif-paf! ■

dr Józef emeryt

„LEKARSKA CODZIENNOŚĆ ZATRZYMANA W KADRZE” – WYNIKI KONKURSU

Informujemy, że pierwszy cykl konkursu „Lekarska codzienność zatrzymana w kadrze” został rozstrzygnięty. Dziękujemy za Waszą wrażliwość i wszystkie uchwycone perspektywy. „Pandemia w obiektywie” była bez wątpienia tematem trudnym, dlatego tym bardziej gratulujemy wszystkim autorom nadesłanych prac.

Zwycięska fotografia zatytułowana „**Bliskość**” należy do **lek. Magdaleny Śliwińskiej**, kierownika Działu Diagnostyki Obrazowej WSS im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.

Wyróżniona fotografia przedstawia techniczkę oczekującą na chorego na COVID-19 pacjenta, któremu ma wykonać tomografię komputerową klatki piersiowej. Gruba warstwa folii symbolicznie oddziela dwa światy – strefę skażoną, w której znajduje się techniczka oraz przestrzeń bezpieczną, w której stoi pielęgniarka. Mimo plastikowej bariery, bliskość łącząca kobiety jest uderzająca, a przedstawienie codziennych kontaktów między pracownikami szpitala w warunkach pandemicznego reżimu niesie za sobą ogromny ładunek emocjonalny.

Dziękujemy wszystkim, którzy wzięli udział w tym cyklu i jednocześnie zachęcamy do udziału w kolejnych.

Zwycięzcy przesyłamy nagrodę drogą pocztową.

KONKURS FOTOGRAFICZNY „LEKARSKA CODZIENNOŚĆ ZATRZYMANA W KADRZE”

Redakcja gazety „Medium” zaprasza do udziału w konkursie fotograficznym „Lekarska codzienność zatrzymana w kadrze”. Tym razem hasło przewodnie to „**Lekarz na wakacjach**”.

Fotografię można przesłać na adres pocztowy lub drogą elektroniczną: redakcja@dilnet.wroc.pl **do 18 sierpnia 2021 r.** z dopiskiem „Konkurs fotograficzny”.

Zwycięska praca zostanie opublikowana na łamach wrześniowego wydania „Medium”. Dla zwycięzcy przewidziana jest nagroda książkowa.

red. nac. Magdalena Janiszewska

ZWYCIĘSKA PRACA



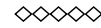
Fotografia autorstwa lek. Magdaleny Śliwińskiej

NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 17 czerwca 2021 r. stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne uzyskali:

1. **lek. Katarzyna Marzena Włodarek,**
2. **lek. Klaudia Krzysztofa Jeżowska-Jurczyk,**
3. **mgr Joanna Halicka-Masłowska,**
4. **lek. Martyna Biała,**
5. **mgr Agnieszka Joanna Mydlikowska-Śmigórska,**
6. **lek. dent. Kamilla Aftahi,**

7. **lek. Anna Cecylia Czajkowska,**
8. **lek. Tomasz Królicki,**
9. **lek. Katarzyna Maria Postrzech-Adamczyk,**
10. **lek. Michał Tkaczyszyn.**



Uchwałą Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 17 czerwca 2021 r. stopień naukowy doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne uzyskała **dr Maria Jolanta Wesołowska.**



5. MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W BIEGU ALPEJSKIM

Komisja Sportu, Kultury i Turystyki DRL zaprasza wszystkich sympatyków sportu do wzięcia aktywnego udziału w Mistrzostwach Polski Lekarzy w Biegu Alpejskim, które odbędą się **8 sierpnia 2021 r. (niedziela)** w Ludwikowicach Kłodzkiej, w ramach 12. Biegu na Wielką Sowę.

* Każdy uczestnik zawodów ma obowiązek wypełnienia oświadczenia uczestnika zgodnie z zaleceniami głównego inspektora sanitarnego, że nie jest osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę COVID-19 oraz nie

przebywa na obowiązkowej kwarantannie, a także w czasie ostatnich 14 dni nie miał kontaktu z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2 (druki dostępne na www.biegajwgorachsowich.pl, na FB: @biegajwgorachsowich oraz w biurze zawodów).

Zapisy:

www.biegajwgorachsowich.pl

lub <https://online.datasport.pl/zapisy/portal/zawody.php?zawody=6078> (w formularzu zgłoszeniowym zaznaczyć: Mistrzostwa Polski Lekarzy).

Kontakt do koordynatora:

Jerzy Słobodzian, kom. 602 486 406,
e-mail: jerzyslobodzian@gmail.com

Podziękowania

*„Ciągle jeszcze istnieją wśród nas anioły.
Nie mają wprawdzie żadnych skrzydeł,
lecz ich serce jest bezpiecznym portem dla wszystkich,
którzy są w potrzebie.”*

Phil Bosmans

Składam serdeczne podziękowania wszystkim lekarzom, pielęgniarkom oraz całemu personelowi Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala „Bukowiec” w Kowarach, a w szczególności Panu Ordynatorowi – **dr. Andrzejowi Kałdonkowi** oraz **dr. Dariuszowi Dąbrusiowi**, za uratowanie mi życia, profesjonalną i niezwykle troskliwą opiekę medyczną, okazane ciepło i zrozumienie, indywidualne podejście do pacjenta, a także za miłą atmosferę na oddziale, która pozwala przetrwać ciężkie chwile.

Wdzięczna pacjentka
Anna Szewczyk

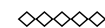


Doktor Judycie Stefańskiej z Izby Przyjęć Szpitala im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, **dr Dorocie Gubernat** z Oddziału VI tegoż szpitala, **dr Patrycji Krawczyk** i **dr Ewie Horoch** z Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym Szpitala im. T. Marciniaka we Wrocławiu oraz **zespołom pielęgniarskim** tych oddziałów składam najserdeczniejsze podziękowania za niezwykłą życzliwość, cierpliwość, wyrozumiałość, serdeczną opiekę i przywrócenie zdrowia mojemu mężowi Ryszardowi Męcarskiemu.

Ewa Męcarska z rodziną

Serdeczne dziękuję wszystkim tym, którzy uczestniczyli w ceremonii pogrzebowej **śp. Wieśka Prastowskiego** oraz za życzliwość i otrzymane wsparcie.

Iwona Kątnik-Prastowska



Ordynatorowi Oddziału Ortopedii Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu **dr. n. med. Mirosławowi Kulei** i zespołowi oddziału za przeprowadzoną operację i troskliwą opiekę przed- i pooperacyjną, a anestezjolog **dr Anicie Lisowskiej** za szczególne czuwanie nad mną podczas i po operacji serdeczne podziękowanie składa wdzięczna pacjentka Helena Kozłowska, lekarz okulista.



Panu **Doktorowi Dominikowi Rączce**, Paniom **pielęgniarkom** oraz **pomocniczemu personelowi medycznemu** z Oddziału Nefrologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy ul. Kamieńskiego we Wrocławiu składam podziękowania za leczenie i życzliwą opiekę.

dr n. med. Marta Pilak



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

**Film: Cruella, Wytwórnia the Walt Disney Company. Premiera: maj 2021.**

Cruella to najnowsza produkcja Disneya, która z pewnością nie jest przeznaczona wyłącznie dla dzieci. Ponowne otwarcie kin przyciągnęło sporo widzów, dlatego nowa produkcja wielkiej wytwórni idealnie nadaje się na taką okazję. Film nie ma ograniczeń wiekowych, nikt nie opuści sali kinowej rozczarowany. Jednak po seansie można stwierdzić, że jest to produkcja dla starszych widzów, którzy wychowywali się oglądając bajki Disneya i już jako dorośli chcieliby poznać prawdziwe oblicze „czarnych charakterów”.

Cruella De Mon to postać, która od lat wpisana jest w kanon filmów animowanych. Zła, okrutna, „co wzrokiem poraża i miną tak złą” w animowanej wersji „101 Dalmatyńczyków” straszy swoim okrucieństwem najmłodszych widzów. Natomiast w najnowszym filmie poznajemy prawdziwą twarz Cruelli, która w rzeczywistości nazywa się Estella. Utrata matki i dzieciństwo spędzone na ulicach Londynu przemieniło młodą kobietę w bezwzględną i pozbawioną uczuć negatywną postać bajki. Chaotyczny początek filmu z pewnością namiesza w głowach widzów. Porzucona przez rodzinę, osierocona dziewczynka zmuszona jest do życia na ulicy z Jasperem i Horacym – jej późniejszymi „najemnikami”. Historia sieroty budzi współczucie i wywołuje w odbiorcach pozytywne emocje. Wytwórnia Disneya przekonuje, że za powłóczką zła i okrucieństwa nie stoi charakter Cruelli, ale jej przykre doświadczenia życiowe i spowodowane silnymi przeżyciami zaburzenia tożsamości.

Emma Stone, która wcieliła się w postać młodej Cruelli De Mon, momentami bawi widzów, momentami smuci. Jej mimika twarzy oraz ruchy ciała doskonale pokazują emocje, jakie towarzyszą bohaterce. Fani bajek Disneya nie będą więc zawiedzeni. Dodatkowo scenarzyści zadbali o najdrobniejsze



Official Trailer 2, 2:02

szczegóły i wyjaśnili wiele wątków z klasycznej, animowanej serii bajki, takich jak pochodzenie nazwiska Cruelli oraz wygląd jej samochodu, co dla widzów może stanowić dodatkowy atut filmu. Z pewnością wielu zachwycą niesamowite stroje zaprojektowane przez Jenny Beavan – dwukrotną laureatkę Oscara za najlepsze kostiumy do filmów. Miłośnicy mody z pewnością nie przejdą obojętnie obok ukazanych w filmie kreacji. Produkcja ze ścieżką dźwiękową skomponowaną przez Nicholas Britella będzie gratką także dla fanów muzyki. Amerykański kompozytor połączył nowe utwory z rockową muzyką lat 70., potwierdzając swój niesamowity talent.

Film ukazuje, jak tragiczne wydarzenia i okrutne osoby, które stanęły na drodze młodej Estelli, przemieniły ją w czarny charakter. „Cruella” z pewnością trafi do serc widzów i doczeka się swojej kontynuacji. Zakończenie tej historii pozostawia pewien niedosyt i chęć obejrzenia drugiej części. ■

Film: Druga połowa. Premiera: maj 2021.

Euro 2020 to wydarzenie, na które czekało większość kibiców piłki nożnej. Odwołane ze względu na pandemię, tym bardziej było wyczekiwane. Nie dziwi więc, że emocje, które towarzyszą Polakom, stają się udziałem wielu. Z myślą o kobietach, które nie podzielają piłkarskiego entuzjazmu, powstała najnowsza komedia romantyczna Druga połowa. Dzięki współpracy z Polskim Związkiem Piłki Nożnej film nabiera biało-czerwonych, realistycznych barw.

Film Łukasza Wiśniewskiego nie porywa, ale również nie nudzi. Jak mawiają kibice: wstydu nie ma. *Druga połowa* to świetna komedia za sprawą postaci Jarosława – samolubnej gwiazdy reprezentacji Polski w piłce nożnej, którego życiowym celem są lans, drogie samochody i social media. Piłkarz bez wzajemności zakochany jest w córce trenera Magdzie, a próbując zdobyć serce ukochanej przygotowuje wiele wytwornych randek. Maciej Musiał, odtwórca roli Jarka, pokazał w tym filmie swoje inne, komediowe oblicze. Choć przyciąga większość uwagi widzów, to jednak nie on jest główną postacią filmu. Są nimi Magda i Mateusz. Młoda lekarka, córka selekcjonera reprezentacji Polski, zakochuje się w dziennikarzu sportowym, który jest wielkim przeciwnikiem i wrogiem jej ojca (w tej roli niezastąpiony mistrz polskiej komedii – Cezary Pazura). Niestety ich historia miłosna na tle pobocznych wątków wydaje się bezbarwna. Tym, co zaskakuje najbardziej, są gościnne role Małgorzaty Rozenek – perfekcyjnej pani domu i żony byłego reprezentanta Polski w piłce nożnej Radosława Majdana oraz Grzegorza Krychowiaka. To właśnie ten utytułowany piłkarz przyciąga do kin tłumy fanów. W *Drugiej Połowie* zaprezentował swój talent aktorski, którego wyróżnikiem jest poczucie humoru.

Do kina warto wybrać się nawet dla samej obsady filmu, ale z pewnością produkcja ta wprowadzi w dobry nastrój każdego i będzie świetnym przerywnikiem między kolejnymi meczami piłki nożnej. ■

lipiec-sierpień 2021

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 – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51

mgr inż. Dorota Flak – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 54

mgr Marta Wawrzyniak – specjalista

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 Jamroz – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 88

Komisja: Stomatologiczna, Historyczna

i Kultury, Finansowa, Rewizyjna

Pośrednictwo pracy

mgr Agnieszka Jamroz – starszy specjalista,

tel. 71 798 80 88

Rejestr Lekarzy i Prywatnych Praktyk Lekarskich

Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru

tel. 71 798 80 55,

mgr 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 – specjalista, tel. 71 798 80 57

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskej

Ewa Świerka – specjalista, tel. 71 798 80 71

wtorek, środa 8.00-14.00; czwartek 8.00-16.00

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskej

BGZ 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

pl. 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

◆ Renomowana klinika stomatologiczna w centrum Wrocławia nawiąże współpracę z lekarzem endodontą, praca tylko pod mikroskopem. Nowoczesny sprzęt; mikroskop Zeiss, system A&B, X-Smart plus, Rappex6, pantomograf, tomograf. Duża baza pacjentów. Mile widziane osoby w trakcie specjalizacji. Oferty CV, zapytania, proszę kierować na adres e-mail: j.sward@vp.pl lub tel. +48 601 758 395 (po godz. 10.00).

◆ Klinika Supradent Matuszewscy w Jeleniej Górze zatrudni młodego i ambitnego lekarza stomatologa. Główny zakres pracy to wysokoestetyczne wypełnienia kompozytowe, praca pod mikroskopem w koferdamie. Tylko prywatni pacjenci, e-mail: praca@supradent.com.pl, telefon kontaktowy: 667 751 989.

◆ Zatrudnimy lekarza POZ do Przychodni Lekarza Rodzinnego (również emerytowanego) w okolicach centrum Wrocławia. Gwarantujemy bardzo dobre warunki płacy. Wymiar zatrudnienia do ustalenia. Tel. kontaktowy 881-322-815, adres e-mail: magdalena8402@wp.pl

◆ NZOZ Zawidawie II we Wrocławiu pilnie poszukuje lekarza internisty, lekarza medycyny rodzinnej, lekarza pediatry (także w trakcie specjalizacji) do pracy w POZ. Wymiar godzin do uzgodnienia. Forma zatrudnienia: umowa zlecenie / B2B. Stawka w zależności od doświadczenia (od 110zł/h netto). Placówka zapewniania laboratorium i gabinet zabiegowy. Kontakt tel: 513 126 580 , 502 146 008, e-mail: biuro@zaw2.pl

◆ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głucholazach im. św. Jana Pawła II zatrudni lekarzy na: Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy oraz Oddział Rehabilitacji Pulmonologicznej - pulmonologa, internistę, Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, kardiologa, internistę, lekarza rehabilitacji medycznej. Proponujemy bardzo dobre warunki pracy i płacy oraz możliwość mieszkania służbowego. Telefon: (77) 40 80 155.

◆ Prywatna klinika stomatologiczna we Wrocławiu poszukuje do współpracy lekarza ortodonta. Wymagane doświadczenie w zawodzie min. 5 lat. Mile widziana specjalizacja. Kontakt: praca@all-dent.eu

◆ Gabinet stomatologiczny „Gabinety na Lwowskiej” we Wrocławiu zatrudni lekarza stomatologa specjalizującego się w stomatologii zachowawczej z endodoncją. Oferujemy pracę w nowoczesnym gabinecie (mikroskop, rtg), asystę na cztery ręce oraz miłą atmosferę. Zainteresowanych prosimy o kontakt telefoniczny: 691 516 121 lub e-mail: ktjaworski@gmail.com

◆ Klinika stomatologiczna w Świdnicy podejmie współpracę z lekarzem stomatologiem dziecięcym, endodontą, ortodontą. Oferujemy pracę w zgranym zespole, pełne wyposażenie kliniki, pacjenci tylko prywatni, dobre warunki finansowe. CV prosimy wysyłać na adres stomatologia.swidnica@interia.pl

INNE

◆ Przychodnia we Wrocławiu przy ulicy 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.

◆ Sprzedam gabinety lekarskie, praktykę stomatologiczną – gabinet, nieruchomości z własnym parkingiem w centrum Jeleniej Góry. Tel. 694 121 223, 606 617 362.

◆ Wynajmę pomieszczenie na gabinet lekarski lub inny medyczny w środku osiedla Kuźniki. Kontakt tel. 601 616 016

◆ Sprzedam bardzo dobrze funkcjonujący gabinet stomatologiczny we Wrocławiu. Sprzedaż obejmuje bazę pacjentów, stronę www, numer telefonu, sprzęt stomatologiczny. Informacja pod numerem tel. 517 288 644.

◆ Wynajmę sale zabiegową przystosowaną do znieczuleń ogólnych. W skład modułu wchodzi: jeszcze myjnia, pokój obserwacyjny i węzeł sanitarny. pow. 42 m. Lokalizacja południe Wrocławia. Tel. 505 005 747.

◆ Sprzedam używany sprzęt medyczny: Aparat AK-1v.3 KrioMetrum do kriochirurgii, kriodermatologii z butlą na N2O i kompletem ligatorów (hemoroidy met. Barrona) oraz trzech kriosond, stół trójczłonowy do zabiegów (chirurgia, endoskopia, ginekologia), stolik zabiegowy, biurka, kozetka lekarska. Zdjęcia wysył po kontakcie. E-mail: chaburaendo@gmail.com, tel. 601 670 802.

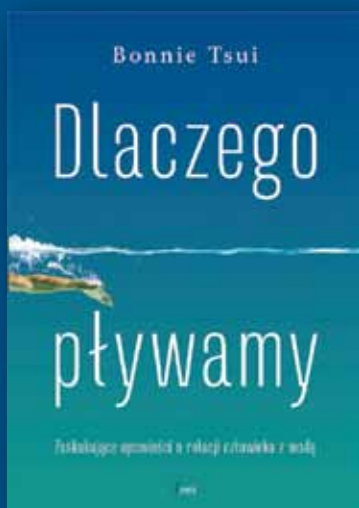
Wynajmę nowe gabinety lekarskie i stomatologiczne,
tel. 660 109 319 (Świdnica).

Zakład Karny nr 2 we Wrocławiu poszukuje LEKARZA
MEDYCYN Y OGÓLNEJ (jednoosobowa działalność
gospodarcza) – konsultacje osób pozbawionych wolności
w ramach umowy cywilnoprawnej, minimum 10 godzin
tygodniowo. Kontakt telefoniczny: 71 391 74 43, 71 391 74 68.

Feeria
WYDAWNICTWO

bestseller

Bestseller „Los Angeles Times” i „Boston Globe”, a także książka, którą według „New York Timesa” po prostu trzeba znać.



Czytelnicy zachwycają się jej niezwykłą tematyką i wyjątkowym stylem, który umożliwia niemal organiczny kontakt z bliskim ludzkiemu żywiołowi!

nowość

Dr Tian Dayton, doświadczona psychoterapeutka, posługując się wynikami badań z zakresu neuronauk, w szczególności i pomocny sposób wyjaśnia, jak powstają rany serca, umysłu i ducha oraz co trzeba zrobić, aby się zagoiły, a także przedstawia strategię wychodzenia z traumy.



PREMIERA 16.06.2021

nowość

PREMIERA 2.06.2021

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

Possum Sp. z o.o.
poszukuje

**EMERYTOWANYCH
STOMATOLOGÓW**

Uzyskaj nawet
7000 złotych
jedynie nadzorując pracę –
bez wykonywania zabiegów!

**KONTAKT:
880 154 284**



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



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:

- stół 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: 38.500pln
24 miesiące gwarancji na unit

elmedes@elmedes.pl



DA7001/30L - najcichszy na rynku
kompresor stomatologiczny
z atestem medycznym
Cena: 2.900 PLN
2 lata gwarancji