



W OCZEKIWANIU NA DIALOG

S.6

WYBORY DELEGATÓW NA OKRĘGOWY ZJAZD
LEKARZY DIL NA OKRES IX KADENCJI





centrum medyczne
DOBRZYŃSKA



Praca dla lekarzy



dobrzynska.wroc.pl

Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne DOBRZYŃSKA

nawiąże współpracę
z lekarzami specjalistami
lub w trakcie specjalizacji z:

- Medycyny rodzinnej
- Pediatrii
- Chorób wewnętrznych
- Chirurgii naczyniowej
- Chirurgii ogólnej
- Chirurgii urazowo-ortopedycznej
- Dermatologii
- Gastroenterologii
- Hematologii
- Medycyny pracy
- Urologii

oraz specjalistami w zakresie:

- Fizjoterapii
- Położnictwa
- Pielęgniarstwa



ul. Dobrzyńska 21/23
50-403 Wrocław
tel. +48 507 318 089
e-mail: kadry@wzsoz.wroc.pl
www.dobrzynska.wroc.pl

Oferujemy:

- pracę w centrum Wrocławia,
- szerokie zaplecze diagnostyczne – Laboratorium, RTG, EKG, USG, DOPPLER, ECHO na miejscu,
- wsparcie lekarzy z 30 poradni specjalistycznych,
- przyjemną atmosferę pracy,
- elastyczną formę zatrudnienia w oparciu o umowę o pracę, kontrakt, lub umowę zlecenie,
- wymiar czasu pracy do uzgodnienia,
- wynagrodzenie adekwatne do posiadanych kwalifikacji.

Centrum Medyczne DOBRZYŃSKA to największa placówka leczenia ambulatoryjnego na Dolnym Śląsku. Jesteśmy zespołem ponad stu wysokiej klasy specjalistów z wielu dziedzin medycyny.

Dołącz do nas już dziś, czekamy na Ciebie!

SPIS TREŚCI

Co nowego w medycynie	4
WIELKI PROTEST...	
6 <i>W oczekiwaniu na dialog</i>	
Magdalena Janiszewska, Aleksandra Szołtys	
Wybory na Okręgowy Zjazd Lekarzy DIL	8
ZMIANA WARTY W PRZYŁĄDKU NADZIEI	
10 <i>Wielka zmiana w „Przyłdku Nadziei”</i>	
Tekst Robert Migdał	
CYFRYZACJA W MEDYCYNIE	
14 <i>Cyfryzacja zdrowia na sterydach</i>	
Mariusz Kielar	
MEDYCYNĄ NARRACYJNĄ	
16 <i>Ciało-modlitwa versus ciało-pojemnik</i>	
Aleksander Woźny	
Z PORADNIKA PSYCHOPRAKTYKA	
18 <i>Empatia – czym jest i do czego potrzebuje jej lekarz</i>	
Dariusz Delikat	
EPIDEMIA OTYŁOŚCI	
20 <i>Z otyłych dzieci będą rośli otyli dorośli, więc chirurdzy będą</i>	
mieli pełne ręce roboty Rozmawia Robert Migdał	
PROBLEMY ZDROWIA PUBLICZNEGO	
24 <i>Choroby odzwierzęce – niedoceniani wrogowie</i>	
Maciej Sas, prof. dr hab. n. med. Andrzej Gładysz	
26 <i>Choroby odzwierzęce – stary czy nowy problem zdrowia</i>	
publicznego? Maria Wesołowska, Rusłan Sałamatin	
ZDROWIE KOBIET	
29 <i>Moda na cesarskie cięcia prostą drogą do epidemii cięż</i>	
pozamacicznych Rozmawia Maciej Sas	
Wydarzyło się	33
42 <i>Wszystko o rehabilitacji urologicznej</i>	
Rozmawia Agata Grzelińska	
Prawo i medycyna	45
Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu	48
Uchwały DRL i Prezydium DRL	49
Konferencje i szkolenia	50
Pro memoria	54
Komunikaty	55
Kulturalnik lekarski	56
Felietony	57
Rozrywka	58
Ogłoszenia	59

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

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

Aleksandra Szołtys – młodszy redaktor,
Aleksandra Kołodziejczyk – sekretarz redakcji
Wiktor Wołodkiewicz – skład i łamanie,
Tomasz Janiszewski – projekt okładek

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący,
Małgorzata Niemiec – zastępca przewodniczącego,
Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, Katarzyna Jungiewicz-Janusz,
Bożena Kaniak, Andrzej Kierzek, Marta Kornacka,
Dorota Radziszewska, Iwona Świętkowska, Krzysztof Wronecki

**Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów
niezamówionych, zastrzega sobie prawo do skracania i adiustacji tekstów,
opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.**

Numer zamknięto 28 września 2021 r.

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

Fot. z archiwum PW.



Komentarz aktualny

W rzesień przyniósł taki natłok wydarzeń, że po wakacjach zatarły się nawet wspomnienia. Na początku tego miesiąca, po wielokrotnym przekładaniu terminu tradycyjnych, wspólnych posiedzeń prezydium Dolnośląskiej i Saksońskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu z powodu pandemii COVID-19 wreszcie udało się nam spotkać osobiście. Nie było nikogo, kto by stwierdził, że obradowanie wirtualne ma jakkolwiek przewagę nad tradycyjnym „face to face”. Uściskom dłoni, wzajemnym uśmiechom i dyskusjom nie było końca, tym bardziej że wreszcie, po latach transformacji, staliśmy się równoprawnymi partnerami w rozmowie. Niemieccy lekarze z uwagą słuchali naszych wystąpień o polskich doświadczeniach związanych z wprowadzaniem elektronicznych zwolnień i recept: ten etap cyfryzacji w opiece zdrowotnej jeszcze przed nimi. My zaś, niemal z otwartymi ze zdziwienia i niedowierzania ustami, dowiedzieliśmy się o trendach rozwojowych w medycynie rodzinnej, zmierzających do wyposażania pacjentów lekarzy niemieckich w... elektroniczne minienioskopy, aparaty EKG, fonendoskopy i pulsoksymetry. Urządzenia te podłączone do służbowego tabletu wysłały do lekarza rodzinnego raport o aktualnym stanie organizmu drogą e-mailową. Wobec powszechnej u nas krytyki teleporad oraz tworzenia pomocniczych zawodów medycznych, w Niemczech, obok już wszechobecnych techników wykonujących podstawowe badania diagnostyczne, rozważa się wprowadzenie paramedyków, którzy będą przeprowadzać wstępny wywiad z pacjentem poprzedzający bezpośredni kontakt z lekarzem. Cóż, tam czas pracy lekarza i kompetencje są dużo bardziej cenione niż w Polsce...

Dwa tygodnie później rozpoczął się zapowiadany przez powołany na początku sierpnia Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy protest zawodów medycznych. Ożywiona dyskusja na zwołanym dzień wcześniej w Warszawie Konwencie prezesów izb okręgowych nie wróżyła wielkiego powodzenia tej inicjatywie, ale rzeczywistość okazała się inna. W sobotę 11 września na ulice Warszawy wyszli lekarze, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni, a także pracownicy niemedyczni. 30 tysięcy – tyle osób, zdaniem organizatorów, uczestniczyło w proteście pracowników ochrony zdrowia w Warszawie. Medycy przeszli z pl. Krasińskich pod Ministerstwo Zdrowia, stamtąd udali się pod Pałac Prezydencki i gmach Sejmu, a następnie pod Kancelarię Prezesa Rady Ministrów. Nasza izba jak zwykle zaprezentowała się godnie, tym razem dzięki zaangażowaniu naszych młodych Koleżanek i Kolegów koordynowanych przez kol. Dawida Żyrka. Nasi manifestanci zaopatrzeni w izbowe flagi i własnoręcznie wykonane transparenty byli chyba najlepiej widoczni spośród wszystkich izb. Dwie kwestie zwróciły moją szczególną uwagę podczas tej manifestacji: ogromna życzliwość ze strony obserwatorów – mieszkańców Warszawy, którzy z uśmiechem pozdrawiali nas i zagrzewali do walki nie bacząc na utrudnienia w ruchu ulicznym, których byliśmy przecież bezpośrednią przyczyną oraz kompletna ignorancja ze strony przedstawicieli rządu. Nie pamiętam protestu, podczas którego nie zabrałby głosu nikt z przedstawicieli władzy. Tu nie było przecież jakiegokolwiek zagrożenia ze strony manifestujących. Mamy świadomość, że każdy rząd staje przed tym samym problemem: jak efektywnie zorganizować opiekę medyczną w Polsce. Konsensus w nowoczesnej demokracji zawsze powinien rodzić się w drodze dyskusji, ale do tego konieczny jest czynny udział obu stron, a nie obrażanie się. Niestety, w polskiej demokracji dyskusję zastąpił permanentny spór i polityczno-marketingowe manewry. Fala hejtu, jaka wylała się z mediów rządowych na środowisko lekarskie, polegająca tradycyjnie już na manipulacji wysokością naszych zarobków, była obrzydliwa, ale na szczęście niewiele dała. Protest trwa, manifestacja zakończyła się utworzeniem „białego miasteczka” przed Kancelarią Prezesa Rady Ministrów. Jakie tym razem będą efekty naszych działań – zobaczymy.

Za to 19 września nasze środowisko zostało uhonorowane wielkim koncertem dziękczynnym „Miejcie nadzieję” zorganizowanym przez władze Wrocławia w podzięce za zaangażowanie w walce z pandemią COVID-19. Piękny koncert połączony był z 43. edycją Wrocławskiej Księgi Pamięci podczas której kolejni, najbardziej zaangażowani w te działania otrzymali z rąk wiceprezydenta Jakuba Mazura medal „Merito de Wratislavia – Zasłużony dla Wrocławia” oraz Super Diamenty, specjalne wyróżnienia za zaangażowanie i odwagę w walce z koronawirusem. To już kolejna odsłona Księgi promująca nasze środowisko, za co szczególne słowa uznania i wdzięczności należą się jej inicjatorce, znanej redaktor, p. Wandzie Ziembickiej-Has.

O tych wszystkich wydarzeniach przeczytacie szczegółowo w tym numerze, a na koniec przypominam o trwających wyborach delegatów na okręgowy zjazd lekarzy kolejnej kadencji: pamiętajcie o odebraniu listu z izby, zgłoszowaniu zgodnie z instrukcją i opieczetowaniu koperty zwrotnej! W przeciwnym razie Wasz głos będzie nieważny!

P. Wielec



Co nowego w... medycynie



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/syringe-1884784/qimono

► NOWA TERAPIA COVID-19 PO II FAZIE BADAŃ

Zamknięcie drugiej fazy badań izraelskiego leku przeciwko COVID-19 o nazwie EXO-CD24 zakończyło się powrotem do zdrowia 29 z 30 pacjentów znajdujących się w stanie od umiarkowanego do ciężkiego. Taki efekt badanego leku został uzyskany w ciągu maksymalnie pięciu dni – informuje Izraelskie Centrum Medyczne Sorasky w Tel Awiwie.

W pierwszej fazie badań naukowcy, którzy opracowali lek, podali go greckim pacjentom z braku wystarczającej liczby pacjentów w Izraelu spełniających kryteria badania. Ponad 93% spośród dziewięćdziesięciu chorych na COVID-19 będących w poważnym stanie wypisano ze szpitali w ciągu pięciu dni po podaniu leku, a nawet szybciej. Drugi etap badań potwierdził wyniki uzyskane w pierwszej fazie przeprowadzonej zimą w Izraelu.

Twórca badanego leku, prof. Nadir Arber, stwierdził, że nie zaobserwowano jak dotąd żadnego znaczącego działania niepożądanego u któregośkolwiek z pacjentów. Jego zdaniem preparat należy do arsenału „medycyny precyzyjnej” i bierze na cel główną przyczynę pogorszenia stanu zakażonych SARS-CoV-2 – tzw. burzę cytokinową, czyli nadmierną aktywację układu odpornościowego atakującego zdrowe komórki płuc. Specjalista poświęcił 25 lat swojej pracy zawodowej badaniom nad białkiem CD24, które m.in. reguluje mechanizmy odpowiedzialne za ten proces. – Nowy lek, EXO-CD24, pomaga organizmowi odnaleźć równowagę, celując dokładnie w kluczowy problem w trakcie zachorowania na COVID-19, pozwala uniknąć niepożądanych skutków ubocznych – tłumaczy prof. Arber.

Obecnie EXO-CD24 znajduje się przed ostatnią fazą badań, w której weźmie udział 155 pacjentów. Dwie trzecie z nich otrzyma lek, a pozostali placebo. Planowane zakończenie pełnego cyklu badań nowego preparatu ma nastąpić do końca bieżącego roku. Co więcej, prof. Arber obiecuje szybkie udostępnienie preparatu po niewielkich kosztach. ■

Źródło: *The Jerusalem Post*, 2021



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/pink-ribbon-3715345/marijana1

► ODKRYTO WSPÓLNY MIANOWNIK DLA WSZYSTKICH NOWOTWORÓW

Każdy rodzaj nowotworu można zakwalifikować do jednej z dwóch kategorii w zależności od działania jednego białka. Takie odkrycie rzuca nowe światło na zachowanie nowotworów i może dostarczyć nowych strategii walki z najgroźniejszymi postaciami raka – donoszą amerykańscy badacze na łamach czasopisma „Cancer Cell”.

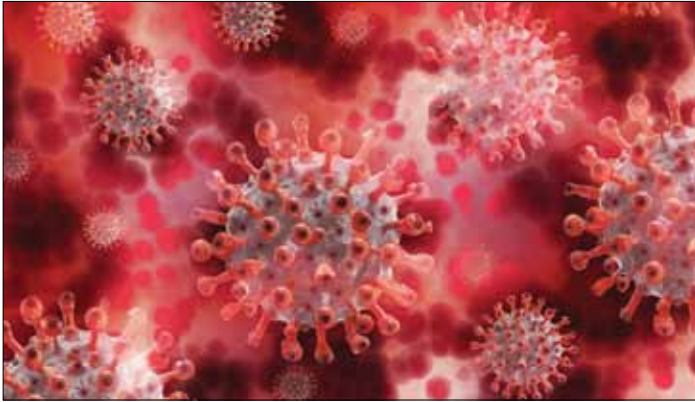
Naukowcy z Sinai Health System twierdzą, że wszystkie schorzenia nowotworowe można zakwalifikować do jednej z dwóch kategorii zależnej od produkcji w komórce tzw. białka YAP (ang. Yes-associated protein). Zdaniem specjalistów od białka YAP pełniącego kluczową rolę w powstawaniu guzów złośliwych zależy sposób, w jaki choroba reaguje na leki. – Białko YAP nie tylko jest włączone lub nie, lecz także ma odwrotne pro- lub antynowotworowe działanie. Nowotwory z włączonym YAP potrzebują go do wzrostu i przetrwania. Natomiast te z wyłączonym YAP przestają rosnąć, gdy YAP zostanie aktywowane. Wiele nowotworów z wyłączonym białkiem YAP jest przy tym wysoce śmiertelnych – wyjaśnia autor odkrycia dr Rod Bremner.

Okazuje się, że niektóre nowotwory, np. prostaty czy płuc, celowo wyłączają produkcję tego białka, aby poradzić sobie z lekami. Co więcej, badacze odkryli, że białko YAP reguluje tzw. pływalność komórki – w jego obecności komórka ma tendencję do opadania i przylegania do podłoża, a gdy białko jest nieobecne komórka unosi się w płynie. To cechy komórek od dawna łączone z ich opornością na leczenie. – Prosta zero-jedynkowa zasada, którą odkryliśmy, może ujawnić strategię leczenia wielu rodzajów raka, które należą albo do kategorii z wyłączonym białkiem YAP albo do kategorii z włączonym białkiem YAP. Ponieważ nowotwory uczą się unikać terapii opracowanie sposobu leczenia choroby z wyłączonym oraz z włączonym YAP może stać się ogólnym podejściem zapobiegania oporności nowotworów na leczenie – podkreśla współautor publikacji prof. Joel Pearson. ■

Źródło: *Cancer Cell*, 2021

► SARS-COV-2 „INWESTUJE” W WIĘKSZĄ ZAKAŹNOŚĆ I OPORNOŚĆ

Naukowcom udało się odkryć sposób, w jaki SARS-CoV-2 kumuluje mutacje swojego białka spike (kolca), aby wzmocnić swoją



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/corona-5174671/geralt

zdolność do szybkiego rozprzestrzeniania się w populacjach ludzkich oraz oporność na przeciwciała gospodarza – donosi czasopismo „Science”.

Zespół badaczy z Instytutu Wakcynologicznego Duke’a Humana opracowali modele strukturalne do identyfikacji zmian w białku kolca koronawirusa. – Kolec na powierzchni wirusa SARS-CoV-2 pomaga mu przedostawać się do wnętrza komórek gospodarza. Zmiany w białku kolców determinują więc zakaźność wirusa, to, jak daleko i jak szybko się rozprzestrzenia. Niektóre warianty kolca występują w różnych czasach i różnych miejscach na całym świecie, a powstały niezależnie od siebie. Aby zwyciężyć z pandemią, musimy zrozumieć mechanikę tych mutacji – tłumaczy autorka badania dr Priyamvada Acharya.

Badacze za pomocą technik mikroskopii krioelektronowej zwizualizowali na poziomie atomowym strukturę wiązań białka. Dzięki temu udało się odtworzyć działania prawdziwego wirusa. – Budując szkielet kolca, mogliśmy zobaczyć, jak się on porusza i jak ten ruch zmienia się wraz z mutacjami. Różne warianty kolców nie ruszają się w ten sam sposób, ale wykonują to samo zadanie – tłumaczy współautor publikacji dr Rory Henderson. Dowiedziano jednak w ten sposób, że wszystkie nowe warianty powstałe w wyniku mutacji białek kolca wykazują zwiększoną zdolność do wiązania się z komórkami gospodarza, a w szczególności z receptorem ACE2. Co więcej, zidentyfikowane mutacje wpływają na uodparnianie się wirusa na przeciwciała układu odpornościowego zakażonego organizmu, co rodzi poważne obawy o zmniejszoną skuteczność obecnych szczepionek. – Nasze badanie rzuciło światło na złożoność tego zjawiska. To zdumiewające, jak wiele różnych sposobów wirus ma na to, aby stawać się bardziej zakaźnym i inwazyjnym. Natura jest sprytna – podkreślają autorzy badania. ■

Źródło: *Science*, 2021

► NIEZWYKŁY HYDROŻEL W LECZENIU CHOROBY PARKINSONA

Jednorazowa terapia w leczeniu choroby Parkinsona i prawdopodobnie także innych schorzeń neurologicznych m.in. wywołanych udarami mózgu za pomocą nowatorskiego hydrożelu. Dzięki odkryciu australijskich naukowców taka metoda terapii ma szansę stać się pierwszym skutecznym lekiem dla osób z parkinsonizmem – donosi czasopismo „Advanced Functional Materials”.

Naukowcy z Australijskiego Uniwersytetu Narodowego we współpracy z Instytutem Neuronauki i Zdrowia Psychicznego Florey opracowali specjalny żel składający się z aminokwasów podawany jednorazowo w formie wstrzyknięcia domózgowego. Po iniekcji hydrożel zamienia się w płyn, co ułatwia jego



Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/alcohol-gel-818252/Gadini

wprowadzenie przez małą kapilarę. Następnie żel powraca do swojej stałej postaci, wypełnia puste przestrzenie o nieregularnych kształtach umożliwiając w ten sposób bezpieczny transport zastępczych komórek macierzystych do uszkodzonych części mózgowia. – Prawdziwą zmianą jest fakt, że to jednorazowa interwencja – powiedział prof. David Nisbet z Australijskiego Uniwersytetu Narodowego. W praktyce pacjent, który chciałby złagodzić objawy swojej choroby na wiele lat, tylko raz musiałby zgłosić się do szpitala. Prof. Nisbet ma nadzieję, że badania kliniczne nad opracowanym preparatem rozpoczną się w ciągu najbliższych pięciu lat. Dotychczasowe testy na zwierzętach potwierdziły jego skuteczność w zwalczaniu zaburzeń ruchowych związanych z chorobą Parkinsona u szczurów. ■

Źródło: *Advanced Functional Materials*, 2021

► WIRUS MARBURG POWRACA

W czasie narastającej fali pandemii życie nie oszczędza nam kolejnych niespodzianek. Niedawno świat obiegła bardzo niepokojąca wiadomość o uaktywnieniu się kolejnego groźnego patogenu, wirusa Marburg. – Mamy pierwszy przypadek śmiertelny w Gwinei, w Afryce Zachodniej. Wcześniej w tym regionie diagnozowano przypadki zakażenia Ebolą. Ostatnia epidemia Marburga miała miejsce w Angoli w 2005 roku. Wówczas zmarło 200 osób – informuje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO).

Wirus Marburg po raz pierwszy został udokumentowany w Niemczech i Jugosławii w 1967 roku. Rozprzestrzenił się za sprawą koczokodanów zielonych przywiezionych z Ugandy. Na wirusa Marburg pochodzącego z tej samej rodziny, co wirus Ebola, nie wynaleziono jeszcze szczepionki. To patogen wysoce zakaźny – śmiertelność w przypadku zakażenia wirusem Marburg sięga nawet 88%.

Choroba wirusowa Marburga przenoszona jest na ludzi przez nietoperze. Po 5-10 dniowym okresie inkubacji dochodzi do ogólnego osłabienia, bólu mięśni i głowy oraz wysokiej gorączki. Pojawia się także charakterystyczna, plamisto-grudkowa wysypka na tułowie, występuje nieżyt górnych dróg oddechowych, często też biegunka, wymioty i bóle brzucha. Obecnie służby poszukują osób, które miały kontakt ze zmarłym mężczyzną. Jak do tej pory zidentyfikowano cztery kontakty wysokiego ryzyka, w tym pracownika służby zdrowia, oprócz 146 innych, które mogą być zagrożone. ■

Źródło: WHO, 2021

Opracował Mariusz Kiełar

W OCZEKIWANIU NA DIALOG



Fot. M. I. A. Sz.

Tekst Magdalena Janiszewska, Aleksandra Szoltys

11 września wyszli na ulice Warszawy. Lekarze, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, diagnosty laboratoryjni, opiekunowie medyczni i pracownicy niemedyczni. Jak szacują organizatorzy – co najmniej 30 tysięcy osób. Wszystko w ramach wielkiego protestu pracowników ochrony zdrowia. Było głośno, bardzo głośno... Na twarzach manifestujących determinacja, bo czara goryczy po prostu się przełata. Na transparentach m.in. hasła: „Ochrona zdrowia kona! Wyleczcie albo dobijcie!”, „Polska ochrona zdrowia umiera z przepracowania”, „Jeden lekarz = jeden etat”, „Dajcie szansę pacjentom”. Protestujący przeszli z pl. Krasińskich pod Ministerstwo Zdrowia, stamtąd udali się pod Pałac Prezydencki i gmach Sejmu, a następnie pod Kancelarię Prezesa Rady Ministrów. W dniu manifestacji było wręcz upalnie. Ale to nie upał, lecz brak dialogu ze stroną rządzącą doskwierał najbardziej. Naprzeciwko KPRM powstało finalnie białe miasteczko 2.0 (dziś działa w formule „Cichego dyżuru”). Od siedziby premiera odgradzono je barierami. Protest wciąż jednak trwa... Komitet Protestacyjno-Strajkowy nadal liczy na dialog i realizację 6 kluczowych postulatów.

Silna reprezentacja z Dolnego Śląska

Porozumienie Rezydentów OZZL, OZZL i Dolnośląska Izba Lekarska zawarły na ten trudny czas szczyki. W manifestacji wzięła udział liczna reprezentacja z Dolnego Śląska, z dr. n. med. Pawłem Wróblewskim, prezesem DRL i koordynatorem PR OZZL na Dolny Śląsk Dawidem Żyrkiem na czele. – Największym zagrożeniem dla działania polskiego systemu ochrony zdrowia wydaje się dziś być exodus specjalistów ze szpitali publicznych do sektora prywatnego. Szpitale po prostu pustoszeją. A trzeba pamiętać, że dla nas – lekarzy – najważniejszy jest pacjent i jego bezpieczeństwo, ale żeby był on bezpieczny, to bezpieczny musi być medyk i nie bać się prokuratury – mówił w czasie protestu szef dolnośląskiego samorządu lekarskiego. Niósł też transparent z hasłami: „no-fault”, „nowa siatka płac”, „lepsze warunki pracy”. Ale to nie wszystkie postulaty pracowników ochrony zdrowia.

O co walczą medycy?

Postulaty są różne, obejmują kwestie finansowe, organizacyjne i prawne. Pracownicy ochrony zdrowia domagają się szybszego niż planowany wzrostu nakładów na system opieki zdrowotnej, zmiany ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia, zatrudnienia dodatkowego personelu administracyjnego i pomocniczego, wzrostu wyceny świadczeń medycznych i ryczałtów, wprowadzenia norm zatrudnienia zależnych od liczby pacjentów, wprowadzenia urlopu zdrowotnego po 15 latach pracy. Komitet Protestacyjny walczy także o stworzenie odpowiedniego systemu rejestrowania zdarzeń medycznych niepożądanych oraz zapewnienia zawodom medycznym statusu funkcjonariuszy publicznych. Ministerstwo Zdrowia oszacowało skutki finansowe przedłożonych postulatów na 104,7 mld zł w 2022 roku. – Można użyć tego rodzaju porównania, że tutaj zostało sformułowane oczekiwanie, że już jutro musimy odpalić rakietę i polecieć na Marsa. To jest po prostu nierealne – komentował minister Niedzielski. Medycy domagają się przedłożenia materiałów, na podstawie których koszty oszacowano.

Chcemy rozmawiać z premierem

O reformę systemu ochrony zdrowia medycy walczą od lat, ale kroplą, która przełała czarę goryczy, była ustawa podwyższająca minimalne wynagrodzenie pracownikom tego sektora. Dotychczasowe spotkania z ministrem zdrowia Adamem Niedzielskim kończyły się fiaskiem. – Chcemy rozmawiać z premierem, ponieważ z ministrem zdrowia rozmawiamy od kilku miesięcy i nic z tego nie wynika – mówili protestujący. Szef resortu zdrowia poinformował, że premier Morawiecki nie weźmie udziału w rozmowach. Szukaniem innych form dialogu ze środowiskiem medycznym ma zająć się powołany przez ministra Niedzielskiego nowy wiceminister zdrowia ds. dialogu społecznego Piotr Bromber. – Pan minister jedną decyzją wydaje miesięcznie 16 tys. złotych na pensje nowego wiceministra. Nie wiem, czy zdajecie sobie państwo sprawę – to jest niemalże 107 godzin psychoterapii, na którą nasi pacjenci czekają w tym momencie 2 lata. Panie ministrze, stać nas na to? – komentowała decyzję o nowym wiceministrze Anna Bazydło, wiceprzewodnicząca Porozumienia Rezydentów. Medycy wciąż czekają na spotkanie z premierem Morawickim.

W odpowiedzi na ciszę ze strony rządu protestujący rozbili tzw. białe miasteczko, na wzór tego, które 14 lat temu stworzyły pielęgniarki. – Będziemy siedzieć tutaj dotąd, aż zostaną spełnione wszystkie nasze postulaty – podkreślał Wojciech Szaraniec, przewodniczący Porozumienia Rezydentów. Miasteczko zostało usytuowane naprzeciwko Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Do niedzieli 19 września organizowane były bezpłatne porady, warsztaty i badania profilaktyczne. Każdy dzień poświęcony był ważnym tematowi, często zaniedbywanym w ochronie zdrowia. I tak był dzień psychiatrii, chirurgii, onkologii. Taka formuła zmieniła się na jakiś czas po tragicznym zdarzeniu, w wyniku którego 94-letni mężczyzna zmarł. Ze wstępnych ustaleń policji wynika, że doszło do samookaleczenia. Komitet protestacyjno-strajkowy ogłosił, że formuła działalności białego miasteczka zmieniła się w tzw. „cichy dyżur”. Powrót do pierwotnej działalności miasteczka nastąpił 24 września, a kilka dni później protestujący gościli prawie 5000 osób, przeprowadzając darmowe badania profilaktyczne i konsultacje.

21 września 2021 r. Komitet Protestacyjny Ratowników Medycznych oraz Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego zawarli porozumienie z Ministrem Zdrowia. Ratownicy medyczni otrzymają od 1 października br. m.in. dodatek wyjazdowy w wysokości 30% wynagrodzenia zasadniczego. Porozumienie wywołało burzę wśród części protestujących i podzieliło środowisko ratowników. – To porozumienie zostało podpisane przez jedną osobę, nie było żadnej konsultacji z związkiem z tym porozumieniem ze środowiskiem ratowników medycznych. My nie zgadzamy się na to, co tam się wydarzyło, co zostało podpisane – skomentował jeden z ratowników medycznych.

Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia został zawiązany 2 sierpnia 2021 r. w celu poprawy warunków pracy i wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia. W jego skład wchodzi przedstawiciele m.in.: Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Techników Medycznych Radioterapii, Naczelnej Izby Lekarskiej, Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Ratownictwa Medycznego. ■



W manifestacji wzięła udział liczna reprezentacja z Dolnego Śląska, z dr. n. med. Pawłem Wróblewskim, prezesem DRL na czele (I od prawej na pierwszym planie).



W Wielkim Proteście Pracowników Ochrony zdrowia uczestniczyło co najmniej 30 tysięcy osób.



Wybory delegatów

NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY DIL
NA OKRES IX KADENCJI

Przed nami wybory na IX kadencję



Szanowna Koleżanko! Szanowny Kolego! Oddaj głos!

Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu informuje, że wybory na XLI Zjazd Delegatów DIL weszły w decydującą fazę, czyli głosowanie w rejonach wyborczych.

W związku z powyższym Okręgowa Komisja Wyborcza DIL przypomina i prosi o uaktualnienie w rejestrze lekarzy DIL adresu do korespondencji. **Wniosek dotyczący zmiany adresu zamieszkania i adresu korespondencyjnego można złożyć elektronicznie. Jest on dostępny na stronie internetowej DIL w zakładce Rejestr lekarzy.**

Dolnośląska Izba Lekarska to MY, lekarze i lekarze dentyści – każdy, kto czyta ten tekst. To, jaka jest i będzie nasza Izba, zależy od nas wszystkich. Aktywne uczestnictwo w wyborach do samorządu lekarskiego gwarantuje wyłonienie godnej reprezentacji delegatów. Szanowna Koleżanko! Szanowny Kolego! Oddaj głos drogą korespondencyjną lub poprzez głosowanie osobiste przy urnie.

Informacje związane z terminem, czasem i miejscem głosowania w Państwa Rejonie wyborczym będą dostępne w BIP oraz w instrukcji wyborczej, która przyjdzie do Państwa wraz z pakietem wyborczym.

Prosimy o śledzenie zakładki Wybory na stronie internetowej DIL, w której publikujemy wszelkie informacje wyborcze.

lek. Małgorzata Niemiec,
przewodnicząca Okręgowej Komisji Wyborczej DIL

KALENDARZ WYBORCZY

do 30 listopada 2021 r.

– głosowanie w rejonach wyborczych

- powołanie komisji skrutacyjnych przez przewodniczącego okręgowej komisji wyborczej;
- ustalenie przez okręgową komisję wyborczą: dnia, miejsca oraz okresu głosowania, obejmującego od 1 do 12 godzin, w danym rejonie wyborczym;
- przekazanie członkowi rejonu wyborczego informacji o terminie, miejscu i okresie głosowania i jednocześnie informacji o możliwości i trybie głosowania w drodze korespondencyjnej;
- przyjmowanie przez okręgową komisję wyborczą głosów oddawanych przez członków określonego rejonu wyborczego w drodze korespondencyjnej;
- przeprowadzenie głosowania osobistego (do urny), w określonym uprzednio terminie i miejscu oraz ustalenie wyników głosowania w danym rejonie przez komisję skrutacyjną powołaną przez przewodniczącego OKW.

do 15 grudnia 2021 r.

– ogłoszenie wyników wyborów

- sprawdzenie prawidłowości przeprowadzenia wyborów przez komisję wyborczą;
- uchwała okręgowej komisji wyborczej w terminie do 14 dni od daty przeprowadzenia ostatniego głosowania w rejonie wyborczym, potwierdzająca wyniki głosowania i wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy;
- opublikowanie wyników wyborów na stronie internetowej (na podstawie ww. uchwały okręgowej komisji wyborczej).

do 15 stycznia 2022 r.

– rozpatrywanie protestów

- w przypadku zgłoszenia protestu – przyjmowanie i rozpatrywanie protestów od wyników wyborów w rejonach:
 - protest przeciwko ważności wyborów zgłoszony przez członka rejonu wyborczego – do 7 dni od dnia ogłoszenia wyników wyborów;
 - okręgowa komisja wyborcza przekazuje protest okręgowemu sądowi lekarskiemu do 7 dni od dnia otrzymania protestu;
 - okręgowy sąd lekarski rozpatruje protest i wydaje postanowienie w przedmiocie ważności/nieważności wyborów do 14 dni od dnia otrzymania protestu;
- Obwieszczenie o wynikach wyborów publikowane w BIP izby lekarskiej oraz w biuletynie (miesięczniku).

do 15 stycznia 2022 r.

– kolejne tury wyborów

- w przypadku liczby wybranych delegatów na okręgowy zjazd lekarzy mniejszej niż połowa liczby mandatów ustalonych uchwałą okręgowej rady lekarskiej, okręgowa komisja wyborcza organizuje i przeprowadza kolejne wybory na wakuujące mandaty w rejonach wyborczych, w których nie wybrano delegatów lub w których nie wszystkie mandaty zostały obsadzone albo na skutek postanowienia sądu o nieważności wyborów;
- w przypadku liczby wybranych delegatów na okręgowy zjazd lekarzy większej niż połowa liczby mandatów, w rejonie wyborczym w którym nie dokonano wyboru okręgowa komisja wyborcza przeprowadza ponowne wybory na pisemny wniosek co najmniej 20% ogólnej liczby członków rejonu wyborczego, złożony w terminie umożliwiającym przeprowadzenie wyborów przed zjazdem zgodnie z przepisami uchwały, pod warunkiem równoczesnego zgłoszenia co najmniej jednego kandydata;
- lista kandydatów jest ponownie ustalana i może uwzględniać nowych kandydatów;
- przeprowadzenie głosowania w rejonach wyborczych przebiega analogicznie jak w pierwszej turze wyborów;
- kolejne tury wyborów przeprowadza okręgowa komisja wyborcza co najmniej do czasu obsadzenia połowy liczby mandatów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy;
- w przypadku zgłoszenia protestu – przyjmowanie i rozpatrywanie protestów od wyników wyborów w rejonach;
- obwieszczenie o wynikach II tury wyborów (i ew. kolejnych) publikowane w BIP izby lekarskiej oraz w biuletynie.

**do 31 marca 2022 r. – zwołanie
sprawozdawczo-wyborczego
okręgowego zjazdu lekarzy**

- zwołanie przez okręgową radę lekarską sprawozdawczo-wyborczych okręgowych zjazdów lekarzy (nie wcześniej niż 30 dni od dnia ogłoszenia obwieszczenia o wynikach wyborów przeprowadzonych w ostatniej turze wyborów);
- obwieszczenie o wynikach wyborów delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy.

Od 15 maja do 31 maja 2022 r. – zwołanie KZL

Kalendarz wyborów Delegatów na Okręgowe Zjazdy Lekarzy i Krajowy Zjazd Lekarzy na okres IX kadencji stanowiący załącznik do uchwały Krajowej Komisji Wyborczej z dnia 26 września 2020 r. dostępny na stronie internetowej DIL w zakładce Wybory.

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 przesyłać go w obrocie krajowym i zagranicznym.

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

Wybory delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy DIL na okres IX kadencji

INSTRUKCJA GŁOSOWANIA W TRYBIE KORESPONDENCYJNYM

1. Otrzymali Państwo dużą kopertę oznaczoną naklejką: Wybory IX Kadencji. W kopercie powinna znajdować się:
 - karta do głosowania;
 - mała, biała nieoznakowana koperta;
 - instrukcja głosowania;
 - zewnętrzna koperta z opłaconym znaczkiem.
2. Na karcie do głosowania należy zaznaczyć znakiem: X, V, + tyle kwadracików, ile wskazuje liczba mandatów znajdująca się w górnej części karty do głosowania.
3. Kartę należy włożyć do białej nieoznakowanej koperty i ją zakleić.
4. W dalszym kroku białą nieoznakowaną kopertę z kartą do głosowania w środku należy włożyć do koperty zewnętrznej. Kopertę należy zamknąć i w miejscu sklejenia koperty w wyznaczonym miejscu należy wstawić pieczętkę i się podpisać.
5. **Bez pieczętki i podpisu głos znajdujący się w kopercie jest nieważny!**



Wielka zmiana w „Przylądku Nadziei”

Profesor dr hab. n. med. Alicja Chybicka, która od 21 lat kierowała wrocławską kliniką hematologii i onkologii dziecięcej, odchodzi na emeryturę. Jej miejsce zajmie prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kałwak.



► PROF. DR HAB. N. MED.
KRZYSZTOF KAŁWAK

Pół roku temu prof. Chybicka poinformowała szefostwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, że zamierza odejść. Rektor prof. Piotr Ponikowski zaproponował jej, żeby została, jednak pani profesor odmówiła. Rozpisano konkurs na nowego szefa kliniki – wygrał go prof. Krzysztof Kałwak. Zmiana warty nastąpiła 1 października.

Młodości nie da się przywrócić

– Trzeba wiedzieć, kiedy ze sceny zejść – uśmiecha się prof. Alicja Chybicka. – W maju tego roku skończyłam 70 lat i stwierdziłam, że klinika powinna pójść w młodsze, sprawniejsze ręce. Nie da się oszukać czasu. Już 10 lat temu osiągnęłam wiek emerytalny, a nadal pracowałam i nie przeszłam na emeryturę. Teraz już czas. Nie ma co się oszukiwać, że mam taką samą kondycję, jaką miałam 20 lat temu. Czas jest nieubłagany. Młodości nie da się przywrócić... – dodaje.

W klinice hematologii i onkologii dziecięcej pracowała 46 lat, a przez 21 była jej szefową. Serce nie boli, że rezygnuje z jej kierowania? – Trochę mi jest smutno – przyznaje prof. Chybicka, ale szybko dodaje: – Jednak bardziej się cieszę, niż martwię, bo uważam, że młode siły w postaci prof. Krzysztofa Kałwaka pchną klinikę jeszcze wyżej. Jajo jest zawsze mądrzejsze od kury... – śmieje się. – Jestem pewna, że prof. Kałwak będzie jeszcze bardziej niż ja klinikę rozwijał i że będzie dzięki niemu jeszcze silniejsza, zwłaszcza na polu międzynarodowym.

Pracował na to cały zespół

Przez prawie pół wieku pracy w zawodzie i prawie ćwierć wieku kierowania kliniką najważniejsze w pracy były dla prof. Chybickiej dzieci. Ich dobro. Ich zdrowie. – A wiem, że pacjenci i rodzice uwielbiają pana profesora Kałwaka i że zadba o to, żeby nikt i nigdy im krzywdy nie zrobił – dodaje prof. Chybicka.

Klinika Hematologii i Onkologii Dziecięcej we Wrocławiu to szpital, w którym mali pacjenci otrzymują pomoc najlepszą z możliwych: wyleczalność jest na poziomie 85%, a niektóre choroby są pokonane w prawie 100%. „Przylądek Nadziei” ma doskonałą markę: i w Polsce, i na świecie. – A będzie miał jeszcze lepszą. Oczywiście ta pozycja wrocławskiej kliniki to nie jest tylko moje osiągnięcie, ale przede wszystkim całego fantastycznego zespołu, którym miałam okazję kierować. Człowiek sam nie znaczy nic. W pracy, jak w rodzinie, jeśli każdy dobrze robi to, co należy do jego obowiązków, to wszystko dobrze funkcjonuje – stwierdza pani profesor. – Dlatego gorąco dziękuję całemu mojemu zespołowi: za to, co zrobił, żeby chore dzieci miały lepsze warunki wyleczalności, żeby wszystko było tak, jak należy – dodaje.

Bo dzieci są najważniejsze. I ich zdrowie

Co uważa za swój największy sukces? Pani profesor odpowiada bez zastanowienia: „Każde wyleczone dziecko”. – Sukcesem w tej jednostce, i w tej pracy, jest wyłącznie wyleczony pacjent. Oczywiście działalność naukowa też jest ważna, ale zawsze dzieci były dla mnie najważniejsze i wszystko było im podporządkowane – mówi prof. Chybicka. – Oczywiście na polu naukowym pomagałam wszystkim tym, którzy chcieli się doktoryzować, habilitować: zawsze byliśmy na wysokich lokatach w uczelni, jeśli chodzi o ilość zdobywanych punktów. A teraz na pewno prof. Kałwak wysoko to utrzyma – on jest torpedą naukową i da sobie z tym świetnie radę – dodaje. – Życzę mu powodzenia, bo jego powodzenie to powodzenie dzieci, całego zespołu i całej kliniki.

Lata walki o nową klinikę

Wielkim sukcesem prof. Alicji Chybickiej jest wybudowanie nowej kliniki: nowoczesnej, na najwyższym poziomie. – 10 lat o nią walczyłam. To nie było łatwe – wspomina. – Ciężka praca,

walka, żeby narodził się „Przylądek Nadziei”. No i z pewnością znalazłam się w odpowiednim miejscu, w odpowiednim czasie: moje wejście do polityki, czego wcale tak bardzo nie chciałam na początku, spowodowało, że wreszcie znalazły się pieniądze na budowę Przylądka. Ta polityka, jak pan widzi, ma jednak swoje plusy, bo bardzo dużo dobrego udało mi się dzięki niej zrobić dla moich dzieci – opowiada pani profesor. Gdy prof. Chybicka ogłosiła, że odchodzi, rezygnuje z kierowania kliniką, zaczęła otrzymywać mnóstwo listów, telefonów... – Ludzie nie wierzą, że odchodzę. Przyszłość jednak należy do ludzi młodych: tak, jak i w życiu, tak i w „Przylądku Nadziei”. Tylko młodzi ludzie warunkują prawdziwy rozwój tej kliniki... – stwierdza pani profesor.

Nie tylko w Polsce, ale i na świecie

Kierowanie „Przylądkiem Nadziei” to wielkie wyzwanie, ale i wielkie możliwości dla jej nowego szefa. – Przede wszystkim jednak to jest wielki zaszczyt. Zostanie kierownikiem Kliniki Hematologii i Onkologii Dziecięcej, po takiej osobowości jak prof. Alicja Chybicka, to jest olbrzymia sprawa. I olbrzymia odpowiedzialność również, bo „Przylądek Nadziei” to wielka klinika – mówi prof. Krzysztof Kałwak. Rzeczywiście: 77 łóżek, największy w Polsce oddział transplantacji komórek krwiotwórczych dla dzieci. To też ponadregionalna klinika, która działa nie tylko we Wrocławiu, na Dolnym Śląsku, ale w wymiarze krajowym, a w przyszłości będzie z pewnością działać w wymiarze międzynarodowym.

Nowy szef wysoko stawia poprzeczkę

Jakie cele postawił przed sobą i swoim zespołem nowy szef kliniki? – Bardzo dużo wyzwań (uśmiech). Pewnie wszystkiego nie uda się zrealizować, bo do tego potrzeba pieniędzy, ludzi, a wiemy doskonale, że i z jednym i z drugim są problemy, bo tak niestety jest w ochronie zdrowia w Polsce, że zawsze czegoś nam brakuje. Ostatnio – powiem szczerze – brakuje nam ludzi. Ciągłe w „Przylądku Nadziei” jest jeden oddział, który pracuje na pół gwizdka, bo nie mamy w odpowiedniej liczby kadry pielęgniarskiej i lekarskiej. Ale mam nadzieję, że to mocno się zmieni, że uda mi się – wspólnie z dyrekcją Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego – odpowiednio wzmocnić kadrę. Chciałbym, żeby Przylądek pracował na 130 procent, bo takie możliwości na pewno są. A cele? My już jesteśmy kliniką bardzo nowoczesną i innowacyjną. I to jest początek drogi, bo na przykład bardzo chciałbym zbudować oddział immunoterapii dla pacjentów z całej Polski – zarówno immunoterapii CAR-T, jak i innych form immunoterapii. Niebawem będziemy mogli, od końca tego roku, zaoferować terapię genową dla pacjentów z ciężkim niedoborem odporności. To jest bardzo rzadka jednostka chorobowa i prace są prowadzone we współpracy z ośrodkiem w Holandii.

Wyzwanie dla kadry dydaktycznej

Klinika to nie jest tylko oddział przeszczepowy. To też oddziały onkologii dziecięcej, bardzo duże, bo ponadregionalne. To też oddział wzmoczonego nadzoru, to też poradnia krzepnięcia krwi. Profesor Kałwak chciałby stworzyć w Przylądku poradnię immunologiczną dla pacjentów z obniżoną odpornością po leczeniu onkologicznym, po przeszczepach szpiku i dla pacjentów z pierwotnymi niedoborami odporności.

– Mamy specjalistów w każdej dziedzinie – od transplantologii, po immunologię – więc pole do popisu jest u nas w klinice bardzo duże. Myślę, że praca z tak dużym zespołem nie jest łatwa, ale jest wiele celów, które trzeba powoli realizować. Jest też olbrzymi obszar dydaktyczny, bo w klinice prowadzimy rocznie ponad 6,5 tysiąca godzin zajęć ze studentami. To jest »



też wyzwanie dla kadry dydaktycznej, bo mamy też pomysły, jak poprawić i ten obszar naszej pracy – opowiada prof. Kałwak.

A wyzwania bardziej przyziemne? Codzienne? „Przylądek Nadziei” został zbudowany w 2015 roku – wtedy pacjenci i personel przenieśli się do niego z kliniki przy ul. Bujwida, która była pełna felerów. Przylądek jest budynkiem pięknym, nowym, ale po pięciu latach są już w nim miejsca, rzeczy, które można by poprawić, zmodyfikować i to jest też zadanie dla nowego kierownika kliniki. Lista zadań jest spora...

Najważniejszy jest rozwój

– Moim marzeniem jest, żeby zrealizować chociaż 3/4 z tych planów, jakie sobie postawiłem. Wszystkiego pewnie się nie uda, ale trzeba wierzyć. Mam na to 6 lat – to jest i dużo, i mało. Mam nadzieję, że Przylądek, który zbudowała pani profesor Alicja Chybicka, z nami wszystkimi, z całym zespołem, będzie nadal się rozwijał. Mamy wspaniałych liderów – zarówno w części onkologicznej, jak i w części transplantacyjnej. W rankingach naukowych również jesteśmy stosunkowo wysoko, a będziemy starali się być jeszcze wyżej. Mam nadzieję, że fantastyczny zespół mi w tym pomoże i za parę lat będę mógł z uśmiechem powiedzieć, że stworzyliśmy kolejne wspaniałe lata „Przylądka Nadziei” – dodaje prof. Kałwak.

Zawsze będzie służyć radą

1 października prof. Alicja Chybicka odeszła ze stanowiska szefa „Przylądka Nadziei”. Ale z kliniką się nie rozstaje... – Obiecałam sobie, że Przylądka i dzieci nie zostawię. Będę udzielała, tak jak dotychczas, konsultacji. Nawet pracując w Senacie cały czas przychodzą do mnie e-maile, SMS-y, prośby o konsultacje i ja to wszystko robię. Także nadal będę w radzie fundacji „Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową” i nadal będę pozyskiwała środki. Nawet teraz mam nowego biznesmena, który nas wesprze: jestem na etapie ściągania go do kliniki, działałam cały czas pracując w parlamencie – stwierdza prof. Chybicka.

– Cieszę się, że pani profesor zapowiedziała, że jest zawsze do dyspozycji, że zawsze jest pod e-mailem, pod telefonem, że zawsze może nam pomóc, doradzić. I, że będzie nadal uczestniczyła w życiu kliniki też jako polityk, jako senator RP – dodaje prof. Kałwak.

Od ćwierć wieku z chorymi dziećmi

Jako nowy szef Przylądka prof. Krzysztof Kałwak nie przyszedł znikąd. Z kliniką jest związany od wielu, wielu lat. Swoją karierę rozpoczynał w placówce przy ul. Bujwida, choć swoje pierwsze kroki stażowe miał w klinice hematologii przy ul. Pasteura.

– Moim pierwszym opiekunem naukowym była śp. prof. Sabina Kotlarek-Haus i moim celem – początkowo – była praca w klinice hematologii dorosłych przy ul. Pasteura. Ale... poszedłem na staż z pediatrii właśnie do kliniki hematologii dziecięcej na Bujwida: żeby zobaczyć nowoczesne terapie, bo już wtedy, w latach 90., stosowano je w klinice hematologii dziecięcej pod wodzą śp. prof. Janiny Bogusławskiej-Jaworskiej. To była klinika wzorcowa. Warunki w niej, jak na lata 90., nie były najgorsze. Usiadłem sobie na schodach i czekałem, aż ktoś mnie „zgaranie” i „zgarneła” mnie z tych schodów pani prof. Ewa Gorczyńska, ówczesna szefowa oddziału transplantacji. No i tak mi się tam spodobało, a dodatkowo moje zaangażowanie również spodobało się pani prof. Jaworskiej i pani prof. Gorczyńskiej, że zostałem. W klinice hematologii jestem od 1996 roku do dzisiaj. To już 25 lat – byłem m. in. lekarzem oddziału onkologii dziecięcej, ale przede wszystkim pracowałem na oddziale transplantacji szpiku, rozwijając się, aż w końcu zostałem szefem tego oddziału przeszczepowego, koordynatorem przeszczepiania... – opowiada prof. Kałwak.

Trzeba myśleć o tych, którym udało się uratować

Praca lekarza w klinice hematologii i onkologii dziecięcej jest wyjątkowo trudna. – Kiedy byłem młodym lekarzem, to każdą śmierć bardzo przeżywałem. To były ciężkie chwile. Na przestrzeni tych 25 lat pracy medycyna bardzo poszła do przodu – nasze wyniki leczenia bardzo się poprawiły, choć oczywiście jest wiele do zrobienia. Ale postęp jest gigantyczny. Zawsze traktowałem tę pracę jak bycie żołnierzem na froncie – jestem okopany w rowie i strzelam do widzialnego lub niekiedy niewidzialnego wroga, czyli do komórek nowotworowych. No i oczywiście w wielu przypadkach tę wojnę się wygrywa, ale niestety czasami ma się rany, czasami nie uda się kogoś uratować. I wtedy to jest tragedia. Z drugiej strony, pracując przez wiele lat na oddziale transplantacji szpiku, wychodziłem z założenia, że każdy pacjent, który przychodzi na oddział, nie ma praktycznie szans na życie bez sukcesu przeszczepu – i jeśli my, tym przeszczepem jesteśmy w stanie uratować 60-70% chorych, to to jest bardzo, bardzo dużo. I trzeba myśleć o tych, którym udało się uratować, a nie tylko o tych, którzy nie przeżyli.

Chorzy nie mogą czekać

Profesor Kałwak uważa, że misją każdej kliniki hematologii dziecięcej jest to, żeby nieść pomoc. I to nie tylko od godziny 7.30 do 15.05, ale cały czas. – I tak jest z nami – jesteśmy cały czas „na telefonie”, nawet na urlopie odbieramy rozmowy i odpisujemy na e-maile. Chorzy nie mogą czekać. Każdy z nas jest tak głęboko zaangażowany, że nie potrafi z tego, ot tak, wyjść... Oczywiście, że jest to obciążające, no ale każdy, kto zdecydował się być onkologiem dziecięcym, czy transplantologiem dziecięcym, wie, że jest to misja i na dodatek ciężka misja. Czasami lekarze się wypalają, czasami odchodzą z pracy, ale jednak jest wiele osób, które zostają. Moją rolą jako kierownika będzie również to, żeby jeszcze bardziej wzmocnić tych, którzy zostają w zespole – dodaje. ■

KIM JEST PROF. KRZYSZTOF KAŁWAK

W latach 1988–1994 studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (dyplom z wyróżnieniem). W roku 2000 roku uzyskał stopień doktora nauk medycznych. Temat pracy: „Wczesna i późna rekonstrukcja immunologiczna u dzieci po przeszczepieniu komórek układu krwiotwórczego z uwzględnieniem immunomodulacji i immunoterapii”. Sześć lat później, w 2006 roku, uzyskał stopień doktora habilitowanego nauk medycznych („Wybrane zagadnienia z immunologii okresu poprzyszczepowego u dzieci poddanych transplantacji komórek hematopoetycznych”). W 2014 został profesorem nauk medycznych.

Od 2015 roku zatrudniony na etacie profesora zwyczajnego Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej (w szpitalu pełni funkcję osoby nadzorującej pracę Oddziału Transplantacji Szpiku oraz Kierownika Banku Komórek Krwiotwórczych).

Jest autorem i współautorem ponad 170 publikacji pełnotekstowych wydrukowanych w recenzowanych czasopismach krajowych i zagranicznych. Jest laureatem licznych nagród, m.in. otrzymał indywidualną nagrodę naukową ministra zdrowia w 2004 roku, I nagrodę w dziedzinie nauk klinicznych Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej (PTOiHD) oraz Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej. Odznaczony został również Srebrnym (2008) i Złotym Krzyżem Zasługi (2018) oraz Medalem Komisji Edukacji Narodowej (2015). W roku 2020 roku zajął 48. miejsce w prestiżowym plebiscycie „Pulsu Medycyny” – „Lista Stu najbardziej wpływowych osób w polskiej medycynie” oraz został laureatem VI edycji projektu „30 kreatywnych Wrocławia” w kategorii nauka.

e-dokumentacja medyczna

Jak wdrożyć EDM w placówce medycznej

- 1 Podstawowym wymogiem technicznym jest posiadanie systemu gabinetowego
- 2 Do implementacji EDM potrzebne jest również repozytorium, czyli system przechowywania dokumentów
- 3 Wdrożenie EDM wymaga podłączenia do systemu e-zdrowie (P1) oraz posiadania podpisu cyfrowego
- 4 Każdy wytworzony dokument w postaci EDM wymaga zareportowania zdarzenia medycznego, aby mógł być widoczny w systemie e-zdrowie (P1)



Rodzaje podpisów cyfrowych stosowanych w EDM

- kwalifikowany podpis elektroniczny
- Profil Zaufany (PZ)
- podpis osobisty (e-Dowód)
- certyfikat elektroniczny udostępniony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (tzw. e-ZLA)

Dane indeksu EDM obejmują m.in.

- identyfikator zdarzenia medycznego, w związku z którym wytworzono dokumentację medyczną
- identyfikator EDM
- datę wystawienia EDM
- typ dokumentu; format dokumentu (PIK/DICOM)
- dane usługobiorcy
- status dostępności dokumentu (online/offline)
- adres repozytorium, w którym przechowywana jest dokumentacja medyczna

Wsparcie techniczne Centrum e-Zdrowia



bezpłatna
infolinia



edm-pomoc@cez.gov.pl

Więcej przeczytasz w najnowszym wydaniu *Gazety Lekarskiej*

Typy zdarzeń medycznych

- pobyt w oddziale szpitalnym
- leczenie jednego dnia
- pobyt
- porada
- porada patronażowa
- wizyta
- wizyta patronażowa
- cykl leczenia
- badanie
- sesja
- osoba leczona
- wyjazd ratowniczy
- akcja ratownicza
- transport sanitarny
- transport lotniczy
- hemodializa
- bilans zdrowia
- wyrób medyczny
- szczepienie
- badanie (test) przesiewowe
- świadczenie profilaktyczne
- osoba objęta opieką koordynowaną



► 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

PANDEMIA SZANS:

CYFRYZACJA ZDROWIA NA STERYDACH

Jak się okazuje, pandemia stała się najsukcesowniejszą siłą sprawczą cyfryzacji polskiej opieki zdrowotnej. Szansę na jej szybkie wdrożenie stworzyła sytuacja bezpośredniego zagrożenia epidemicznego. Nie ulega wątpliwości, że bez wsparcia rozwiązań informatycznych dramatyzm najcięższych miesięcy pandemii COVID-19 mógłby być jeszcze większy. Dzięki ich szybkiemu wdrożeniu na naszych oczach dokonał się prawdziwy „skok w hiperprzestrzeń” – sukces na miarę historycznego precedensu, dzięki któremu wszystko ma być inne.

Analizy potwierdzają fakty: pandemia COVID-19 stała się kołem zamachowym rozwoju cyfrowej opieki zdrowotnej w naszym kraju. W tym trudnym dla wszystkich czasie zyskały szczególnie takie rozwiązania z zakresu cyfrowego zdrowia, jak łączność telemedyczna, telekonsultacje, telemonitorowanie czy aplikacje mobilne. Szacuje się, że liczba osób w Polsce korzystających z przynajmniej jednej usługi elektronicznej w sektorze gospodarki – w tym także w ramach świadczeń opieki zdrowotnej – przed epidemią wynosiła 66% i wzrosła w czasie epidemii do prawie 80%. Oznacza to w przeliczeniu ponad 6,5 miliona nowych obywateli, którzy w stosunkowo krótkim czasie zasilili szeregi użytkowników systemów elektronicznej administracji publicznej.

Co więcej, wszystko wskazuje na to, że znajdujemy się dopiero na początku nadchodzących zmian. Dokonują się one w znacznie szerszym wymiarze społecznym, dla którego obserwowane dziś trendy są jedynie zapowiedzią. Zdaniem ekspertów doświadczenie kryzysu pandemicznego na skalę globalną w ciągu kilku najbliższych lat wymusi zupełnie inne standardy organizacji i funkcjonowania przynajmniej w trzech kluczowych obszarach współczesnej opieki zdrowotnej, tj.: konsultacje i opieka zdrowotna na odległość, digitalizacja dokumentów i procesów zarządzania informacją oraz cyberbezpieczeństwo.

W ciągu ostatnich dwóch dekad wyraźnie wzrosło wykorzystanie tzw. zdalnych konsultacji medycznych w świadczeniu usług zdrowotnych. W czasie trwania pandemii niestacjonarne formy kontaktu z lekarzem niewymagające osobistego przyjazdu pacjenta do placówki medycznej oraz czekania w kolejce z konieczności zastąpiły wizyty online. Szacuje się, że ponad 8 na 10 kontaktów z poradniami podstawowej opieki zdrowotnej odbywało się w tym czasie zdalnie. Jednocześnie ponad 90% ankietowanych polskich pacjentów deklaroowało, że teleporady pomogły im skutecznie rozwiązać zgłaszane problemy zdrowotne. To wszystko składa się na optymistyczne postrzeganie współczesnych możliwości i udogodnień oferowanych przez telemedycynę w rutynowej praktyce klinicznej, które potwierdza prawie 90% respondentów.

Także przyspieszona cyfryzacja publicznej opieki zdrowotnej wymuszona wybuchem pandemii w praktyce stała się nieocenionym ułatwieniem dla ponad połowy Polaków, którzy w szczycie lockdown'u doświadczali problemów z załatwieniem codziennych spraw wynikających z wprowadzonych obostrzeń epidemicznych i zamkniętych instytucji (nota bene szczególnie placówek opieki zdrowotnej). Dobrym przykładem nowego podejścia w zakresie digitalizacji dużych zasobów informacyjnych mogą być systemy elektronicznych kartotek zdrowia. To cyfrowe „integratory” różnego rodzaju komplementarnych rekordów informacji, notatek pacjentów, danych stricte klinicznych, narzędzi wspomagania decyzji, e-recept, e-skierowań oraz innych użytecznych aplikacji informatycznych. Szczególnie w czasie zagrożenia epidemicznego dzięki takim kompleksowym rozwiązaniom cyfrowym możliwe jest najbardziej efektywne dostarczanie skoordynowanej opieki zdrowotnej.

Wydaje się, że w tym samym kierunku zmierza plan transformacji cyfrowej, wzmacniania efektywności, dostępności i jakości systemu ochrony zdrowia zaprezentowany w Krajowym Planie Odbudowy (KPO). Zgodnie z jego założeniami kontynuowany będzie rozwój publicznych usług cyfrowych w ochronie zdrowia, w tym m.in. stworzenie Centralnego Repozytorium Danych Medycznych, rozwój wymiany Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, rozwój i wdrażanie narzędzi informatycznych wspomagających pracę lekarza, stworzenie rozwiązań telemedycznych i ich integracja z dostępnymi usługami e-zdrowia, rozwój kompetencji cyfrowych kadr medycznych, cyfryzacja procesów ochrony epidemiologicznej oraz rozwój infrastruktury IT w ochronie zdrowia. Rządowy dokument przewiduje także podjęcie działań na rzecz udostępnienia szerokiego zakresu usług publicznych drogą elektroniczną oraz opracowania strategii e-zdrowia wyznaczającej kierunki transformacji cyfrowej w naszym kraju. Jednym z przykładów orientacji polityki zdrowotnej na powyższe cele może być m.in. dość rozbudowane Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 lipca 2021 roku w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania opasek telemedycznych w podstawowej opiece zdrowotnej.

Wszystkie obecnie funkcjonujące i planowane rozwiązania w obszarze cyfryzacji opieki zdrowotnej wymagają fundamentu wielostronnego zaufania oraz bezpieczeństwa przetwarzania danych w formacie elektronicznym. Dlatego też

” —
Wszystkie obecnie funkcjonujące i planowane rozwiązania w obszarze cyfryzacji opieki zdrowotnej wymagają fundamentu wielostronnego zaufania oraz bezpieczeństwa przetwarzania danych w formacie elektronicznym.
“

w codziennej praktyce coraz większego znaczenia nabierają realne możliwości zagwarantowania cyberbezpieczeństwa w systemach placówek ochrony zdrowia. Liczby mówią same za siebie: w ciągu ostatnich 6 miesięcy liczba ataków typu ransomware (tj. z wykorzystaniem wrogiego oprogramowania blokującego użytkownikowi dostęp do danych powiązanego z żądaniem okupu za przywrócenie stanu pierwotnego – przyp. autora) wzrosła na całym świecie o 58%. Tylko w pierwszej połowie ubiegłego roku w wyniku cyberataków z cyfrowych baz danych „wyciekło” 36 milionów rekordów danych. Z kolei w ubiegłym roku globalna liczba incydentów złamania zabezpieczeń w sektorze medycznym wzrosła o 55% w porównaniu do roku poprzedniego.

Rozumiejąc i doceniając wszystkie korzyści z przyspieszonej transformacji cyfrowej w opiece zdrowotnej warto spojrzeć na jej sukces także z nieco innej perspektywy. Wydaje się, że znajomość zasad rządzących rynkiem technologii cyfrowych powinna skłaniać do zachowania ostrożności odnośnie prognoz dynamiki „cyfrowej ofensywy” w dłuższej perspektywie czasu. Trzeba bowiem pamiętać, że oprócz całkiem naturalnego zjawiska nasycenia rynku nowoczesnymi technologiami cyfrowymi wciąż istnieje wiele barier adaptacji rozwiązań e-zdrowia w naszym kraju. To przede wszystkim ciągle niewystarczający poziom umiejętności cyfrowych, nadal słabo rozwinięta interoperacyjność danych, powracający problem z niedostosowaniem regulacji prawnych do możliwości współczesnych technologii cyfrowych, niezbyt zachęcająca do ich wykorzystywania na szeroką skalę polityka refundacyjna oraz szybko narastające zagrożenia bezpieczeństwa przestrzeni cybernetycznej. Także tutaj pandemia ciągle stwarza szanse. Trzeba je tylko po prostu mądrze wykorzystać. ■

Piśmiennictwo u autora

GŁOGOWSKI SZPITAL POWIATOWY SP. Z O.O. W GŁOGOWIE pilnie zatrudni

LEKARZY SPECJALISTÓW W DZIEDZINIE:

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

Zapewniamy:

- atrakcyjne warunki płacowe,

- dowolna forma zatrudnienia,
- duże możliwości rozwoju zawodowego.

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

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

KONTAKT:

Głogowski Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Głogowie
ul. T. Kościuszki 15, 67-200 Głogów
tel. 76 837 33 29
kom. 609 457 199
fax: 76 837 33 77



Ciało-modlitwa versus ciało-pojemnik,

czyli o początkach transplantologii z perspektywy medycyny narracyjnej

Na okładce wznowionej w tym roku bestsellerowej książki Jürgena Thorwalda o początkach transplantologii wydawca zamieszcza entuzjastyczną ocenę jednego z najśmielszych, jak podkreśla, pomysłów ludzkości: chodzi o wymianę uszkodzonych narządów człowieka na nowe. Po czym wrzuca czytelnika, od samego początku, jeszcze zanim rozpocznie on lekturę, w sam środek transplantologicznej batalii, zapowiadając bezkompromisową walkę dwóch protagonistów: tych, którzy podjęli się roli „królików doświadczalnych” i pionierów transplantologii, takich jak słynny prof. Barnard, uznawanych wówczas powszechnie za równych Panu Bogu. W cieniu opowieści Thorwalda i przywoływanych przezeń na każdej niemal stronie książki mediów z tamtych czasów, pozostawiali dawcy organów i ich rodziny. I to właśnie tym „cichym bohaterom”, dla których na długie lata zabrakło miejsca w transplantologii, jest dedykowany ten artykuł.

Pprzedstawiona przez Thorwalda historia transplantologii rozpoczyna się od tzw. „błękitnych dzieci”, niemowląt umierających zazwyczaj krótko po urodzeniu na skutek wrodzonej wady serca. Powstający przy wysiłku, na skutek niedotlenienia organizmu, niebieski odcień warg, rąk i stóp, a nawet całego ich ciała doprowadził do upowszechnienia w świecie medycznym nazwy „blue baby”. To właśnie od nich pod koniec lat 30. ubiegłego stulecia rozpoczęła się kariera doktor Helen Taussig, z kliniki Johns Hopkins Medical School w Baltimore, jako specjalistki chorób serca u dzieci. I od pierwszej udanej operacji „błękitnego dziecka”, przeprowadzonej w styczniu 1945 roku, która uratowała życie czteroletniej Elieen.

Nie przypadkiem pierwsza część monografii Thorwalda nosi tytuł „Naprawieni”, wszak wady serca, podobnie jak i innych organów, trzeba było, jak pisze autor, jakoś naprawić. To przekonanie podzielało wielu lekarzy, poczynając od legendy kardiologii prof. Christiana N. Barnarda, który w 1967 r. dokonał pierwszego w historii medycyny przeszczepu ludzkiego serca. Dziennikarka relacjonująca z Kapsztadu – gdzie po raz pierwszy „naprawiono” człowieka, wymieniając mu zepsute serce – ten wielki sukces transplantologii, zanotowała powszechnie panującą wśród dziennikarzy opinię o słynnym lekarzu: „Postawił swoje życie i karierę na przeszczepieniu serca i wierzy w to, że dziś czy jutro musi się ono udać jak wymiana pompy benzynowej w starym samochodzie. Potrzebuje dłużej żyjącego pacjenta. Świat wprawdzie uważa go za półboga, ale nie jego koledzy lekarze. Wielu ma go raczej za chirurga hazardzistę”.

I teraz robię skok do współczesności, do medycyny narracyjnej, która stara się „naprawić” to, co zepsute w transplantologii. Mówienie o chorym ciele jak o mechanizmie, który trzeba naprawić, czyli przywrócić do funkcjonowania, Arthur Frank, bardzo ceniony w medycynie narracyjnej, nazywa „narracją restytucyjną”. Otóż pacjentom wydaje się, że z chorobą jest tak, jak z autem. Jak się zepsuje, to jedziemy do mechanika, który ma je naprawić i przywrócić do stanu sprzed wypadku. Czasami się udaje, ale nie zawsze. A ma się udać z człowiekiem? Narracja restytucyjna daje świadectwo błędnym przekonaniom, mówiącym o tym, że jeśli ciężko zachoruję, wezmą mnie do szpitala, wyleczą i będę jak nowy. A przecież wiemy, że tak nie jest. Poważna choroba to najczęściej długi proces, co widać zwłaszcza w sytuacji pandemii, gdy konsekwencje zakażenia COVID-19 rozciągają się na lata. W świadomości powszechnej, a jest tu „zasługa” mediów, pojawia się opinia, że podłączą mnie do respiratora, ja sobie parę razy odetchnę, jak na świeżym powietrzu w lesie, i będę jak skowronek, wylecę na skrzydłach, bo respirator mnie uzdrowi. Oczywiście, tak nie jest. To, co dzieje się w płucach i innych organach, sieje spustoszenie, ze szpitala wychodzi się często innym człowiekiem. Takim, którego trzeba będzie latami, może nawet nie tyle leczyć, ale przywracać do dobrostanu.

Restytucyjna metafora nowego serca, działającego jak pompa benzynowa w samochodzie, prze-wija się w wielu relacjach transplantologicznych przywoływanych w monografii Thorwalda, co widać



Fot. z archiwum A.W./UWR

► PROF. DR HAB. ALEKSANDER WOŹNY

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

”

Narracja restytucyjna daje świadectwo błędnym przekonaniom, mówiącym o tym, że jeśli ciężko zachoruję, wezmą mnie do szpitala, wyleczą i będę jak nowy. A przecież wiemy, że tak nie jest. Poważna choroba to najczęściej długi proces, co widać zwłaszcza w sytuacji pandemii, gdy konsekwencje zakażenia COVID-19 rozciągają się na lata. W świadomości powszechnej, a jest tu „zasługa” mediów, pojawia się opinia, że podłączą mnie do respiratora, ja sobie parę razy odetchnę, jak na świeżym powietrzu w lesie, i będę jak skowronek, wylecę na skrzydłach, bo respirator mnie uzdrowi. Oczywiście, tak nie jest. To, co dzieje się w płucach i innych organach, sieje spustoszenie, ze szpitala wychodzi się często innym człowiekiem. Takim, którego trzeba będzie latami, może nawet nie tyle leczyć, ale przywracać do dobrostanu.

“

z niezwykłą ostrością w opowieści Everetta Thomasa z Phoenix, pierwszego Amerykanina, któremu przeszczepiono serce. Operację w St Luke's Hospital w Texas Heart Institute Houston przeprowadził ambitny dr Denton A. Cooley, któremu bardzo trudno było pogodzić się z faktem, że w „zawodach przeszczepieniowych” wyprzedził go jakiś dr Barnard z Kapsztadu w Południowej Afryce. Sam ozdrowieniec, Everett Thomas, „posiadacz” nowego serca, w czasie konferencji prasowej mówił do dziennikarzy: „Serce jest jak pompa benzynowa w samochodzie. Byłem zardzewiałym samochodem. Teraz, gdy mam nową pompę benzynową, jestem nowym autem. Jestem pewien, że znowu będę mógł robić wszystko, co robiłem dawniej”. Słowa Thomasa, przytaczane przez media całego świata, są nie tylko świadectwem narracji restytucyjnej, ale także wymownym przykładem języka lekarzy upowszechnianego pośród pacjentów.

George Lakoff i Mark Johnson, autorzy przełomowej w językoznawstwie pracy, zatytułowanej „Metafory w naszym życiu”, umysłowili współczesnej humanistyce, że metafor nie można sprowadzać jedynie do poezji, są one bowiem ważnym elementem naszego myślenia i jednym z podstawowych narzędzi poznawania świata. Tworząc spójne systemy pozwalają one porządkować nasze doświadczenia i komunikować je innym. Spośród wielu pojęć metaforycznych Lakoff i Johnson opisali metaforę pojemnika koncentrującą naszą uwagę na czymś, co określa ograniczoną przestrzeń, w której obrębie ujawnia się powierzchnia ograniczająca, środek i obrzeże. W taki właśnie sposób, odwołując się do metafory pojemnika, chcę spojrzeć na właściwe transplantologii traktowanie przeszczepianego serca, nerek czy wątroby.

Ciało pacjenta, na którym dokonuje się operacji przeszczepu, było traktowane, przypomnijmy pojęcie narracji restytucyjnej, jako mechanizm, który naprawia się bez względu na koszty. Natomiast ciało dawcy to zużyty pojemnik, który można sztucznie ożywiać do czasu, gdy jeszcze bije w nim serce. Metafora pojemnika przenika głęboko, aczkolwiek w sposób nieuświadomiany, aktywność całych zespołów transplantologicznych uczestniczących w dostarczaniu serca, nerek czy wątroby na stół operacyjny, na którym „oczekuje już” nieprzytomny zazwyczaj pacjent. Modelowym przykładem sprowadzania ciała do funkcji pojemnika jest kończąca pracę Thorwalda historia transportowanego serca Barbary Ewan dla Haskella Karpa. Z małego miasteczka w stanie Massachusetts do oddalonego o blisko trzy tysiące Houston w Teksasie.

Zanim jednak doszło do znalezienia dawcy, Karp został najpierw podłączony do sztucznego serca, o czym informowały gazety całego świata, donosząc o sukcesie chirurga z Illinois, dr. Dentona A. Cooleya. W Wielki Piątek, 5 kwietnia 1969 r., „The New York Times” informował o przeprowadzaniu po raz pierwszy w świecie wszczepienia sztucznego serca. „Zabieg trwał trzy godziny. Czterdziestosiemioletni biorca, Haskel Karp ze Skokie. Illinois, zgodnie z doniesieniami [...] znajduje się w zadawalającym stanie”. We wspomnieniach korespondenta prasowego z Houston dr Cooley był dla wszystkich dziennikarzy uosobieniem szeryfa wszechczasów: „Cooley przyszedł do nas na konferencję prasową, naturalny i młodzieńczy jak zawsze, całkowicie jak dawny Gary Cooper, kiedy jeździł i zwyciężał, a kiedy nie zwyciężał, i tak otrzymywał okłaski należne bohaterom”. Takie były wersje dla mediów. W rzeczywistości stan pacjenta pogarszał się z dnia na dzień: wszczepienie plastikowego serca doprowadziło do niewydolności nerek i bezmocz, pojawiło się także stwardnienie naczyń.

Media nie były informowane o skutkach wszczepienia sztucznego serca, pośredniczyły natomiast ochotczo w poszukiwaniach po całych Stanach Zjednoczonych dawcy prawdziwego serca, którym Cooley musiał zastąpić to sztuczne. W końcu znaleziono czterdziestoletnią kobietę, Barbarę Ewan, z odległego stanu Massachusetts. Jej ciało jako potencjalnego dawcy zgłasza opiekujący się nią wcześniej lekarz. Aby zdążyć jak najszybciej z dostarczeniem serca pacjentowi, oczekującemu na przeszczep kolejne dni, dr Cooley wynajmuje odrzutowiec. Oprócz załogi w samolocie do Massachu-

setts lecą dwaj specjaliści od intensywnej terapii. Uczestniczą oni w przeniesieniu zwłok z ambulansu do odrzutowca, w którym ciało Barbary Ewan zostaje podwieszone do sufitu nad fotelami i podłączone gumowymi węzami do wielu urządzeń. Ich przeznaczenia córka pani Ewan, towarzysząca matce w ostatniej drodze, nie była w stanie, jak podkreśla Thorwald, nawet się domyślać. Po kilku godzinach lotu dochodzi do przymusowego lądowania w bazie wojskowej w Luizjanie, spowodowanego awarią samolotu. Konieczna jest wymiana odrzutowca i wielokrotne przenoszenie zwłok. Mijają długie godziny, zanim uda się sprowadzić kolejny odrzutowiec. Dzięki pomocy żołnierzy akcja przebiega dość sprawnie, nie można jednak zapominać, że w wielokrotnych „przepakowaniach” ciała dawczyni uczestniczy przez cały czas córka pani Ewan. Będzie ona także świadkiem dramatycznych scen ratowania serca matki, gdy już w Houston, w ambulansie wiozącym zwłoki z lotniska do szpitala, do dr. Cooleya, dojdzie do migotania i masażu serca nieżyjącej już kolejną dobę jego byłej właścicielki.

Ostatecznie dochodzi do przeszczepu, ale niemal bezpośrednio po operacji, w której trakcie córka dawczyni „oczekiwała w pobliżu i przygotowywała się do tego, aby z pozbawionymi serca zwłokami matki wrócić do domu”, pacjent umiera. A nad głowami Cooleya i towarzyszącego mu w procesie transplantacji konstruktora sztucznego serca, inżyniera Dominga Liotty, zbierają się czarne chmury. Sensacyjne doniesienia radiowe i telewizyjne, z przebiegu przedłużającej się w nieskończoność transplantacji, obiegają cały świat. Coraz częściej pojawiają się głosy, że operacja stała się przede wszystkim okazją do niewystarczająco przygotowanego pionierskiego wyczynu inżyniera Liotty, który bez większego powodzenia przetestował analogiczne urządzenia na cielętach, zwierzęta wkrótce padły wskutek całkowitej niewydolności nerek. Oliwy do ognia dolewa ostentacyjna pyszałkowatość konstruktora demonstrowana w obecności mediów: tuż po wyjęciu plastikowego serca z piersi Karpa, gdy wszyscy uczestnicy zespołu transplantacyjnego już wiedzieli, że godziny pacjenta są policzone, Liotta nie mógł się nachwalić swojego dzieła: „Wygłądało cudownie. [...] Myślę, że mogłby z nim żyć długie miesiące. Wierzę, że to było możliwe”. Cytowana wypowiedź spotyka się z ostrą reakcją jednego z dziennikarzy, który uznaje, że takie słowa „tchną pychę medycznego technika, który poza konstrukcją z plastiku, nie dostrzegł pytania, czy Haskell Karp wytrzymałby przez dwa lub trzy lata z czymś takim w piersi”.

Po śmierci Haskella Karpa w doniesieniach prasowych pojawiają się komentarze, że w transplantologicznym maratonie wcale nie chodziło o uratowanie komuś życia, a jedynie o wypróbowanie po raz pierwszy w historii ludzkości sztucznego serca. Ponownie, tym razem z całą bezwzględnością, ujawnił się syndrom ciała jako pojemnika. Ciało Karpa zostało sprowadzone, w ostatecznym rozrachunku, do pojemnika podtrzymującego już nie bijące serce, jak w przypadku dawczyni ze stanu Massachusetts, lecz plastikową, słabo sprawdzoną konstrukcję inżyniera Liotty. Sprawą, wywołującą lawinę oskarżeń o bezpodstawność tak ekstremalnego eksperymentu, zajęła się w końcu komisja śledcza Uniwersytetu Baylora, przed którą dr Cooley bronił się, sięgając ostatecznie do argumentu, że przecież musiał podejmować takie decyzje, żeby na polu badań nad sztucznym sercem wyprzedzić Związek Radziecki.

Dalszy ciąg artykułu pojawi się w kolejnym numerze „Medium”. Napiszę tam znacznie szerzej o tym, jak medycyna narracyjna, przewyższając dziedzictwo Kartezjusza i jego „zasługi” w redukowaniu ludzkiego ciała do poziomu maszyny, wprowadza nowego ducha do transplantologii, i jak adeptów sztuki medycznej uczy w prosektoriach anatomicznych przywracania godności ludzkiemu ciału, odzyskiwania jego człowieczeństwa. ■

Bibliografia:

- Craig I., Spencer D., *Dualizm jako źródło cierpień I: filozofia, literatura i medycyna* [w:] R. Charon, S. DasGupta, N. Herman, *Medycyna narracyjna. Teoria i praktyka* pod red. M. Potońca, H. Syzka, Kraków 2020.
Lakoff G., Johnson M., *Metafory w naszym życiu*, przełożył i wstępem opatrzył T. P. Krzeszowski, Warszawa 1988.
Thorwald J., *Pacjenci. Sztuczna nerka, nowe serce. O początkach transplantologii*,



EMPATIA

Z cyklu: *Emocje*
– co lekarz wiedzieć o nich
powinien, cz. II

– czym jest i do czego potrzebuje jej lekarz

Serce pęka mi z żalu, gdy patrzę na tę starowinkę, nie mogę przestać myśleć o tych chorych dzieciach. Widok cierpiących osób bardzo mnie przygnębia... Być może takie odczucia i myśli towarzyszyły także Wam drodzy Czytelnicy. A może siedząc w wygodnym fotelu podczas seansu filmowego do oczu napływały Wam łzy. Niektórzy z nas nawet się tego wstydzą, przecierając oczy ukradkiem. Czasami pod czyimś adresem padają stwierdzenia: „człowiek o gołęmbim sercu” albo „to człowiek do rany przyłóż”. Bywa jednak i tak, że określenia te są diametralnie różne, np.: „ma kamienne serce”, „wszystko po nim spływa jak po kaczce”, „nie potrafi wczuć się w sytuację drugiego człowieka”.

Z czego wynikają tak różne reakcje i opinie? Z jaką właściwością, a może zdolnością mamy do czynienia. Niektórzy z Was zapewne już wiedzą. Tak, to wynik naszej wrażliwości na innych ludzi, na ich sprawy, kłopoty i cierpienia. To empatia – i to ona jest bohaterem tego artykułu. Empatia stanowi jeden z kluczowych elementów inteligencji emocjonalnej, o której pisałem we wrześniowym wydaniu „Medium”.

Czym jest empatia?

Empatia to zdolność dostrzegania, rozpoznawania i rozumienia stanów emocjonalnych innych osób, ich współodczuwania, a także umiejętność tzw. „wchodzenia w buty drugiej osoby” czy rozumienie jej sposobu myślenia, intencji i motywacji. Z definicji wynika wprost, że dotyczy ona dwóch obszarów: emocji i myśli, dlatego wyróżniamy jej dwa rodzaje – empatię emocjonalną i empatię poznawczą. Warto podkreślić, że empatia to nie samo co litość czy współczucie, które są złożonymi emocjami.

Czy ludzie różnią się pomiędzy sobą poziomem empatii?

O tak. Potwierdzają to nie tylko badania psychologów, ale także nasze codzienne obserwacje ludzkich zachowań i postaw wobec cierpiących i potrzebujących pomocy. Niektórzy mają

serca gołębie, inni kamienne. Jednym z łatwości przychodzi zrozumienie i emocjonalne współbrzmienie, drudzy nawet nie dostrzegają emocji innych, a co dopiero mówić o ich rozumieniu czy współodczuwaniu. Dlaczego tak się dzieje? Psychologowie wskazują tu na uwarunkowania biologiczne, ściślej genetyczne oraz środowiskowe. Udowodniono np. związek empatii emocjonalnej z cechami osobowości, np. ekstrawersją i neurotyzmem czy temperamentem (reaktywność, siła procesu hamowania). Dowiedziono także, że byciu empatycznym w dorosłym życiu sprzyjają bliskie związki pomiędzy członkami rodziny, sytuacje, w których rodzice spędzają z dziećmi więcej czasu, jeśli w domach rodzinnych rozmawia się o wzajemnych przeżyciach. Niebagatelny, pozytywny wpływ odgrywa także udział obojga rodziców w opiece nad dzieckiem. Natomiast brak empatycznych wzorców, konflikty, brak poczucia bezpieczeństwa, ignorowanie dziecka przez opiekunów, chłodne relacje pomiędzy najbliższymi, ograniczają rozwój empatii. Wiele badań psychologicznych wykazuje różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w poziomie empatii – kobiety są bardziej empatyczne od mężczyzn, jednocześnie przyczyn tego zjawiska upatruje się raczej nie w uwarunkowaniach biologicznych, lecz psychospołecznych – według społecznych wzorców kobietom bardziej wypada być empatycznymi.

Tekst Dariusz Delikat



Źródło grafiki: www.pixabay.com/smile-2979107/AbsolutVision

Bardzo niski poziom empatii może być objawem dysfunkcji – np. niemal nie okazują jej osoby z aleksytymią (to nie dziwi, ponieważ to zaburzenie charakteryzują trudności w rozpoznawaniu i nazywaniu emocji zarówno własnych, jak i innych osób), a tzw. osobowość psychopatyczna to przykład schorzenia charakteryzującego się całkowitym brakiem empatii. Istnieją schorzenia, w których sytuacja jest diametralnie różna, np. dzieci z zespołem Williamsa-Beurena (zespół wad wrodzonych spowodowanych ubytkiem fragmentu chromosomu 7) mają zwiększony poziom empatii (co udowodniły badania), a do tego są bardzo towarzyskie i przyjacielskie.

Empatia ma tak duże znaczenie, ponieważ jesteśmy istotami społecznymi. Osoby empatyczne lepiej radzą sobie w relacjach społecznych, są bardziej tolerancyjne, mniej konfliktowe, nastawione na kooperację, chętniej udzielają wsparcia i zazwyczaj lepiej się komunikują. Cechuje je przestrzeganie zasad moralnych, mniejsza skłonność do zachowań odwetowych. Potrafią tworzyć satysfakcjonujące obie strony związku, charakteryzujące się bliskością w relacjach i wzajemną troską.

Powyższe słowa opisujące empatycznych ludzi uzasadniają stwierdzenie, że empatia jest jedną z ważnych tzw. miękkich kompetencji każdego lekarza. Takie wnioski płyną także z badań, m.in. wykazano bezspornie, że empatia jest ważną kompetencją osób wykonujących zawód lekarza, psychoterapeuty czy nauczyciela (np. Williams, 1989). Wiele badań wskazuje także na związek poziomu empatii lekarza z pozytywnym wynikiem terapii. Wykazano na przykład, że chorzy na cukrzycę pacjenci, którymi opiekowali się lekarze o wysokich wartościach empatii, mieli znacząco większe szanse na skuteczne leczenie (oceniane odsetkiem hemoglobiny glikowanej i stężenia cholesterolu frakcji LDL), (Hojat i wsp., 2011).

Pułapki bycia empatycznym. Czy każda empatia jest dobra?

Jak pamiętacie, empatia ma dwa oblicza. Ta poznawcza pozwala zrozumieć motywację, intencje, myśli. Dzięki emocjonalnej potrafimy dostrzegać, rozumieć i współodczuwać przeżywane przez innych ludzi emocje. Gdy ktoś zmaga się z problemem, zwłaszcza zdrowotnym, pełnowymiarowe empatyczne wsparcie jest nieocenione. Niestety może być też dla nas bardzo kosztowne. Skutkiem nadmiernego współodczuwania jest branie na siebie trosk, problemów i cierpienia rozmówców – przez to rośnie w nas poziom napięcia psychicznego – przeżywamy stres. Jeśli będzie trwał długo – a przecież każdy lekarski dzień pracy obfituje w wiele wysoko emocjonalnych sytuacji – chcemy czy nie, prędzej czy później pojawią się nieprzyjemne dla nas skutki – wypalenie zawodowe. Dlatego uważa się, że powinniśmy koncentrować się przede wszystkim na kwestiach poznawczych, przyjmując intelektualną perspektywę pacjenta, nie zapominając jednak o dostrzeganiu, rozpoznawaniu stanu emocjonalnego. Odnosimy się do przeżywanych przez pacjenta emocji, szanujemy je, nazywamy, wykorzystujemy, ale ich nie przeżywamy.

Czy empatię można rozwijać?

Empatia warunkowana jest głównie społecznie, dlatego można ją rozwijać. Służą jej: ćwiczenie rozpoznawania i nazywania własnych uczuć; ćwiczenia w komunikowaniu innym tego, co w danej chwili przeżywamy i nazywanie uczuć innych; wyobrażanie sobie, co dana osoba może myśleć i odczuwać; ćwiczenia uważnego słuchania, rozpoznawania sygnałów mowy ciała; ćwiczenia w emocjonalnym dostrzeganiu się do drugiego człowieka. Nowe umiejętności można nabywać zarówno pod-

„ (...) *Empatia jest jedną z ważnych tzw. miękkich kompetencji każdego lekarza. Takie wnioski płyną także z badań, m.in. wykazano bezspornie, że empatia jest ważną kompetencją osób wykonujących zawód lekarza, psychoterapeuty czy nauczyciela (np. Williams, 1989). Wiele badań wskazuje także na związek poziomu empatii lekarza z pozytywnym wynikiem terapii. Wykazano na przykład, że chorzy na cukrzycę pacjenci, którymi opiekowali się lekarze o wysokich wartościach empatii, mieli znacząco większe szanse na skuteczne leczenie (oceniane odsetkiem hemoglobiny glikowanej i stężenia cholesterolu frakcji LDL), (Hojat i wsp., 2011).*

czas pracy indywidualnej, jak i na szkoleniach, prowadzonych zazwyczaj przez psychologa.

Poziom empatii nie tylko można zmieniać, można go także zmierzyć. Temu celowi służą różne testy, np. znana i wykorzystywana powszechnie Skala Ilorazu Empatii (Empathy Quotient), Skala Jeffersona (Jefferson Scale of Physician Empathy, Health Professional Version JSPE-HP) czy Skala Wrażliwości Empatycznej. ■

Zakończenie

Bycie empatycznym przynosi wielowymiarowe korzyści, nie tylko w relacji lekarz – pacjent, ale także w relacjach ze współpracownikami i najbliższymi. Aby zachęcić Was do świadomej pracy na jej rozwoju przytoczę jeszcze jeden argument – wysoki poziom empatii (bez nadmiernego współodczuwania) zwiększa odporność lekarza na wypalenie zawodowe, którego tak wielu z nas doświadcza. Jeśli więc chcemy być bardziej efektywni zawodowo, długotrwale czerpać radość z wykonywanej pracy oraz mieć silne i satysfakcjonujące związki z bliskimi, bądźmy empatyczni.

Bibliografia:

1. Czerniawska M., *Empatia a system wartości*, Przegląd Psychologiczny 2002. Tom 45, nr 1.
2. Davis M.H., *Empatia. O umiejętności współodczuwania*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
3. Kliszcz J., *Empatia a relacja lekarz – pacjent [w]: Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, Barański J., Waszyński E., Steciwko A. red., Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
4. Goleman D., *Inteligencja emocjonalna w praktyce*, Media Rodzina, Poznań 2014.
5. Hoffman M.L., *Empatia i rozwój moralny*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21248604/>



Rozmawia Robert Migdał

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/diet-617756/stevepb

Z otyłych dzieci będą rośli otyli dorośli, więc chirurdzy będą mieli pełne ręce roboty

Lekarz Rafał Mulek, specjalista chirurgii ogólnej i naczyniowej, chirurg bariatra, członek zespołu Baria3, stworzonego na potrzeby kompleksowego leczenia pacjentów otyłych w szpitalu EuroMediCare we Wrocławiu. Rozmawia Robert Migdał.

Robert Migdał: Otyłość wśród dzieci i dorosłych to coraz bardziej poważny problem.

Lek. Rafał Mulek: Rzeczywiście, to bardzo duży problem. Od kilkudziesięciu lat otyłość jest uznana przez Światową Organizację Zdrowia jako choroba cywilizacyjna: w zaskakującym tempie przybywa, z roku na rok, ludzi chorujących na otyłość. I trzeba to podkreślić – otyłość to jest choroba, ma swój numer na liście chorób, która klasyfikuje wszystkie jednostki chorobowe. W Polsce, w tej chwili, co trzeci człowiek dorosły ma nadwagę, a co czwarty jest już otyły.

R.M.: O otyłości mówimy wtedy, kiedy...

Lek. R.M.: Wskaźnik BMI przekroczy 30 kg/m². Generalnie ludzi otyłych jest bardzo dużo. Można zauważyć taki trend, że w bardzo krótkim okresie, np. co 10 kolejnych lat, ta liczba zwiększa się skokowo. I co więcej – teraz to też bardzo duży problem u dzieci. Jak jeszcze pamiętamy czasy szkolne, zabaw na podwórku, to wśród dzieci biegających koło trzepaka, to jeden był tzw. „gruby”, a teraz sam zauważam, że dzieci otyłych jest o wiele więcej. A z tych otyłych dzieci będą rośli otyli dorośli, więc zarówno chirurdzy dziecięcy, jak i chirurdzy ogólni będą mieli pełne ręce roboty. Pediatrzy podkreślają, że dziecko to nie jest mały

dorosły: dzieci mają inaczej funkcjonujące ciało, inaczej funkcjonującą psychikę. Co zaskakujące, w przypadku otyłości mamy kilkunastolatków, jeszcze dzieci, które ważą grubo powyżej 100 kilogramów i pod tym względem nie ustępują otyłym dorosłym, jeśli chodzi o stopień zaawansowania choroby. W związku z tym podział na dorosłych i na dzieci zawsze będzie, ale technicznie rzecz biorąc, gdyby w leczeniu otyłości chodziło jedynie o leczenie operacyjne, takie dziecko może operować chirurg leczący na co dzień otyłość u dorosłych, bo gabarytowo są to, niestety, bardzo podobni pacjenci. Przeróżająca jest skala problemu, jeśli chodzi o liczbę kilogramów, zarówno jeśli chodzi o jednostkową skalę problemu, jak również o jego powszechność.

R.M.: Otyłość to choroba, ale otyłość powoduje też inne choroby.

Lek. R.M.: Zdecydowanie. Tak naprawdę to takich pacjentów, o których można powiedzieć, że chorują tylko na otyłość jest odsetkowo bardzo mało. Otyłość bardzo szybko zaczyna pociągać za sobą powstawanie kolejnych jednostek chorobowych i czasami ta lista nie ma końca. Przed chwilą robiłem wypis szpitalny pacjentowi, którego operowaliśmy dwa dni temu i pacjent – oprócz otyłości – ma 10 innych rozpoznanych

R.M.: A te najpoważniejsze choroby, które powoduje otyłość?

Lek. R.M.: Cukrzyca typu drugiego, stłuszczenie wątroby – to prawie zawsze. Ze stłuszczenia wątroby długo nie zdajemy sobie sprawy, bo wątroba długo nie boli, a jak długo nie boli, to człowiek nie wie, że ma jakąś chorobę. Następnie: bezdech senny, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe z hipercholesterolemią, z hipertrójglicerydemią... Współistnienie tych jednostek chorobowych to prosta droga do miażdżycy, a dalej czekają już zawały serca i udary mózgu. Oczywiście nie każdy udar, czy zawał serca jest śmiertelny, ale jest to jedna z przyczyn, dlaczego wielu otyłych pacjentów umiera – nie sama otyłość ich zabija, ale powikłania otyłości.

R.M.: Otyłość też powoduje, że ludzie z nadmiarem kilogramów są mniej sprawni.

Lek. R.M.: Dotykają ich przeciążenia stawów, choroby zwyrodnieniowe stawów – i to właściwie każdej lokalizacji: stawy skokowe, kolanowe, biodrowe, stawy kręgosłupa. Praktycznie rzecz biorąc, im pacjent cięższy, tym trudniej mu się poruszać. Otyłość powoduje też zaburzenia płodności u kobiet i mężczyzn. Na dodatek jest przyczyną wzrostu zachorowań na nowotwory, np. nowotwór trzonu macicy, rak sutka i rak jelita grubego – ten ostatni zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn.

R.M.: Zauważył pan, że te ostatnie miesiące pandemii spowodowały, że przybyło osób z nadmiarem kilogramów?

Lek. R.M.: Ludzie sami nam mówią, że przytyli i nadal tyją. To akurat w tym czasie to nie jest nic dziwnego: wydatek energetyczny zmniejsza się, siedzimy w domach, bo wiele osób utknęło na pracy zdalnej, dodatkowo na pewien czas pozamykano nas w domach, przez lockdown nie mogliśmy wychodzić z domów. Do tego w tej niepewnej sytuacji ludzie zjadali stresy, wiele osób padło ofiarą kompulsywnego jedzenia. Nie umiem panu powiedzieć, jak bardzo ludzie przytyli w pandemii, ale mówi się, że średnio o kilka, kilkanaście kilogramów. Pandemia spowodowała, że to, co było problemem, stało się problemem jeszcze większym. A co za tym idzie widzimy w szpitalach, w ostatnim czasie, większe zainteresowanie operacjami bariatrycznymi.

R.M.: Jakie są nowoczesne metody leczenia otyłości?

Lek. R.M.: Warto podkreślić, że leczenie otyłości, to nie jest tylko samo poddanie pacjenta leczeniu operacyjnemu. My naszym pacjentom często powtarzamy, że leczenie otyłości musi być kompleksowe, czyli pacjent musi być oczywiście zoperowany, bo operacja działa jak katalizator i czyni walkę pacjenta z otyłością realną i przestaje to być syzyfowa praca. Natomiast w tym samym czasie pacjenci muszą otrzymać też wsparcie dietetyków i psychologów, które jest szalenie ważne, dlatego że pacjent musi startować w nową dla siebie rzeczywistość wyedukowany, zmobilizowany, wyposażony w praktyczne narzędzia – jak gotować, jak nie sięgać po śmieciowe jedzenie, jak przejść z sukcesem przez szalony okres redukcji masy ciała. Musi wiedzieć, co się z nim będzie w najbliższym czasie działo, że mogą go czekać spadki tempa chudnięcia, i że to nie jest wcale tragedia, tylko że tak bywa po prostu, że to jest normalne. Musi być też wyposażony w narzędzia psychologiczne, aby wiedzieć, jak odwracać uwagę od tego, co było do tej pory najważniejsze, czyli od jedzenia. Pacjent musi wiedzieć, jak ma się zachowywać w nadchodzących tygodniach, miesiącach, latach, aby jego leczenie chirurgiczne otyłości było spektakularne, żeby doprowadziło do świetnych efektów i żeby było przede wszystkim długotrwałe. Bo nasze

założenie jest takie, że my chcemy pacjenta wyleczyć z jego otyłości na jak najdłuższy czas.

R.M.: Bo otyłość jest chorobą przewlekłą.

Lek. R.M.: Tak, i trzeba wiedzieć, że choroby przewlekłej nie da się wyleczyć. Ta choroba jest i będzie cały czas z człowiekiem. Pacjent jest albo w fazie zaostrzenia choroby albo w jej remisji, więc my de facto chcemy zabiegiem chirurgicznym wprowadzić pacjenta w stan remisji. Pacjent otyły, nawet gdy schudnie, musi zdawać sobie sprawę z tego, że już zawsze możliwość przytycia będzie miał większą, niż ktoś, kto nigdy nie był otyły.

”

Jak jeszcze pamiętamy czasy szkolne, zabaw na podwórku, to wśród dzieci biegających koło trzepaka, to jeden był tzw. „gruby”, a teraz sam zauważam, że dzieci otyłych jest o wiele więcej. A z tych otyłych dzieci będą rośli otyli dorośli, więc zarówno chirurdzy dziecięcy, jak i chirurdzy ogólni będą mieli pełne ręce roboty.

“

R.M.: Leczenie chirurgiczne otyłości to nie jest nowość, ale pan i pana zespół stosujecie te najnowocześniejsze, przynoszące najlepsze efekty, metody.

Lek. R.M.: Rzeczywiście leczenie chirurgiczne pojawiło się już kilkadziesiąt lat temu: w latach 60. XX wieku podejmowano pierwsze próby. Kiedyś operowano wszystkich pacjentów, także tych otyłych, techniką „na otwarto”. Starzy chirurdzy mówili: „robiąc cięcie od uszka do koniuszka”, bo trzeba było mieć wygodne dojścia do operowanej okolicy, co nie jest proste w przypadku otyłego pacjenta. To była zawsze dla pacjenta technika bardzo obciążająca. Myślę, że te wszystkie demony wokół chirurgii bariatrycznej narosły między innymi właśnie w tym okresie, kiedy operowano pacjentów „na otwarto”, bo wtedy bez wątpienia było dużo więcej najróżniejszych powikłań, łącznie ze zgonami. Natomiast odkąd pojawiła się chirurgia laparoskopowa, czyli jak to się mówi potocznie chirurgia „przez dziurkę od klucza”, nastąpił przełom – bo dzięki chirurgii laparoskopowej, która, co trzeba podkreślić, jest chirurgią mało inwazyjną dla pacjenta, rekonwalescencja pacjenta jest spektakularnie szybka. Niejednokrotnie pacjent, już w tym samym dniu, w którym był operowany, chodzi, najpóźniej na drugi dzień. Po paru godzinach od operacji już sam może przejść do toalety. Na naszym oddziale już na drugi dzień po operacji może pić, a w kolejnym dniu dostaje pierwsze posiłki. To jest przełom, że możemy pacjentów bariatrycznych wypisać z oddziału już w pierwszej, drugiej dobie pooperacyjnej. Operacje laparoskopowe stały się, w rękach dobrze wyszkolonych chirurgów, bardzo bezpieczne, powikłania są bardzo rzadkie a śmiertelność właściwie marginalna. Teraz wiemy doskonale, i nie ma co do tego żadnych wątpliwości, że ryzyko leczenia chirurgicznego otyłości wiąże się z dużo mniejszym »



„ (...) *odkąd pojawiła się chirurgia laparoskopowa, czyli jak to się mówi potocznie chirurgia „przez dziurkę od klucza”, nastąpił przełom – bo dzięki chirurgii laparoskopowej, która, co trzeba podkreślić, jest chirurgią mało inwazyjną dla pacjenta, rekonwalescencja pacjenta jest spektakularnie szybka.*”

ryzykiem zgonu niż pozostawienie pacjenta z otyłością. Na przykład mężczyźni z otyłością trzeciego stopnia mają siedmiokrotnie większe ryzyko zgonu niż ich szczupli równolatki, u kobiet to jest dwa razy wyższe ryzyko. A śmiertelność w chirurgii laparoskopowej jest poniżej jednego promila i najczęściej zdarza się wśród tych najtrudniejszych pacjentów, którzy są skrajnie otyli, z wieloma chorobami towarzyszącymi oraz zaawansowanych wiekiem.

R.M.: Chirurgiczne leczenie otyłości, metody tego leczenia, zmieniały się i zmieniają przez ostatnie lata.

Lek. R.M.: Rzeczywiście są zabiegi, które w danym okresie dominują, a potem rzeczywistość to ocenia i na przełomie kolejnych kilku lat metody się zmieniają. Dlatego w ciągu tych 60 lat operacje bardzo się pozmieniały. Te, które były wykonywane na samym początku, przeszły do historii chirurgii. Obecnie korzystamy z dobrze poznanego wachlarza operacji, aczkolwiek niewykluczone, że w przyszłości nastąpią kolejne ewolucje technik operacyjnych, choćby dlatego, że zapewne lepiej poznamy całą złożoność choroby, jaką jest otyłość.

R.M.: Jakie to są te najnowocześniejsze metody chirurgicznego leczenia otyłości?

Lek. R.M.: Najpopularniejszą teraz operacją na całym świecie, i też u nas w Polsce, jest operacja rękawowej resekcji żołądka. Polega ona na tym, że wycinamy większą część żołądka pacjenta. Przeciętnie każdy z nas ma żołądek, który ma około litra objętości, a my dążymy do tego, żeby żołądek pacjenta po operacji był kilkakrotnie mniejszy. Wycinamy więc większą część żołądka. Żołądek po operacji, ten który zostaje, ma około stu kilkudziesięciu mililitrów, a to pojemność zdecydowanie mniejsza, która istotnie wpłynie na objętość przyjmowanego przez pacjenta posiłku. Operacja taka ma działanie restrykcyjne – ogranicza ilość pokarmu, który może jednorazowo przyjąć pacjent. I dzięki temu zoperowana osoba bardzo szybko, po zjedzeniu małego posiłku, ma uczucie sytości, a jest to na tyle silny impuls, że każdy z nas, kiedy odczuwa sytość, zaczyna myśleć o zakończeniu posiłku w myśl zasady: „jestem najejzony, gdy zjem coś więcej, to będzie mi niedobrze”. Mały żołądek bardzo szybko się wypełnia. Skutkuje to tym, że za małą ilością jedzenia, idzie mała ilość kalorii.

R.M.: Czyli wpływacie na ilość kalorii, którą może przyjąć pacjent.

Lek. R.M.: Dokładnie. Trzeba jeszcze podkreślić, że dzięki tej operacji zachodzą też zmiany w układzie hormonalnym przewodu pokarmowego: wycinając konkretną część żołądka, jaką

jest dno, która produkuje hormon głodu, tzw. grelinę. Poziom hormonu głodu istotnie spada po tej operacji. Jest bardzo duża grupa pacjentów, którzy mówią, że muszą sobie „nastawić budzik na jedzenie”, bo zapominają, że muszą zjeść posiłek.

R.M.: Po operacji poziom łaknienia jest na innym poziomie.

Lek. R.M.: To pozwala łatwiej hamować pacjentowi jego kompulsje związane z jedzeniem. Rękawowa resekcja żołądka to operacja bariatryczna, która jest wykonywana na świecie najczęściej. To 70%, jeśli chodzi o odsetek wszystkich operacji bariatrycznych. W Polsce mam wręcz wrażenie, że odsetek sięga nawet 80%.

R.M.: Dlaczego?

Lek. R.M.: Bo wśród wszystkich operacji, które możemy obecnie wykonać, jest to operacja jedna z prostszych, a pacjenci chcą poddać się prostej operacji, nieskomplikowanej. Z tego samego powodu jest ona preferowana również przez chirurgów.

R.M.: Jakie są jeszcze inne metody chirurgicznego leczenia otyłości?

Lek. R.M.: Kolejną grupą są operacje wyłączające. Należą do nich bypassy i w tej chwili najczęściej wykonywanym bypassem jest tzw. klasyczny gastric bypass, czyli ominięcie żołądkowe. Klasyczny dlatego, że to jest operacja, która obroniła się, jeśli chodzi o jej techniczne pryncypia, właściwie od początków, od kiedy zaczęto chirurgicznie leczyć otyłość. W tej technice również zmniejszamy żołądek, jednak przecięcie tkanki żołądka prowadzone jest inaczej niż w przypadku rękawowej resekcji. Warto wspomnieć, że w tej technice nie usuwamy żadnej części żołądka trwale – to kolejna różnica.

Żołądek pozostaje niejako na swoim miejscu, ale po interwencji chirurga pacjent ma niejako dwa żołądki. Jeden mniejszy, który od tej pory będzie tym żołądkiem właściwym, do którego będzie trafiał pokarm. Ten żołądek ma około kilkudziesięciu mililitrów. A drugi pozostaje na swoim miejscu, ale nie ma kontaktu z pokarmem. Kolejnym etapem operacji jest odpowiednie przecięcie jelita i wykonanie zespołów pomiędzy żołądkiem i jelitem, jak również drugiego – pomiędzy pętlami jelitowymi. Mamy po operacji zamiast jednej, długiej pętli jelitowej, zazwyczaj kilkumetrowej, trzy pętle. Druga pętla, to pętla enzymatyczna, zaczynająca się z odciętym żołądkiem. Kolejno pętlę tworzą dwunastnica i pierwsza część jelita czczego. Tą pętlą pasażowane są, bez kontaktu z pokarmem, enzymy trawienne i żółć. Następnie po zespoleniu pętli pokarmowej i enzymatycznej, naturalnie powstaje 3. pętla – wspólna. W niej ma miejsce właściwe trawienie i wchłanianie pokarmu. Krótko mówiąc: w tej operacji, jak w każdej operacji wyłączającej, mamy element restrykcyjny, czyli zmniejszamy żołądek i element, który sprawia, że wpływamy na intensywność trawienia przyjętych pokarmów i ich wchłaniania, w kontrolowany sposób upośledzając je. Teoretycznie z przyjętych tysiąca kilokalorii wchłonie się, przykładowo, tylko 500.

R.M.: Czy to nie powoduje, że organizm dostaje mniej witamin, mniej mikroelementów?

Lek. R.M.: Zdecydowanie. Musimy pamiętać, że mikroelementy i witaminy, których sami nie jesteśmy w stanie syntezować, normalnie musimy dostarczyć z pokarmem. Każdy z nas, mając podstawowe zapotrzebowanie na kalorie na poziomie 2000-2500 kilokalorii, jest w stanie dostarczyć, pilnując, oczywiście, zdrowej piramidy żywienia odpowiednią ilość witamin, jak również mikro- i makroelementów. Kiedy

wiemy, że pacjent po operacji bariatrycznej będzie spożywał pięć razy mniejsze porcje niż wcześniej, oczywiście jest, że wraz z przyjętym pokarmem będzie w stanie przyjąć około 20% zapotrzebowania niezbędnych do życia witamin i mikro- czy makroelementów. I z tego powodu pacjent musi się trwale suplementować, jeśli chce chudnąć zdrowo i jeśli nie chce, aby proces intensywnej redukcji masy ciała zakończył się w przyszłości chorobami niedoborowymi.

R.M.: A nadal jest stosowane zakładanie opaski żołądkowej, która przy wejściu do żołądka jest zaciskana lub poluzowywana i dzięki temu kontrolowana jest ilość pokarmu, który trafia do żołądka?

Lek. R.M.: Statystyki wyraźnie pokazują, że jest to operacja, która obecnie znajduje się w odwrocie. Czasy swojej świetności ma już za sobą. To była ciekawa operacja, bo była stosunkowo prosta, bezpieczna i ze stosunkowo małą ilością powikłań okołoperacyjnych. Została jednak wyparta przez inne operacje bariatryczne, m.in. ze względu na uciążliwość kalibracji tych opasek: gdy pacjent chudł, to trzeba było luzować opaskę, gdy tył – trzeba było ją dociskać. Nierzadko po założeniu opaski pacjentowi towarzyszyły zgaga, nudności. Znamienna jest też ilość powikłań odległych „opaski”, która wynika z przemieszczenia się opaski. Stosunkowo często doprowadza to do objawów niedrożności wysokiej, a pacjentów trzeba operować w trybie ostrodyżurowym. Dziś wiemy też, że statystycznie pacjenci leczeni w przeszłości metodą opaski, mają gorsze odległe wyniki leczenia samej otyłości, w porównaniu z pacjentami, poddany operacjom wymienionym wcześniej. Był czas, że ta metoda to był numer jeden i oczywiście do dzisiaj jest grupa chirurgów, którzy ją nadal stosują, ale operacje założenia opaski żołądkowej, to jest obecnie kilka procent wszystkich operacji bariatrycznych.

R.M.: A balon żołądkowy? To też jest jedna z metod.

Lek. R.M.: Balon żołądkowy to jest taka metoda leczenia, którą trudno uznać za spektakularną, głównie dlatego, że balon jest metodą czasową, a otyłość chorobą przewlekłą.

R.M.: Dlaczego balon był popularny wśród pacjentów?

Lek. R.M.: Przede wszystkim z powodu małej inwazyjności samej procedury. Procedura założenia balonu nie różni się wiele od samej gastrokopii. Kilkanaście minut w krótkim znieczuleniu dożylnym i balon łąduje w żołądku. Minusem było to, że balon pierwsze dni po założeniu go jako ciało obce generował nudności, wymioty. Bez wątplenia jednak wielu pacjentów jest gotowych na to „poświęcenie”. Natomiast, niestety, z balonem jest tak, że on daje dobre rezultaty, dopóki jest w żołądku: pacjent jest w stanie schudnąć nawet do kilkudziesięciu kilogramów, jednak po pewnym czasie balon, jako ciało obce, trzeba wyciągnąć. Jeszcze jakiś czas temu balony zakładano na pół roku, obecnie dysponujemy balonami, których producenci pozwalają na bezpieczne umieszczenie balonu w żołądku na 12 miesięcy. Założenie jest takie, że w czasie, kiedy pacjent ma umieszczony w żołądku balon, ma czas na wykształcenie nowych nawyków żywieniowych, staje się szczuplejszy, aktywniejszy – w związku z czym ma większy wydatek energetyczny i wszyscy włącznie z pacjentem zaczynając wierzyć, że otyłość została pokonana. Niestety, tak to nie działa – po usunięciu balonu, właśnie z tego powodu, że otyłość jest chorobą przewlekłą, ta otyłość wraca. To nie dzieje się oczywiście z dnia na dzień i z tygodnia na tydzień, ale po kilkunastu miesiącach z 30 straconych kilogramów wraca już 10. I po dwóch, trzech latach

pacjent znów jest otyły, wracając do swojej pierwotnej wagi albo – najczęściej – przekraczając ją o kolejne -naście, -dziesiąt kilogramów. Można różnie balon oceniać. Na pewno to nie jest tak, że on nie daje żadnego efektu, natomiast jeśli chcemy faktycznie zaproponować pacjentowi metodę leczenia, która będzie trwała, i możemy pacjenta zoperować, to na pewno nie ma sensu sięgać po metodę, jaką jest balon.

Osobiście uważam, że po balon powinno się sięgać de facto w dwóch sytuacjach. W przypadku pacjenta tak otyłego, że technicznie trudno jest go zoperować. Druga sytuacja dotyczy pacjentów, z zaawansowanymi, źle kontrolowanymi, chorobami towarzyszącymi, które czynią potencjalną operację bardzo ryzykowaną. I w jednej i w drugiej sytuacji balon jest metodą pomostową, która pozwala zmniejszyć ryzyko planowanej w przyszłości operacji. Ważne jest, aby sama operacja wykonana była krótko po usunięciu balonu, tak aby pacjent nie zdążył ponownie przytyć. Zazwyczaj od usunięcia balonu do operacji mija około dwóch miesięcy. Jest to czas potrzebny na wygojenie się tkanki żołądka, ponieważ wprowadzony do żołądka balon wywołuje przerost mięśniówki żołądka jak również stan zapalny błony śluzowej. Więc balon tak, ale na zasadzie przygotowania do właściwej interwencji chirurgicznej. Niekiedy też sięgamy po balon, kiedy zgłasza się do nas jakiś bardzo wiekowy pacjent, zdyskwalifikowany z leczenia ortopedycznego z powodu dużej masy ciała. Wiek potrafi być w tym wypadku przeszkodą do tego, aby zakwalifikować pacjenta do operacji bariatrycznej, jednak założenie balonu, jako mniej inwazyjne jest możliwe i pozwala uzyskać efekt redukcji masy ciała. Po usprawnieniu pacjenta po operacji ortopedycznej można liczyć na istotne zwiększenie wydatku energetycznego pacjenta, które przynajmniej częściowo pozwoli utrzymać zredukowaną masę ciała. Uważam natomiast, że błędem jest sięganie po balon u kogoś z trzecim stopniem otyłości, z BMI nieco powyżej 40 kg/m², kto może być zoperowany, bo balon tylko odracza tę konkretną, bezpieczną terapię.

R.M.: Wykonujecie też jeszcze trzecią metodę.

Lek. R.M.: To taka modyfikacja operacji, jaką jest gastric bypass – nazywa się mini gastric bypass. „Mini” jest mylące, bo to potężne narzędzie do walki z otyłością, a „mini” wzięło się stąd, że zamiast dwóch zespołów, wykonuje się jedno. I chyba taka była geneza tej nazwy. Mówi się na nią też bypass z jednym zespoleniem.

R.M.: Czy u dzieci też stosuje się operację rękawowej resekcji żołądka i bypassów?

Lek. R.M.: Tak, oczywiście, choć ja sam operowałem osoby jedynie pełnoletnie. Chirurdzy dziecięcy zdecydowanie najczęściej sięgają po operację rękawowej resekcji żołądka, bo po pierwsze jest to w pewnym sensie najprostsza operacja, jeśli tylko można w chirurgii mówić o tym, że jest prosta, jak również w najmniejszym stopniu zmienia fizjologię przewodu pokarmowego. ■

O ROZMÓWCY

► LEK. RAFAŁ MULEK

Specjalista chirurgii ogólnej i naczyniowej, chirurg bariatrycznej, członek zespołu Baria3, stworzonego na potrzeby kompleksowego leczenia pacjentów otyłych w szpitalu EuroMediCare we Wrocławiu.

Choroby odzwierzęce – niedoceniani wrogowie

Tekst: Maciej Sas, prof. dr hab. n. med. Andrzej Gładysz

Większość chorób zakaźnych pochodzi od zwierząt. Groźne dla nas są bakterie, grzyby, priony, robaki i pierwotniaki. W przyszłości problemów mogą przysporzyć nam jednak wirusy, które dysponują największym potencjałem pandemicznym.

Współcześnie jesteśmy dumnymi, ale pysznymi świadkami postępu w zwalczaniu i prewencji chorób zakaźnych, jaki dokonuje się w tym zakresie od ponad 100 lat. Trudno wymienić wszystkie wielkie nazwiska, w tym noblistów, którzy się do tego przyczynili, ale jako specjalista chorób zakaźnych nie mogę nie przywołać wypowiedzi Franka Macfarlane'a Burneta, wybitnego uczonego, laureata Nagrody Nobla z 1960 roku za pionierskie badania dotyczące reakcji immunologicznej u ludzi. Był świadkiem niszczycielskich pandemii, w tym słynnej hiszpanki z 1918 roku. Pisał wówczas: „Od początku rolnictwa i urbanizacji aż po współczesne mi czasy choroby zakaźne stanowiły główną przyczynę umieralności ludzi”, aby w połowie lat 70. XX wieku w 4. wydaniu swej książki *Natural History of Infectious Diseases* prorokować: „Co do przyszłości chorób zakaźnych, to nie wydarzy się nic nowego”.

Przełamywanie barier

Jak bardzo się mylił, okazało się już 4 lata później, gdy w Kongu pojawiło się ognisko gorączki Ebola, której pierwszą znaną ofiarą śmiertelną był dyrektor tamtejszej szkoły wiejskiej. Brak czasu, by szerzej rozwijać ten temat, ale dodajmy jeszcze, że w 1988 roku enterokoki (bakterie jelitowe), uodporniwszy się na antybiotyki ostatniej szansy (wankomycyna), stały się częstą przyczyną zakażeń szpitalnych jako superbakterie. A w 1997 roku szczep H5N1 wirusa grypy, przełamując barierę genetyczną między drobiem (kury) a człowiekiem (w Hongkongu), zapoczątkował pierwszą światową falę ptasiej grypy.

Epidemie chorób zakaźnych dziesiątkują ludzi niemal każdego roku, co stanowi poważne wyzwanie dla medycyny – tym bardziej, że poza powracającymi starymi, dawnymi wrogami, coraz częściej wiele z tych infekcji jest nowych dla naszego gatunku, jak chociażby koronawirus SARS-CoV-2, który wywołał wcześniej nieznaną chorobę i spowodował zachorowanie milionów i zgony tysięcy ludzi. Jak wynika z badań opublikowanych w „*Science of the Total Environment*”, zmiany, jakie dokonały się w ostatnim stuleciu w roślinności południowych prowincji Azji, stworzyły nowe, odpowiednie środowisko dla nietoperzy, które przeniosły się na inne, dotąd dziewicze dla nich obszary. Oczywiście przy okazji zabrały ze sobą wirusy, które weszły w interakcję z innymi zwierzętami, które przyjęły rolę rezerwuarów, czy/i wektorów, jak – być może – łuskowce. Jak podaje zoolog dr Robert Beyer z Cambridge, światowa populacja nietoperzy jest nosicielem około trzech tysięcy różnych koronawirusów. Dotąd znamy trzy z nich (SARS-CoV-1, MERS i SARS-CoV-2), które transmitowały do człowieka, a następnie rozprzestrzeniły się wśród ludzi.

Spośród około 400 zidentyfikowanych chorób zakaźnych, które występowały na świecie w 1940 roku, ponad 60% pochodziło od zwierząt! Warto podkreślić, że zagrozić nam mogą nie tylko wirusy i bakterie, ale także: grzyby, priony, robaki i protisty (dawniej nazywane pierwotniakami).

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/bat-1713607KwicPicz

Koronawirusy – groźni wrogowie

Wirusy potrafią zmieniać gospodarzy, przeskakując z jednego rodzaju (gatunku) na inny, jednocześnie stając się niebezpiecznymi patogenami w nowym środowisku. W wyniku tych ewolucji coraz więcej nowych ludzkich chorób zakaźnych ma pochodzenie odzwierzęce.

Pewne typy wirusów wykorzystują predylekcję do wywoływania pandemii. Właśnie koronawirusy należą do takich, głównie z uwagi na charakter ich genomów oraz zdolności ewoluowania i zmienności. Warto mieć na uwadze, że należą do słynnej już kategorii jednonicowych RNA, w której znajdują się m.in. wirusy: grypy, Eboli, wścieklizny, Nipah, hantawirusy i retrowirusy, a także wirus odry. Ich zła sława wiąże się ze skłonnością do mutowania i tworzenia mnóstwa genetycznych wariacji podczas replikacji.

W „Pathogens” z lutego 2021 roku ukazała się publikacja Haydena Hedmana i współpracowników, wśród których byli mikrobiolodzy, genetycy molekularni, immunolodzy oraz lekarze weterynarii kilku współpracujących ze sobą uniwersytetów amerykańskich. Jednoznacznie opisują możliwość transmisji SARS-CoV-2 nie tylko między ludźmi, ale również między ludźmi i zwierzętami, a także między samymi zwierzętami różnych gatunków. Zwrócono też uwagę na możliwość (w szczególnych warunkach) transmisji od zwierząt do człowieka, nie wykluczając zwierząt domowych, pozostających w bliższym kontakcie z chorym zakaźnie.

W obliczu nowych zagrożeń nie można nie brać pod uwagę tego, że wirusy i kolejne epidemie/pandemie przez nie spowodowane czekają nas nieuchronnie.

Pandemiczny potencjał

W połowie lutego 2021 rosyjskie służby sanitarne poinformowały o wyizolowaniu z wymazów pobranych od pracowników fermy drobiu w południowej Rosji (7 zachorowało, ale zbadano wszystkich) nowego szczepu grypy ptasiej H5N8! Jest to informacja o tyle niepokojąca, że gniazda zakażeń tym szczepem wirusa wykryto u drobiu (fermy japońskie, chińskie, koreańskie i brytyjskie), ale tylko u ptactwa. Dotychczas ten szczep grypy uważano za niegroźny dla ludzi. Tymczasem stwierdzone zachorowania wśród pracowników, choć łagodne, ale typowe dla grypy dowodzą, że szczep H5N8 pokonał barierę międzygatunkową i przenosi się na ludzi, ale jeszcze nie między ludźmi. Jednak ujawnienie takiej możliwości jest tylko kwestią czasu, co wynika z dotychczasowych doświadczeń z wirusami grypy i może stać się przyczyną kolejnej pandemii.

Potencjał pandemiczny ma również wirus Nipah, który także wywołuje ostrą niewydolność układu oddechowego oraz zapalenie mózgu. Co ważne, jest o 40-75 razy bardziej śmiertelny niż COVID-19. Przeskoczył na ludzi, podobnie jak tamten, z nietoperzy i może być przenoszony między ludźmi, a także przez skażoną żywność! Pierwsze zachorowania ujawniono w 1999 roku w Malesji wśród handlowców świń. Śmiertelność wynosiła wtedy 30%. Rozprzestrzenił się po Azji: w Indonezji, Indiach i na Filipinach, ale dotarł również do Ghany i na Madagaskar. Naukowcy zastanawiają się, co spowodowało, że to właśnie ten spośród 50 wirusów bytujących u nietoperzy stał się patogennym dla człowieka.

Podobny pandemiczny potencjał ma kilkanaście już znanych naukowcom wirusów, które bez trudu będą się przenosić z człowieka na człowieka i wywoływać pandemię.

Epidemia, która zaczyna się od zwierząt

Spśród około 400 zidentyfikowanych chorób zakaźnych, które występowały na świecie w 1940 roku, ponad 60% pocho-

dziło od zwierząt! Warto podkreślić, że zagrozić nam mogą nie tylko wirusy i bakterie, ale także: grzyby, priony, robaki i protisty (dawniej nazywane pierwotniakami).

Posługując się modelami matematycznymi, naukowcy są jednak zgodni, że najwięcej problemów w przyszłości mogą nam przysporzyć wirusy, które „przeskoczyły” ze zwierząt na człowieka i to one dysponują największym potencjałem pandemicznym. Rozwijają się szybko, mutują, brakuje skutecznych leków przeciw nim, cechują się wysoką śmiertelnością wśród swoich ofiar.

Poza Nipah do najgroźniejszych zaliczono wirusy powodujące gorączki krwotoczne (Marburg, Ebola, Lassa). Epidemie wywołane wirusem Lassa występują regularnie w wielu krajach Afryki Zachodniej, a trwają dłużej niż Ebola czy Marburg, które pojawiają się sporadycznie i szybko wygasają.

Nowe, groźne dla nas wirusy pojawiają się tam, gdzie zachodzi częsta interakcja między ludźmi i zwierzętami. Czy można wyliczyć, że np. wirus Schmallenberg powodujący samoistne poronienia u zakażonych zwierząt albo wirusy wenezuelskiego, końskiego zapalenia mózgu i Mayaro, które już kilkakrotnie powodowały epizooty (czyli zarazy) wśród zwierząt w Ameryce Południowej i Środkowej, nie przeskoczą na człowieka i zaczną się rozprzestrzeniać między ludźmi?

Mikroby pozornie oswojone

Wiele wirusów krąży wśród drobiu domowego i świń, które również mają w płucach receptory, np. dla wirusa grypy. Dlatego tak łatwo doszło do interakcji materiału genetycznego, a np. targowiska, na których zwierzęta domowe są mieszanym z dzikimi, są idealnym środowiskiem dla dostosowywania się drobnoustrojów (patogenów) do kolejnych gatunków i przejścia na człowieka. To powoduje, że nowa, agresywna epidemiologicznie i klinicznie pandemia jest nieunikniona.

Pozornie pokonane mikroby przystąpiły do kontrofensywy. Według Historii medycyny Johna Pickstane’a z Uniwersytetu w Manchesterze zawiodą mechanizmy kontrolowania chorób zakaźnych. Współczesnym tego przykładem jest nieradzenie sobie z zagrożeniami wynikającymi chociażby z uprzemysłowienia rolnictwa, gdzie np. przy użyciu nowoczesnych źniwiarek dochodzi do rozpylenia w powietrzu krwi kaleczonych gryzoni polnych, a w niej wirusów, które wywoływały choćby w latach 50. XX wieku w Brazylii ciężkie zachorowania wśród rolników. 10 lat później, również w Brazylii, opisywano zakażenie wirusem Machupo u ludzi penetrujących zamieszkałe przez gryzonie i inne drobne zwierzęta składowiska starych opon, będące wylęgarnią drobnoustrojów. Z kolei przy młóceniu zielonego groszku dochodziło do przypadków leptospirozy.

Co nas czeka w przyszłości

I jeszcze ostatnie doniesienia z USA oraz z Chin niewykluczające ściągnięcia na nas kolejnej pandemii grypy – niestety, za pośrednictwem psów (czasopismo „mBio”), na które z kolei wirus może się przenosić ze świń. Psy mają już swój udział także w szerzeniu dirofilariozy.

W 2020 roku „Science Magazin” opisał zakażenie trądem dziko żyjących szympanсів i to w dwóch grupach oddalonych od siebie o tysiąc kilometrów w regionach Afryki Zachodniej. Naukowcy nie wykluczają, że bakteria *Mycobacterium leprae* miała w przeszłości nosiciela (rezerwuar) innego niż człowiek.

Podsumowując, trzeba powiedzieć, że jak się wydaje (o czym głośno mówią naukowcy, w tym epidemiolodzy i ekolodzy), stoimy u wrót zakażenia pandemicznego o nieznanym dotąd charakterze. ■

Tekst: Maria Wesołowska, Rusłan Sałamatin

Choroby odzwierzęce – stary czy nowy problem zdrowia publicznego?

Źródło grafiki: www.pixabay.com/photos/friends-30427515eaq68

9 czerwca 2021 roku we Wrocławiu odbyła się konferencja „Zoonozy – aktualne problemy zdrowia publicznego w Europie”, pod patronatem rektorów trzech współorganizujących wrocławskich uczelni: Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytetu Wrocławskiego, Uniwersytetu Przyrodniczego oraz prezes Polskiego Towarzystwa Parazytologicznego. A patronat medialny objęło czasopismo naukowe *Annals of Parasitology**. Gościem honorowym konferencji był prof. Andrzej Gładysz z PWSZ im. Witelona w Legnicy. Konferencja zgromadziła około 100 słuchaczy z całej Polski, przede wszystkim lekarzy, studentów medycyny i weterynarii, biologów, epidemiologów, ekspertów ds. zdrowia publicznego oraz wiele innych osób zainteresowanych tematyką chorób odzwierzęcych.

Ostatnie dekady przyniosły w różnych obszarach świata, w tym także w naszym kraju, istotne zmiany w rozprzestrzenianiu się pasożytów. Globalne zmiany klimatyczne, zmiany w ekosystemach wywołane przez człowieka, nasilenie migracji ludzi oraz rosnąca liczba osób z niedoborami odporności spowodowały, że choroby pasożytnicze stanowią obecnie poważny, globalny problem zdrowotny. Według danych WHO w ciągu ostatnich 10 lat na świecie ponad 4,5 miliarda ludzi zaraziło się różnymi pasożytami.

Celem konferencji było przede wszystkim zwrócenie uwagi na nowy problem, jakim jest obecnie przełamywanie bariery żywicielskiej przez pasożyty, które do tej pory występowały u zwierząt i ich łatwa adaptacja do organizmu człowieka. Parazytologia jest nauką interdyscyplinarną i ten aspekt uwidaczniał się we wszystkich wystąpieniach podczas konferencji. Problemem wiodącym konferencji były parazytozy szerzące się zarówno drogą pokarmową, jak i za pośrednictwem wektorów, a otwierający konferencję wykład prof. Andrzeja Gładysza wprowadził słuchaczy w tematykę zoonoz.

Profesor podkreślił, że do zoonoz zalicza się każdą chorobę lub zakażenie, którymi człowiek może zarazić się w naturalnych warunkach od zwierząt. Dlatego zagrażają nam nie tylko wirusy i bakterie, ale również inne organizmy, takie jak pasożyty, które w sprzyjających okolicznościach mogą przejść od zwierząt na ludzi. Profesor Gładysz wskazał konieczność rozszerzenia kontroli zakażeń o parazytozy, dlatego że obecnie, w tak dynamicznie zmieniających się warunkach życia, możemy spodziewać się nie tylko pojedynczych pandemii, ale nawet nakładających się etiologicznie, których skutki będą złożone i długotrwałe. Omówiono zatem:

- **pasożyty, które łatwo nabywamy drogą pokarmową**
- ***Cryptosporidium* – nowe spojrzenie**

Pierwotniak *Cryptosporidium* należy do pasożytów oportunistycznych zagrażających głównie osobom z niedoborami odporności, niezależnie od przyczyny. Wykład na ten temat wygłosiła prof. Olga Matos z Universidade NOVA de Lisboa, Portugal**, która w swoim wystąpieniu zwróciła szczególną uwagę na sposób transmisji pasożyta. *Cryptosporidium* jest szeroko rozpowszechniony w przyrodzie. Posiadając wielu żywicieli wśród zwierząt, zarówno hodowlanych, jak i dziko żyjących, przenosi się ze środowiska zewnętrznego z pokarmem, wodą lub powietrzem a także drogą seksualną, np. oralno-analną. Pierwotniak wywołuje długotrwałe biegunki z tzw. syndromem wyniszczenia. U człowieka występuje głównie *C. hominis* i *C. parvum*, ale w ostatnich latach stwierdzono zarażenia ludzi również gatunkami typowymi dla zwierząt, takimi jak *C. meleagridis*, *C. felis*, *C. canis*, *C.*

ubiquitum, co świadczy o łatwej transmisji na drodze zwierzę – człowiek i stanowi ważny problem w predyspozycji do zakażeń u osób z deficytami odporności. Najgroźniejszy przebieg kryptosporydiozy obserwuje się u chorych z AIDS i będąc bezpośrednią przyczyną śmierci około 15% chorych z tej grupy.

Profesor Olga Matos nawiązała do idei *One Health*, podkreślając, że zdrowia człowieka nie da się oddzielić od zdrowia zwierząt. Aby zwalczyć kryptosporydiozę odzwierzęcą, należy przyjąć podejście „Jeden pasożyt – jedno zdrowie”. Jest to możliwe tylko przy holistycznym podejściu i ścisłej współpracy między parazytologami, klinicystami, epidemiologami, biologami molekularnymi i pracownikami socjalnymi w dobrze zaplanowanych badaniach epidemiologicznych.

- **zwierzęta towarzyszące**
 - **potencjalny rezerwuuar pasożytów**

Z kolei prof. Jolanta Piekarska** w swoim wystąpieniu poruszyła problem pasożytniczych zagrożeń w kontaktach ze zwierzętami towarzyszącymi, które hodowane są dla osobistej przyjemności lub dla towarzystwa.

W ostatnich latach obserwuje się znaczący wzrost liczby psów i kotów, zwłaszcza na terenach miejskich, które mogą być rezerwuarem pasożytów stanowiących poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego. Do najważniejszych pasożytów, które możemy nabyć od zwierząt domowych, należą glista psia (*Toxocara canis*) i kocia (*T. cati*). Człowiek zaraża się drogą pokarmową spożywając żywność zanieczyszczoną glebą, zawierającą inwazyjne jaja. Wykazano, że w Polsce stopień skażenia gleby jajami *T. canis* na terenach miejskich wynosi od 6% do 36%. Profesor Piekarska podkreśliła, że mimo iż w organizmie człowieka rozwijają się tylko postacie larwalne tych nicieni, to i tak lokalizacja może wywoływać poważne skutki kliniczne (syndrom *larva migrans*), zwłaszcza jeśli ulokują się w układzie nerwowym lub w gałce ocznej. Zoonotyczny charakter mają również zarażenia *Toxoplasma gondii* i *Giardia intestinalis*. Mimo, że na świecie około 74 % kotów jest seropozytywnych w kierunku *T. gondii* to jednak człowiek nabywa toksoplazmozę głównie spożywając zarażone surowe lub niedogotowane mięso.

- **alweokokoza (echinokokoza wielojamowa) – jedna z najgroźniejszych pasożytów człowieka**

Ten problem poruszyła dr hab. Beata Szostakowska**, która wskazała, że alweokokoza będąc chorobą odzwierzęcą, wywołowaną przez larwalną postać tasiemca *Echinococcus multilocularis* (syn. *Alveococcus multilocularis*), jest jedną z najgroźniejszych pasożytów człowieka. Za transmisję tego pasożyta w naszej strefie geograficznej odpowiadają głównie lisy, ale w epidemiologii alweokokozy rozpatruje się także udział psów domowych i kotów. Człowiek zaraża się poprzez przypadkowe połknięcie jaj tasiemca z zanieczyszczonym pokarmem (np. owoce leśne). Pasożyt lokalizuje się, głównie, w wątrobie, a przerzuty larwalne mogą rozprzestrzeniać się do narządów przylegających do wątroby i odległych miejsc rozsiane z krwią i limfą. Choroba rozwija się bardzo wolno. Bezobjawowy przebieg może trwać od 5-15 lat od zarażenia, ale nieleczona może prowadzić do śmierci. W Europie jest wiele ognisk endemicznych *E. multilocularis*, co związane jest ze wzrostem populacji lisów, dzięki masowym środowiskowym szczepieniom przeciwko wściekliznie. W Polsce najwyższy odsetek zarażonych lisów stwierdzono w województwie warmińsko-mazurskim (50%) oraz w województwie podkarpackim (47,2%). Fakt ten przekłada się na najwyższą liczbę przypadków alweokokozy wykrywanych u ludzi na tym terenie. W ostatnich latach rośnie liczba przypadków alweokokozy u ludzi w Polsce, co wiąże się z faktem, że choroba jest coraz częściej wykrywana dzięki

wzrostowi wiedzy na jej temat wśród lekarzy i coraz większym możliwościom diagnostycznym.

Doktor hab. B. Szostakowska** podkreśliła, że zapobieganie polega na myciu nie tylko owoców leśnych, ale przede wszystkim owoców ogrodowych, w związku z częstą obecnością lisów na terenach przydomowych nawet w dużych miastach. W celu poszerzenia wiedzy o alweokokozie dr hab. Szostakowska zachęciła do odwiedzenia strony internetowej WHO Informal Working Group of Echinococcosis (WHO-IWGE).

”

Profesor Olga Matos nawiązała do idei One Health, podkreślając, że zdrowia człowieka nie da się oddzielić od zdrowia zwierząt. Aby zwalczyć kryptosporydiozę odzwierzęcą, należy przyjąć podejście „Jeden pasożyt – jedno zdrowie”. Jest to możliwe tylko przy holistycznym podejściu i ścisłej współpracy między parazytologami, klinicystami, epidemiologami, biologami molekularnymi i pracownikami socjalnymi w dobrze zaplanowanych badaniach epidemiologicznych.

“

Pasożyty, które wymagają wektorów

Globalizacja, a przede wszystkim zmiany klimatyczne, jakie obserwuje się w ostatnich latach, wpływają na poszerzenie zasięgu występowania pasożytów, a także ułatwiają pasożytom przekraczanie barier żywicielskich. Szacuje się, że około 45% populacji ludzi w Europie oraz zwierząt domowych i towarzyszących jest narażonych na inwazje przenoszone przez wektory, czyli krwio pijne stawonogi wprowadzające do żywiciela chorobotwórcze mikroorganizmy.

- **Dirofilaria i Onchocerca**

- **nowe zagrożenia zdrowia publicznego**

Doktor hab. Rusłan Salamatın** w swoim wystąpieniu przybliżył tematykę filarioz. W Europie, filariozy odnotowywane u ludzi, najczęściej spowodowane są przez nicienie z rodzaju *Dirofilaria* oraz *Onchocerca*. Obserwowany w ostatnich latach gwałtowny wzrost liczby zarażonych osób w krajach europejskich spowodował, że dirofilarioza jest postrzegana jako nowo występująca choroba (emerging disease). Do tej pory w Europie u ludzi odnotowano około 5 tys. przypadków dirofilariozy wywołanej przez *D. repens*, w tym ponad 2 tys. przypadków na Ukrainie, ponad 1,5 tys. przypadków w Rosji, kilkaset przypadków we Włoszech oraz na Białorusi. Odnotowano również 35 przypadków dirofilariozy płucnej wywołanej przez *Dirofilaria immitis*. Transmisji pasożyta sprzyjają podróże ze zwierzętami towarzyszącymi, głównie psami, do krajów Europy Południowej, gdzie mogą one ulec zarażeniu tymi nicieniami. W Polsce opisano dotąd ponad 30 przypadków dirofilariozy, z podskórną i podspojówkową lokalizacją pasożyta. Obecnie Polska należy do regionów endemicznych występowania nicieni z rodzaju *Dirofilaria*, gdyż pasożyt ten stwierdzany jest u psów, właściwych żywicieli ostatecznych.

Oprócz zarażeń u ludzi *Dirofilaria* w ostatnich latach zanotowano przypadki nowych zoonotycznych filarioz, spowodowanych przez nicienie z rodzaju **Onchocerca**, które są typowymi »



pasożytami zwierząt dzikich i udomowionych. W 2020 roku stwierdzono w Polsce pierwszy przypadek zarażenia pacjenta nicieniem *Onchocerca jakutensis* w ciełe szklistym oka, który jest typowym pasożyta jeleniowatych. Przypadek ten potwierdza, że w sprzyjających warunkach pasożyty łatwo adaptują się do nowych żywicieli.

• Borelioza – choroba wektorowa sprawiająca trudności diagnostyczne

Borelioza jest wywoływana przez bakterie *Borrelia burgdorferi*, a przenoszona przez kleszcze. Liczba nowych zakażeń nieustannie wzrasta osiągając w 2019 roku przeszło 20 000 zachorowań. Doktor Marcin Czarnecki** przedstawił trudności diagnostyczne i terapeutyczne boreliozy i podkreślił, że pomimo obowiązujących rekomendacji, jak zalecenia Polskiego Towarzystwa Lekarzy Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, zarówno diagnostyka, jak i leczenie tej jednostki chorobowej są nadal obarczone licznymi błędami. Do najczęstszych zaliczył wykonywanie badań serologicznych z powodu dolegliwości niespecyficznych dla boreliozy, mimo iż wiadomo, że pozytywne wyniki badań serologicznych w kierunku boreliozy są stwierdzane wśród 4-15% zdrowej europejskiej populacji. Kolejnym błędem jest niekompetentna diagnostyka serologiczna – wykonywanie tylko jednego badania metodą ELISA lub Western Blot. Inny problem stanowi oferowanie chorym nierekomendowanych metod diagnostycznych jak LTT, KKL, badanie profilu cytokin, profilu limfocytów czy wreszcie „biorezonansu”. Leczenie chorych na boreliozę, również niejednokrotnie prowadzone jest niezgodnie z rekomendacjami.

Na stronach internetowych z kolei znajdują się informacje o „niestandardowych sposobach leczenia” za pomocą tak zwanego „biorezonansu” czy „ozonowania krwi”, preparatów ziołowych czy wreszcie wielomiesięcznej, złożonej antybiotykoterapii. Prelegent zwrócił uwagę na konieczność nieustannego kształcenia lekarzy, diagnostów laboratoryjnych, ale także społeczeństwa na temat tej „modnej” choroby.

Wpływ pandemii na częstość występowania chorób pasożytniczych

Profesor Elżbieta Gołąb** z kolei oceniła wpływ pandemii na występowanie chorób pasożytniczych. Posłużyła się danymi epidemiologicznymi z lat 2017–2020 zebranymi w raportach rocznych dostępnych na stronie internetowej NIZP-PZH. W Polsce nadzorem epidemiologicznym objętych jest siedem parazytoz: bąblowica, giardioza, kryptosporidioza, malaria, toksoplazmoza wrodzona, węgryca i włośnica. Analiza wykazała, że łączna liczba przypadków parazytoz zarejestrowanych w 2020 r. była blisko trzykrotnie niższa od średniej z lat 2017–2019. Ten spadek liczby przypadków wiąże się z brakiem dostępnych danych epidemiologicznych dla 2020 r. co jest spowodowane przeciążeniem systemu ochrony zdrowia i służb sanitarnych działaniami przeciwpandemicznymi. Spadek na przykład liczby przypadków malarii może być pozytywnym wynikiem istotnego ograniczenia liczby osób podróżujących do krajów

endemicznych, a giardiozy wynikiem powszechnej akcji „czyste ręce”. Jednak w sytuacji pandemicznej znaczący spadek zgłoszeń bąblowicy może mieć głównie konotacje negatywne.

COVID-19: czego nauczyliśmy się od początku pandemii

Na zakończenie konferencji prof. Brygida Knysz** zwróciła uwagę na fakt, że od początku pandemii nauczyliśmy się zasad profilaktyki nieswoistej, poznaliśmy grupy szczególnego ryzyka zachorowania na COVID-19 o ciężkim przebiegu, wreszcie poznaliśmy sposoby transmisji wirusa. Profesor Knysz podkreśliła, że dzięki wykorzystaniu nowoczesnych technik molekularnych, w bardzo krótkim czasie, opracowano skuteczne szczepionki. Jednocześnie mieliśmy okazję poznać siłę wiadomości przekazywanych internetowo, niekoniecznie rzetelnych, dotyczących profilaktyki i leczenia zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2).

Wszyscy wykładowcy byli zgodni co do tego, że choroby odzwierciedlają aktualne wyzwanie w kontekście szeroko pojętego zdrowia publicznego. Kontrola inwazji pasożytniczych, stosowanie odpowiednich praktyk higienicznych, żywieniowych i hodowlanych są kluczowe dla zapobiegania zarażeniom pasożytniczym i doskonale wpisują się w inicjatywę „One Health”. ■

*ORGANIZATORZY KONFERENCJI:

- Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
- Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby oraz Nabytych Niedoborów Odpornościowych, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
- Zakład Parazytologii, Wydział Nauk Biologicznych, Uniwersytet Wrocławski
- Katedra Chorób Wewnętrznych z Kliniką Koni, Psów i Kotów, Wydział Medycyny Weterynaryjnej, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
- Polskie Towarzystwo Parazytologiczne - prezes dr hab. Joanna Hildebrand
- Przewodnicząca Komitetu Naukowego i Organizacyjnego dr hab. Maria Wesołowska, Katedra i Zakład Biologii i Parazytologii Lekarskiej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

**PRELEGENCI:

- prof. Andrzej Gładysz, PWSZ im. Witelona w Legnicy. Emerytowany profesor Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby oraz Nabytych Niedoborów Odpornościowych, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
- prof. Olga Matos – Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal
- prof. Brygida Knysz – kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby oraz Nabytych Niedoborów Odpornościowych, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
- dr hab. Jolanta Piekarska, prof. UPR – kierownik Zakładu Parazytologii, Katedra Chorób Wewnętrznych z Kliniką Koni, Psów i Kotów, Wydział Medycyny Weterynaryjnej, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
- dr hab. Beata Szołkowska – adiunkt w Zakładzie Medycyny Tropikalnej i Parazytologii, Gdański Uniwersytet Medyczny
- dr hab. Ruslan Salamatina – adiunkt w Katedrze Biologii Ogólnej i Parazytologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny oraz adiunkt na Wydziale Medycznym, Collegium Medicum, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
- dr Marcin Czarnecki – Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby oraz Nabytych Niedoborów Odpornościowych, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
- prof. Elżbieta Gołąb – Polskie Towarzystwo Parazytologiczne

Szpital im. św. Jadwigi w Opolu zatrudni w formie umowy o pracę lub kontraktu:

- **lekarzy specjalistów psychiatria** dla dorosłych oraz **neurologii** do pracy na oddziałach oraz w poradniach specjalistycznych. Atrakcyjne warunki finansowe.
- lekarzy w trakcie specjalizacji bądź chcących podjąć specjalizację w dziedzinach psychiatria i neurologia. Dla rezydentów psychiatrii bezzwrotny dodatek miesięczny w wysokości 4000 zł.

Szczegóły pod nr tel.: 77 541 42 43

Moda na cesarskie cięcia prostą drogą do epidemii ciąż pozamacicznych

Trudno je zdiagnozować i trudno leczyć. Najlepszą metodą jest edukacja kobiet, które planują dziecko. O ciążach ektopowych i heterotopowych, a także o tym, dlaczego w wielu szpitalach kuleje opieka okołoporodowa z prof. dr. n. med. Mariuszem Zimmerem, kierownikiem Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, prezesem Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP), rozmawia Maciej Sas.

Rozmawia Maciej Sas

Maciej Sas: Macierzyństwo to zwykle piękny czas, ale bywa (całkiem nierzadko), że ma niepiękne początki. Pomijam kłopoty z zajściem w ciążę, ale kiedy już się uda, wcale nie musi być łatwo. Jednymi z trudniejszych problemów są ciąże ektopowe czy heterotopowe. Podobno bardzo trudno je zdiagnozować. Dlaczego?

Prof. dr. hab. n. med. Mariusz Zimmer: Rzeczywiście, to problem dobrze znany w położnictwie i ginekologii. Naszym zadaniem jest zdiagnozowanie jednego z najwspanialszych momentów w życiu kobiety i rodziny, a więc zbadanie, czy jest ciąża. Najczęściej dla potwierdzenia ciąży wykonywany jest test ciążowy, czyli próba biochemiczna wykrywająca beta HCG (gonadotropinę kosmówkową). Należy jednak pamiętać, że może ona błędnie wskazywać istnienie ciąży, a na pewno nic nie mówi o jej lokalizacji. Nie należy ulegać złudzeniom i nie popadać w pewność, sądząc, że jeżeli wynik tego bada-

nia jest pozytywny, to już na pewno mamy do czynienia z ciążą. Rzecz w tym, że istnieje kilka chorób, które mogą powodować pojawienie się beta HCG. Naszym zadaniem jest potwierdzenie, czy jest ciąża i gdzie ona się umiejscowiła – to najważniejsze. Wyjaśnijmy jeszcze najpierw, że ciąża ektopowa to ciąża zlokalizowana poza jamą macicy, czyli ciąża pozamaciczna, natomiast ciąża heterotopowa to taka, w której istnieją jednocześnie dwa zarodki – jeden w macicy i jeden poza nią, czyli jeden w dobrym miejscu, a drugi w złym. Taka sytuacja jest rzadka i stanowi nie lada wyzwanie dla ginekologów. W przypadkach tego typu patologii najczęściej jednak mamy do czynienia z ciążą pozamaciczną – jest to również duży problem diagnostyczny i kliniczny.

M.S.: Z czego ten problem wynika?

M.Z.: Z różnych przyczyn – zwykle chorobowych, a często – z przypadkowych. Jeśli chodzi o te pierwsze, to często »



mamy do czynienia z sytuacją, gdy jajowód jest na tyle chory, że nie przepuszcza zarodka. Owszem, w jedną stronę przedostanie się plemnik, który dojdzie do końcowego odcinka jajowodu i zapłodni komórkę jajową wyłapaną przez jajowód. Niestety zarodka (czyli zapłodnionej komórki, która dzieli się w jajowodzie, powiększając się) już nie jest w stanie przepuścić. I dlatego ten zarodek zostaje już w jajowodzie – to jest ciąża jajowodowa. Obecnie w dobie epidemii cięć cesarskich pojawiła się nowa forma tego problemu – ciąża w bliźnie po cięciu cesarskim. Mówię „nowa”, bo kiedyś szacowało się, że zdarza się w 4 przypadkach na 1000 ciąż. Dzisiaj ten wskaźnik jest zdecydowanie większy. Akurat tak się złożyło, że moja Klinika w tym się specjalizuje i przyjmujemy takie pacjentki z całej Polski. Są to ekstremalnie trudne przypadki wymagające wysokospecjalistycznych procedur, które opracowaliśmy w Klinice. To ogromnie trudny problem.

„**Obecnie w dobie epidemii cięć cesarskich pojawiła się nowa forma tego problemu – ciąża w bliźnie po cięciu cesarskim. Mówię „nowa”, bo kiedyś szacowało się, że zdarza się w 4 przypadkach na 1000 ciąż. Dzisiaj ten wskaźnik jest zdecydowanie większy. Akurat tak się złożyło, że moja Klinika w tym się specjalizuje i przyjmujemy takie pacjentki z całej Polski. Są to ekstremalnie trudne przypadki wymagające wysokospecjalistycznych procedur, które opracowaliśmy w Klinice. To ogromnie trudny problem.**

M.S.: Można to nazwać dolegliwością cywilizacyjną?

M.Z.: Zdecydowanie tak, to problem epidemii cięć cesarskich. Co tu dużo mówić – liczba cięć cesarskich rośnie gwałtownie. Czy ją spowolnimy? Raczej tak. Czy ją zatrzymamy? Raczej nie – to musimy sobie jasno powiedzieć.

M.S.: Czy to znaczy, że mamy do czynienia ze skokowym wzrostem przypadków ciąż zagnieżdżonych w bliźnach?

M.Z.: Jest ich bardzo dużo – to właśnie pochodna liczby cięć cesarskich. Pacjentki, które czasami z różnych powodów wymuszają cięcie cesarskie, nie zdają sobie sprawy, że macica, gojąc się po takim cięciu, tworzy bliznę. Ta różnie się goi i w efekcie w takim miejscu mamy do czynienia z defektem blizny, nazywanym w badaniu USG niszą lub ubytkiem. Tam, gdzie powinna być gładka ściana, powstaje dołek – my go potocznie nazywamy „dołkiem golfowym”. Czasami kolejna ciąża po uprzednim cięciu cesarskim wpada do niego i zagnieżdża się w nim, nie mając szans rozwoju. Gdyby się jednak rozwijała, stanowiłaby zagrożenie dla życia takiej pacjentki, doprowadzając do pęknięcia macicy,

a pęknięcie macicy w tym miejscu to prawdziwy dramat! Unaczynienie tego obszaru jest jednym z największych w organizmie. Tam krew płynie z prędkością 700 ml na minutę. Co to znaczy? Jeśli pęknie takie naczynie, to w ciągu jednej minuty wypływa 700 ml krwi, w ciągu drugiej – 1,5 litra, a w ciągu trzeciej pacjentka nie żyje. I to dlatego ciąża w bliźnie po cięciu cesarskim stanowi ekstremalne zagrożenie życia i zdrowia kobiety.

M.S.: Jak wynika z tego, o czym Pan powiedział, ciężce ektopowe zdarzały się zawsze. Ale cywilizacyjnym śladem (piętnem) jest to, co się dzieje teraz, czyli nadmiar cięć cesarskich.

M.Z.: Tak, można nawet powiedzieć, że tych przypadków przybywa w postępie logarytmicznym. Nie wiem, czy dobrym słowem na określenie tego zjawiska jest „epidemia”, bo to by oznaczało, że mamy do czynienia z problemem zakaźnym, a to jest raczej problem społeczny. Wniosek z tego: eliminujemy niepotrzebne pierwsze cięcia cesarskie, bo to jest podstawowym elementem zapewniającym bezpieczeństwo kobiecie w kolejnych ciążach. Decyzja o tym, czy pierwszy poród powinien się odbyć siłami natury, czy drogą cięcia cesarskiego, ma ogromny wpływ na przebieg kolejnych ciąż!

M.S.: Na czym polega terapia w przypadku takich ciąż? Podejrzewam, że wszystko zależy od tego, w którym miejscu umiejscowił się zarodek i jakie są tego przyczyny?

M.Z.: Wykrycie ciąży pozamacicznej ustalane jest na podstawie badania ginekologicznego, biochemicznego i USG. To właśnie USG zrewolucjonizowało diagnostykę tej choroby. USG jest moim zdaniem jedną z najwspanialszych zdobyczy medycyny – od 1958 roku, bo wtedy pojawiło się pierwsze takie badanie w położnictwie.

M.S.: Ta „święta” trójka pozwala zdiagnozować problem?

M.Z.: Tak – można powiedzieć – jest standardem postępowania. Czy USG jest tak dokładne, że zawsze nam powie, gdzie jest umiejscowiona ciąża? W przypadku ciąży w bliźnie po cięciu cesarskim – tak, ale już w przypadku ciąży jajnikowej, jajowodowej, szyjkowej, brzusznej (to takie książkowe lokalizacje) nie do końca jest tak idealne, bo czasami też w tych miejscach zarodka nie widać. Taką ciążę nieprawidłową sugerują więc objawy kliniczne i poziom beta HCG. Teraz wróćmy do sedna pytania, a więc: co robić? Są trzy kierunki działania. Pierwszym jest obserwacja, bo taka ciąża może, nie spotykając „odpowiedniego, dobrego gruntu” do rozwoju, samoistnie zaniknąć.

M.S.: Trzeba więc mieć nieustanną kontrolę nad sytuacją?

M.Z.: Otóż to, ale pacjentka musi być w szpitalu, bo niebezpieczeństwo pęknięcia miejsca jej zagnieżdżenia, bez względu na to, gdzie taka ciąża jest umiejscowiona, doprowadza do ekstremalnego zagrożenia życia kobiety. Druga możliwość to leczenie farmakologiczne, ale możliwe w pewnych określonych warunkach związanych z odpowiednim poziomem beta HCG. W tym przypadku można podawać kolejną zdobycz cywilizacyjną medycyny, jaką jest metotreksat. To jest jeden z przełomowych leków w historii medycyny, który jest skierowany przeciwko trofo-

blastowi, a więc tkance, która wytwarza się w czasie ciąży. Lek ten niszczy trofoblast uniemożliwiając dalszy rozwój ciąży. Metotreskat jest chemioterapeutyką, który może zlikwidować ciążę odpowiedniej wielkości. Podaje się go w formie iniekcji, a potem trzeba sprawdzać, czy beta HCG spada, czy nie spada. Podkreślam: można to zrobić wyłącznie w warunkach szpitalnych! Trzecia możliwość to operacja, a więc najbardziej radykalny sposób postępowania. Taki zabieg, jak każdy inny, niesie ze sobą ryzyko związane zarówno ze znieczuleniem, jak i innymi powikłaniami śródoperacyjnymi czy pooperacyjnymi. Oczywiście zwykle robimy to laparoskopowo, ale ten zabieg zawsze może się zakończyć laparotomią, czyli rozcięciem brzucha i w konsekwencji blizną skórną. Podpisując zgodę na laparoskopię, pacjentka zawsze wyraża zgodę na możliwość konwersji do laparotomii, bo w czasie jednego znieczulenia nie jesteśmy w stanie jej wybudzić i pytać: „Czy zgadza się Pani na rozcięcie brzucha?”. W czasie operacji są dwa sposoby postępowania: albo nacięcie jajowodu i wyjęcie tej ciąży (jeżeli to tam się zagnieżdżyła), albo wycięcie całego jajowodu. Co ważne, ten drugi sposób o 50 procent zmniejsza możliwość zachodzenia w kolejną ciążę. Z kolei pozostawienie jajowodu naraża kobietę na kolejną ciążę pozamaciczną, bo jeśli już raz zarodek nie przedarł się przez ten chory jajowód, to i za drugim razem nie ma pewności, że to się uda. Tu decyzję muszą podjąć operatorzy w czasie zabiegu.

M.S.: Wspomniał Pan o objawach klinicznych, ale one – z tego, co wiem – nie zawsze są oczywiste.

M.Z.: Faktycznie, tak jest. Dlatego tak ważna jest jak najszybsza po zatrzymaniu miesiączki i dodatnim teście ciążowym wizyta u lekarza, a nie – jak robiły to nasze babcie, czy jak radzą niektóre periodyki „prolife” – pójdźmy do lekarza dopiero wtedy, gdy już będzie 10. tydzień ciąży, bo wtedy można radosną nowinę ogłosić całemu światu, w tym wszystkim ciotkom. Właśnie tu docieramy do najważniejszego wątku naszej rozmowy: jeśli test ciążowy jest dodatni, idźmy szybko sprawdzić, czy jest ciąża, a przede wszystkim niech lekarz potwierdzi, gdzie ona się umiejscowiła. A już bezwzględnie koniecznością, wpisaną w standard postępowania medycznego, jest udanie się na taką wizytę, gdy kobieta zajdzie w ciążę po wcześniejszym cięciu cesarskim. Dlaczego? Bo wtedy można wyleczyć ciążę w bliźnie po cięciu z jak najmniejszym zagrożeniem życia pacjentki. To jest prawdziwa zmora, dlatego jak mantrę powtarzam: „ciąża pozamaciczna” i „ciąża po cięciu cesarskim”.

M.S.: Wniosek z tego jest prosty: ciąża pozamaciczna ma ogromny wpływ na całą przyszłą płodność kobiety?

M.Z.: Tak jest, ale też nie panikujmy i nie stwarzajmy wrażenia, że jak już ktoś przeżył jedną ciążę pozamaciczną, to jest skazany na niepłodność, bo tak nie jest. Mamy pacjentki, które np. nie mają jajnika i jajowodu z jednej strony, potem zachodzą w ciążę bez problemu i są szczęśliwymi matkami. Owszem, na pewno stanowi to pewien problem medyczny, ale nie taki, który by uniemożliwiał zajście w kolejną ciążę.

M.S.: Zmieńmy temat: w jaki sposób na Waszą pracę wpłynął wyrok Trybunału Konstytucyjnego z początku roku? Czy to już wszystko się poukładało i w tej chwili wiecie, jak działać?

M.Z.: My jesteśmy lekarzami i mamy za zadanie przede wszystkim nieść pomoc pacjentce. Pracujemy zgodnie ze

standardem opieki okołoporodowej, w którym jest jasno powiedziane: „Róbmy badania, również prenatalne”. Jeżeli zaś o tym mówimy, to mamy obecnie do dyspozycji kolejne niezwykle zdobycz medycyny. To jest coś niesamowitego dla mnie, lekarza z 40-letnią praktyką, kosmiczna technologia, którą powinniśmy rozpropagować i refundować. Chodzi o badanie wolnego DNA płodu krążącego we krwi matki. To jest coś niesamowitego, że możemy pobrać matce krew jak do morfologii i z tej próbki jesteśmy w stanie ocenić, czy nie ma chorób genetycznych. Można więc stwierdzić potencjalne wady (np. letalne), na które możemy się przygotować w czasie porodu. Ale przede wszystkim oznacza to informację dotyczącą tego, jak dziecko może się rozwijać w przyszłości. Tu chodzi nie tylko o te trzy podstawowe choroby, a więc zespoły Downa, Edwardsa i Patau, ale również o szereg mikrodelekcji, monosomii, trisomii czy triploidii. To są ogromne zmiany w genomie, ale do tej pory można je było wykryć tylko po porodzie albo za pomocą inwazyjnego badania grożącego poronieniem. A to, o czym wspominałem, to prawdziwa rewolucja: można to zbadać zupełnie nieinwazyjnie, a pewność tego badania to 99,9%. I jednocześnie przy okazji na etapie 11 tygodnia ciąży dowiedzieć się, jaka jest płeć dziecka.

M.S.: To oznacza możliwość leczenia dziecka jeszcze w łonie matki?

M.Z.: Tak, można zdiagnozować szereg chorób, które mogą być leczone już w trakcie ciąży. To badanie niestety nie jest refundowane. A szkoda. Jest to kolejny krok milowy w diagnostyce prenatalnej. Dlatego pomimo tych rozmaitych zmian ustawowych namawiam pacjentki do wykonywania takich badań, bo warto wiedzieć, jaki będzie stan naszego nowo urodzonego maluszka.

M.S.: W tym, o czym Pan mówi, bardzo ważną sprawą jest też opieka okołoporodowa. Wiemy, niekiedy zostawia to wiele do życzenia. Co szwankuje, bo przecież standardy opieki opisano na papierze już 10 lat temu?

M.Z.: Podstawowy problem to brak kadry medycznej do pracy w takim standardzie, jaki jest opisany; jakiego oczekujemy. My lekarze chcemy go stosować. Nasze pacjentki oglądając filmy, jeżdżąc po świecie, porównują nas do ośrodków niemieckich czy amerykańskich. My też tak chcemy pracować. Ba, wiemy, co zrobić, by tak było, potrafimy. Kłopot w tym, że nie mam z kim pracować w szpitalu! Wszyscy młodzi adepci medycyny po specjalizacji opuszczają szpitale, idą do różnych miejsc pracy, głównie w przychodniach, ale nikt nie chce pracować w szpitalu. Dlaczego? Bo to ogromnie ciężka, odpowiedzialna praca – na dodatek bardzo niewdzięczna. Niestety nie można się nie zdenerwować, kiedy spotykamy się z nieuzasadnionymi roszczeniami, czego przykładem jest nagminne wykorzystywanie sytuacji dyżurowej przez pacjentki, którym po prostu wygodniej jest przyjść na dyżur niż czekać w kolejce w przychodni. Często jest tak, że lekarz podczas katorżniczego dyżuru, podczas którego nie zmrużył oka nawet na 5 min, pracując w stresie dowiaduje się, że w izbie przyjęć awanturowuje się pacjentka, że musi czekać na lekarza, a jej dolegliwość to swędząca wydzielina z pochwy trwająca od 14 dni. O 3 w nocy zgłasza się więc do szpitala ze stwierdzeniem: „bo teraz nie ma kolejki i przyszłam się zbadać” ».

Wszystkie szpitale, a szczególnie te o najwyższej referencyjności, borykają się z tym problemem: lekarze, położne, pracownicy medyczni każdego szczebla odchodzą ze szpitali. To jest prawdziwy alarm atomowy! Za chwilę nie będzie komu pracować w szpitalach i nie będzie gdzie leczyć najtrudniejsze przypadki. Procedury wysokospecjalistyczne wykonywane tylko w niektórych szpitalach są nieodpowiednio wycenione i tu nie chodzi tylko o amortyzację sprzętu i zużycie materiału. Mowa też o wynagrodzeniu tych najwyższej klasy specjalistów, którzy często jako jedyni są w stanie wykonać skomplikowane operacje ratujące życie. Przykładem tego jest problem łożysk przerośniętych. Moja klinika przyjmuje z całej Polski takie przypadki – ale poza prestiżem nie mam żadnej innej satysfakcji. Wręcz przeciwnie, pogrążamy finansowo szpital. Opieka ambulatoryjna jakoś daje sobie radę, choć, jak dałem przykład wyżej, należy również ją zreformować, aby funkcjonowała ona np. przez całą dobę, co odciążyłoby izby przyjęć w szpitalach. Inny problem to opieka ambulatoryjna przypadków onkologicznych, która również wymaga zreformowania. To już rola konsultanta wojewódzkiego i administracyjnych organów zarządczych.

M.S.: Ważną rzeczą w tym, o czym rozmawiamy, jest też znieczulenie zewnątrzoponowe przy porodzie. Ono u nas nie jest standardem, choć dużo się o nim mówi. Dlaczego w wielu przypadkach ono nie jest stosowane?

M.Z.: Odpowiem tak samo jak przed chwilą: brak ludzi! Nasi anestezjolodzy są profesjonalistami, o czym przekonał się choćby w czasie apogeum epidemii covidowej, kiedy leczyli pacjentki z ekstremalnymi powikłaniami po SARS-CoV-2. Przecież to jest głównie ich zasługa, że przeżywały ciężarne pacjentki z COVIDEM. Oni są świetnie wyszkoleni. Każdy poród w znieczuleniu wymaga obecności personelu anestezjologicznego. Akurat w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym na Borowskiej mamy to szczęście, że co prawda z trudnościami, ale robimy znieczulenia zewnątrzoponowe. Ale powód braku dostępności znieczuleń porodów w szpitalach jest tylko jeden: brak odpowiedniej liczby personelu.

M.S.: Pytam o to nie bez powodu: podkreślał Pan kilkakrotnie w czasie naszej rozmowy, że narastającym problemem jest nadmiar cięć cesarskich. Jak mi się wydaje, antidotum na to mogłoby być dostępne znieczulenie.

M.Z.: Zdecydowanie! Zwłaszcza, że przychodzą do nas pacjentki z rozpoznaniem: tokofobia (czyli strach przed bólem porodowym). To możemy wyeliminować właśnie znieczuleniem zewnątrzoponowym. I to jest antidotum na niepotrzebną traumę i zgubną ciążę w bliźnie po cięciu cesarskim. Musimy to nieustannie uświadamiać pacjentkom, bo one nie mają tej świadomości i często przychodzą do szpitala komunikując, że chcą „sobie zrobić cięcie cesarskie”. Po pierwsze: same sobie nie robią, bo nie damy im skalpela do rąk, a po drugie trzeba tym paniom uświadomić niebezpieczeństwa i możliwe późniejsze powikłania. Wtedy często rezygnują z cięcia cesarskiego.

M.S.: Z tego wszystkiego wynika jeszcze jedna rzecz: bolączką, która przeszkadza w skutecznym przebiegu ciąży są również problemy cywilizacyjne, a więc nasz siedzący tryb życia, stres, nieodpowiednia dieta.

M.Z.: Często używamy hasła: „W zdrowym ciele zdrowa ciąża”. Warto więc, planując ciążę, znać stan swojego organi-

zmu – żeby nagle nie zaskakiwały kobiety choroby, które ujawniają się dopiero w czasie ciąży, bo w wielu sytuacjach mamy związane ręce, zamkniętą drogę leczenia. Rzecz w tym, że nie wszystkie leki można w tym czasie podawać. Dlatego mam apel do młodych kobiet planujących ciążę: wcześniej przyjdźcie do kontroli, zdiagnozujmy wspólnie ogólny stan organizmu pod względem internistycznym, nefrologicznym, kardiologicznym – przede wszystkim – zakaźnym. Trzeba bowiem wiedzieć, czy już przeszło się pewne choroby zakaźne, co dało organizmowi odporność. To bardzo ważne, bo później w czasie ciąży robimy panel badań laboratoryjnych i wyskakują nam pewne badania, które stawiają duży znak zapytania dotyczący tego, czy to pierwsze zetknięcie z patogenami, czy badana ma już odporność. Mówię tutaj np. o ospie wietrznej, opryszczce, ale też o tych wirusach, które pojawiając się po raz pierwszy u kobiety w czasie ciąży mają na nią zgubny wpływ. Tak jest choćby z parwowirusem czy cytomegalią. Liczba przypadków tej ostatniej jest u nas nieco niedoszacowana. Dlatego każda kobieta w wieku prokreacyjnym przed zejściem w ciążę powinna znać swój status odnośnie do przechorowania tejże potwornej choroby, która sieje wielkie powikłania, gdy pojawia się w czasie ciąży.

M.S.: Krótka, ale ważna rzecz na koniec: położnictwo a COVID. W jaki sposób epidemia zmieniła sposób prowadzenia ciąży?

M.Z.: COVID-19 to wielki problem, który zmieniał się na naszych oczach od lutego 2020 roku, kiedy pojawiła się epidemia. My, jako Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników, od razu wyraziliśmy swoje stanowisko w formie standardu postępowania w ciąży w czasie pandemii COVID-19. Uratowało to w wielu sytuacjach system opieki okołoporodowej. Miło mi było, jako Prezesowi PTGiP, dostawać telefony gratulacyjne, za szybką reakcję Towarzystwa ustalającą zasady działania w naszej specjalności. Ustaliliśmy sposoby postępowania. Dlaczego mówię w trybie przeszłym? Bo to nasze stanowisko ewoluowało wraz z rozwojem wiedzy na temat tej nowej zarazy i jej wpływu na kobiety ciężarne. Czyli mutowały jak wirusy. Początkowo pojawiły się szpitale jednoimienne i w nich jakoś dawaliśmy sobie radę. Ale pamiętam, gdy na początku wypowiadałem się na ten temat w mediach, opierając się na 9 przypadkach dotyczących kobiet ciężarnych z Chin. Mówiłem wtedy, że wirus SARS-CoV-2 w jakiś dziwny sposób może ich nie dotyczyć, bo to najczęściej młode, zdrowe kobiety. To stało się absolutnie nieaktualne w momencie, w którym zaczęły się pojawiać coraz to nowe doniesienia związane z mutacjami wirusa, z których wynikało, że COVID-19 atakuje również tę grupę kobiet. To stworzyło wielki problem, bo ciężarne również chorowały i umierały, co jest przerażające. Niestety, kiedy pełniliśmy tzw. dyżur covidowy w województwie dolnośląskim, sam byłem świadkiem tego, jak dwie pacjentki umarły bezpośrednio po urodzeniu dziecka.... Dzieci żyją, ale matki nigdy ich nie widziały, bo umarły z powodu pęknięcia płuca zaatakowanego przez wirusa. To dla nas bolesna nauka. Oczywiście analizujemy ten materiał, opisujemy, więcej wiemy o wpływie zakażenia na płód, o roli łożyska będącego barierą ochronną dla płodu, o wpływie karmienia piersią na odporność noworodka itd. Wiemy więcej, trochę już okrzepiliśmy i spokojniej postępujemy z pacjentką zakażoną, ale nikomu nie życzymy, żeby przyszła kolejna fala i siała spustoszenie. ■



Tekst Aleksandra Szołtyś

Od lewej: dr n. med. Erik Bodendieck – prezes Saksońskiej Izby Lekarskiej, mgr Renata Baranowska – tłumacz oraz dr n. med. Paweł Wróblewski – prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej

Fot. Zespół redakcyjny „Medium”

Dla cyfryzacji nie ma alternatywy

Pandemia COVID-19 nie tylko przyspieszyła cyfryzację ochrony zdrowia, ale przyniosła też wiele nowych rozwiązań, pomysłów i ulepszeń – to główny z wniosków, które przyniosło wrześniowe spotkanie przedstawicieli Prezydów Dolnośląskiej i Saksońskiej Izby Lekarskiej. Po ponad dwóch latach obie izby w końcu miały możliwość podzielenia się swoimi doświadczeniami na żywo. Tematów do dyskusji było niemało, a ich wspólnym mianownikiem okazała się szeroko pojęta e-medycyna.

Blaski i cienie cyfryzacji

Prezes Saksońskiej Izby Lekarskiej dr Erik Bodendieck przyznał, że cyfryzacja sektora ochrony zdrowia w Niemczech prowadzona jest pod dużą presją czasu. Podobnie sprawa ma się w Polsce, co zgodnie przyznali przedstawiciele DIL. W Niemczech brak też konkretnych rozwiązań prawnych poprawiających komunikację między interfejsami poszczególnych izb. Postępujące procesy cyfryzacji przynoszą nowe modele, w których to pacjent staje się usługodawcą i klientem, a lekarz oferentem. Prezes Bodendieck wyraził swoje obawy związane z miejscem osób starszych, biedniejszych, niepełnosprawnych w tym systemie – Osoby te najprawdopodobniej zostaną w tyle, nie dostrzegając kroku postępowi związanemu z digitalizacją. Nowy system jest skierowany do osób młodych i zdrowych, które odnajdują się w cyfrowym świecie – dodał szef saksońskiej izby. Niezbędny jest więc rozwój kompetencji cyfrowych, zarówno w świecie lekarzy, jak i pacjentów. Obaj prezesi przyznali także, że potrzeba ogólnych, europejskich rozwiązań.

Daleko w tyle

Jak przyznał dr Erik Bodendieck, stan rozwoju niemieckiej infrastruktury telematycznej pozostaje daleko w tyle za polskim. Obowiązek wystawiania elektronicznych zwolnień lekarskich (e-ZLA), w Polsce funkcjonujący od 1 grudnia 2018 roku, w Niemczech zostanie wprowadzony 1 października 2021 roku. Kwestia e-recepty pozostaje w fazie testowej od 1 lipca 2021 r.,

na razie wyłącznie w regionie Brandenburgii. Z początkiem bieżącego roku wprowadzono w Niemczech elektroniczne akta pacjentów (ePA), których odpowiednikiem w Polsce jest Internetowe Konto Pacjenta (IKP). To, co odróżnia oba systemy, to możliwość samodzielnego zarządzania znajdującymi się tam danymi przez niemieckich pacjentów, łącznie z możliwością ukrycia lub usunięcia wybranych informacji.

Telemedycyna w praktyce

Panel poświęcony teleporadom rozpoczął dr med. Jürgen Flohr, prezentując doświadczenia z videokonsultacji w domach starości. Elektroniczne wizyty mogą mieć charakter interdyscyplinarny, pozwalają zaoszczędzić czas, wspierają bieżącą opiekę nad seniorami. Do ich przeprowadzenia niezbędna jest tzw. walizka telemedycyny, w skład której wchodzi elementy takie jak czołówka, endoskop, stetoskop, pulsoksymetr, EKG. – Odbiór telewizyjny w Polsce byłby zdecydowanie bardziej pozytywny, gdyby lekarze rodzinni dysponowali tego typu walizkami telemedycyny – zauważył prezes DRL dr n. med. Paweł Wróblewski, odnosząc się do fali krytyki, która spłynęła na lekarzy pierwszego kontaktu w bieżącym roku. Lek. Ewa Krawiecka-Jaworska przyznała, że pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 była katalizatorem do rozwoju e-medycyny. Przykładem może być aplikacja PULSOCARE (tzw. Domowa Opieka Medyczna – DOM), która umożliwiła całodobowy nadzór nad pacjentami z COVID-19. Inicjatywa polskiego ministerstwa zdrowia została



Konferencję zamknęło wystąpienie inż. Macieja Koziejki, inspektora ochrony danych osobowych, który przedstawił wykład nt. „Big data w medycynie”.

szczególnie doceniona przez dr Bodendiecka, który przyznał, że sam zakupił 10 pulsoksymetrów dla własnych pacjentów.

Informatyka w służbie medycyny

Ostatni panel poświęcony został zagadnieniom sztucznej inteligencji i zjawisku Big Data. Potencjał ich wykorzystania w medycynie jest ogromny. Osiągnięcia informatyczne mogą zostać wykorzystane m.in. w wykrywaniu zagrożeń epidemiologicznych, medycynie spersonalizowanej, analizie ludzkiego genomu czy zapobieganiu chorobom. Inż. Maciej Koziejko oraz prof. dr inż. Hagen Malberg z Instytutu Techniki Biomedycznej w Dreźnie uspokoili wszystkich, którzy mogą obawiać się uczenia maszynowego i wspólnie zachęcali do zbierania danych, nawet jeśli te na chwilę obecną wydają się niepotrzebne. Za kilka lat bowiem może pojawić się nowa metoda ich przetwarzania, która jeszcze bardziej ulepszy procesy medyczne. ■



Ostatni wykład w I części konferencji przedstawiła lek. Ewa Krawiecka-Jaworska, przewodnicząca Komisji Rewizyjnej DIL. Zaprezentowała referat na temat „E-medycyna w podstawowej opiece zdrowotnej”.



Prof. dr habil. inż. Hagen Malberg, dyrektor Instytutu Etyki Biomedycznej Uniwersytetu Technicznego w Dreźnie zaprezentował referat nt. „Jak sztuczna inteligencja może wspierać lekarzy”.

Wiedza i współpraca

„Na takie konferencje czekamy, takich chcemy więcej” – takie i podobne głosy słysząc było w kulisach po konferencji pt. „Wybrane zagadnienia z kardiologii w praktyce lekarza rodzinnego”, zorganizowanej przez Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu i Dolnośląski Związek Lekarzy Rodzinnych-Pracodawców.

W sobotę, 18 września dolnośląscy lekarze rodzinni wysłuchali czterech wykładów kardiologów z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Specjaliści kardiologii przygotowali swoje wystąpienia specjalnie dla specjalistów medycyny rodzinnej. Wyjaśnili, co każdy lekarz POZ powinien wiedzieć o migotaniu przedsionków, zwężeniu zastawki aortalnej czy niedomykalności zastawki mitralnej. Jak objawy mogą wskazywać na te schorzenia? Jak prowadzić pacjentów cierpiących na te choroby serca, zanim trafią na leczenie w szpitalu? I jak postępować z chorym, który wraca do gabinetu lekarza rodzinnego po leczeniu szpitalnym i np. po zabiegu zamknięcia uszka lub po ablacji?

Prelegenci: doc. Wiktor Kuliczkowski, dr Piotr Niewiński, doc. Marcin Protasiewicz i doc. Tomasz Witkowski konsul-

towali swoje wystąpienia z lekarkami rodzinnymi: dr Agatą Sławin, Anną Krzyszowską-Kamińską i Anną Szadurą. Swoją znajomością tematów i doświadczeniem z sali operacyjnej służył też prof. Krzysztof Reczuch. Wszystko po to, by wiedza na temat leczenia chorób serca, którą chcieli się podzielić kardiolodzy, była jak najbardziej przydatna w gabinetach POZ.

Po każdym wykładzie była sesja pytań, których słuchacze zadawali dużo. Dopytywali o szczegóły i postępowanie w konkretnych przypadkach. Nie zabrakło czasu na dyskusję. Jak się okazało, konferencja w tej formule doskonale się sprawdziła. Ustalono już, że będą następne takie spotkania. ■

Agata Grzelińska

Pierwsze spotkanie w ramach zawartego porozumienia o współpracy

31 sierpnia 2021 r. odbyło się spotkanie przedstawicieli Okręgowej Izby Radców Prawnych we Wrocławiu z przedstawicielami Dolnośląskiej Izby Lekarskiej: prezesem DRL dr. n. med. Pawłem Wróblewskim, sekretarzem DRL dr Małgorzatą Niemiec, koordynatorem Zespołu Radców Prawnych DIL mec. Beatą Kozyrą-Łukasiak oraz kierownikiem kancelarii OSŁ mgr Aleksandrą Stebel.

OIRP reprezentowali: dr hab. Tomasz Scheffler, wicedziekan Krystian Mularczyk, mec. dr Natalia Krej, mec. dr Marek Zalisko, mec. Rafał Demski oraz mec. Piotr Rękas.

Zawarte w styczniu bieżącego roku porozumienie o współpracy pomiędzy obiema izbami umożliwia nie tylko wymianę informacji i doświadczeń oraz wzajemnie wsparcie, ale także prowadzenie różnego rodzaju działań naukowych i organizacyjnych. Podczas sierpniowego spotkania specjaliści obu dziedzin roz-



Od lewej: mec. Beata Kozyra-Łukasiak, mgr Aleksandra Stebel, dr n. med. Paweł Wróblewski, mec. dr Natalia Krej, mec. Krystian Mularczyk, mec. Piotr Rękas, mec. dr Marek Zalisko, mec. Rafał Demski, lek. Małgorzata Niemiec, dr hab. Tomasz Scheffler

mawiali m.in. o znaczeniu Kodeksu Etyki Lekarskiej Dentystów w kontekście handlu w UE i raportowaniu zdarzeń medycznych w przypadku komercyjnych świadczeń zdrowotnych. ■

A.Sz.



Fot. A.K.

PWZ w reżimie sanitarnym

W maseczce i z własnym długopisem, po dokonaniu rezerwacji wizyty za pomocą formularza online. Wszystko zgodnie z reżimem sanitarnym i przez szybę ochronną z pleksi. W takich okolicznościach, wciąż z powodu pandemii COVID-19, młodzi lekarze i lekarze dentyści odbierali w tym roku prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego. Izbowe szeregi zasililo 541 nowych członków. Dziś do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przynależą ponad 16 686 medyków.

Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego i skierowanie na staż podyplomowy, rozpoczynający się 1 października, złożyło 432 lekarzy i 109 lekarzy dentyistów. Wszyscy odbierali dokumenty w siedzibie DIL, zgodnie z obowiązującym systemem kolejkowym – od połowy do końca września. Poza legitymacją lekarską absolwenci uczelni medycznych otrzymali też Kodeks etyki lekarskiej i Kartę Praw Lekarza. A że bezpieczeństwo to dziś sprawa najwyższej wagi, nie mogło w tym pakiecie zabraknąć programu „Bezpieczny start”. Inicjatywa firmowana oraz finansowana przez DIL i TU Inter Polska znalazła swoją kontynuację mimo koronawirusa. Świeżo upieczeni lekarze stażyści mają zapewne ubezpieczenie od odpowiedzialności zawodowej na najbliższy rok.

– Żałuję, że nie mogliśmy uścisnąć Wam dłoni i szczerze pogratulować pozytywnego zakończenia pewnego etapu edukacji. I życzyć przy tym sukcesów zawodowych na lekarskiej wyboistej ścieżce. W imieniu Dolnośląskiej Rady Lekarskiej składam Wam gratulacje za pośrednictwem „Medium”. Witajcie w dolnośląskiej rodzinie lekarskiej, możecie liczyć na samorząd w każdym obszarze swojej działalności, także tej pozazawodowej – życzy i deklaruje prezes DRL dr n. med. Paweł Wróblewski. ■

M.J.



Biały personel ponownie na karcie

Życie i zdrowie pacjentów mają w swoich rękach każdego dnia, ale to COVID-19 tak bardzo uświadomił nam, jak trudną i odpowiedzialną z jednej, a niebezpieczną z drugiej strony wykonują pracę. Trudno zliczyć słowa podziękii, które 19 września 2021 roku usłyszeli dolnośląscy lekarze, laureaci Wrocławskiej Księgi Pamięci. Zainicjowana przed kilkoma laty przez red. Wandę Ziembicką-Has, przy wsparciu wtedy dyrektora Departamentu Spraw Społecznych, a dziś prezydenta miasta Jacka Sutryka, miała już 43. swoją edycję, która odbyła się w spektakularnej oprawie dużego koncertu w Hali Stulecia pod znamiennym hasłem „Miejcie nadzieję”.

Tekst Małgorzata Wieliczko

Uroczystość w Hali Stulecia prowadziła red. Wanda Ziembicka-Has (siódma od lewej), pomysłodawczyni Wrocławskiej Księgi Pamięci.



Jedna Księga to za mało...

...by podziękować wszystkim pracownikom systemu opieki zdrowotnej we Wrocławiu, którzy na to zasługują. Dlatego ta wrześniowa uroczystość była już czwartą z kolei, podczas której m.in. lekarze, pielęgniarki, diagnosty czy przedstawiciele personelu niemedycznego zostali uhonorowani medalami „Merito de Wratislavia – Zasłużony dla Wrocławia” oraz specjalnymi wyróżnieniami Super Diamentów.

Warto przypomnieć, że podobne uroczystości odbyły się – w październiku ub.r. w katedrze wrocławskiej podczas mszy za miasto Wrocław (gdy wśród – jak powiedziała Wanda Ziembicka-Has: „trzydziestu walecznych gigantów i szalenie odważnych postaci”, znalazł się m.in. prof. Krzysztof Simon); w lutym 2021 r. – dzięki uprzejmości i wsparciu prezesa DRL Pawła Wróblewskiego w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, a także w maju br. w miejskim ratuszu, gdy honorowano tylko panie – przedstawicielki zawodów medycznych.

43. „biała” Wrocławska Księga Pamięci

Teraz do Hali Stulecia zaproszono szeroką reprezentację pracowników wrocławskich placówek medycznych na zadedykowany im specjalnie koncert z udziałem znanych artystów – w podzięce za walkę z pandemią koronawirusa,

sa, która często nie oszczędza tych, którzy ratują ciężko chorych na COVID-19, i przypominając o pracownikach ochrony zdrowia, którzy sami przegrali walkę z pandemią.

Zanim jednak zabrzmiały pierwsze akordy tego blisko półtoragodzinnego koncertu, wiceprezydent Wrocławia Jakub Mazur wręczył medale „Merito de Wratislavia” i statuetki Super Diamentów, zapisując tym samym kolejne piętnaście osób na kartach Wrocławskiej Księgi Pamięci. Są wśród nich zarówno medycy ze znaczącym dorobkiem naukowym i praktyką lekarską, jak i osoby, bez których sprawne funkcjonowanie szpitali i innych placówek ochrony zdrowia byłoby po prostu niemożliwe. – Dziękuję wszystkim państwu, także tym zebranym w tej sali – za odpowiedzialność, za codzienny trud, za wytrwałość w niesieniu pomocy pacjentom i za empatię – podkreślił wiceprezydent Mazur.

Merito de Wratislavia w rękach doświadczonych medyków

Pięcioro wyróżnionych medalem „Zasłużony dla Wrocławia” ma znaczące, w tym naukowe, dokonania w medycynie. Pierwsza z uhonorowanych medalem to **prof. dr hab. n. med. Marzena Barbara Dominiak**, kierująca Katedrą i Zakładem Chirurgii Stomatologicznej na wrocławskim Uniwersytecie Medycznym, prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, członkini Komitetu Edukacyjnego Światowej Federacji Dentystycznej. Bardzo aktywna w walce z koronawirusem. Jej Grupa Robocza ds. COVID-19 sformułowała wiele

ach Wrocławskiej Księgi Pamięci



Medale „Merito de Wratislavia” otrzymali (od lewej): prof. dr n. med. Marzena Barbara Dominiak, prof. dr hab. n. med. Romuald Zdrojowy, Helena Śmiechowicz – w imieniu dr. n. med. Jakuba Śmiechowicza, dr n. med. Tomasz Skalec i lek. Ryszard Klaniecki



Fot. Urząd Miasta Wrocław

zaleceń, dotyczących działalności stomatologicznej podczas pandemii. Profesor Dominiak opracowała także rekomendacje Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego w sprawie postępowania w gabinetach stomatologicznych w czasie podwyższonego zagrożenia epidemiologicznego oraz nowe zasady ortodontycznego leczenia pacjentów na czas pandemii COVID-19. Przeprowadziła w związku z tym szereg szkoleń dla stomatologów.

Prof. dr hab. n. med. Romuald Zdrojowy chirurg i urolog, jest kierownikiem Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej USK we Wrocławiu, od sześciu lat zaś konsultantem wojewódzkim w dziedzinie urologii. Autor wielu artykułów, m.in. w podręcznikach i wydawnictwach książkowych, właściciel patentu, liczba cytowań jego publikacji przekroczyła 2700. Uczestnik 40 badań klinicznych, obejmujących hormonoterapię nowotworu stercza, nowotworu nerki czy pęcherza moczowego. Laureat wielu nagród za osiągnięcia naukowe. Jako świetny organizator – nagradzany m.in. przez JM rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Doskonale przystosował również własne obowiązki zawodowe do okresu pandemii, podejmując się operacji i dodatkowych dyżurów w szpitalu przy ul. Borowskiej.

Specjalista anestezjolog, starszy asystent na Oddziale Intensywnej Terapii w UKS przy ul. Borowskiej, **dr n. med. Jakub Śmiechowicz** to trzeci uhonorowany „Merito de Wratislavia”. Odpowiada za pododdział intensywnej terapii w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie w drugiej i trzeciej fali pandemii opiekowano się pacjentami z najcięższą postacią COVID-19, również wymagającymi terapii ECMO. Na bazie tego pododdziału utworzono Regionalne Centrum ECMO dla chorych z całego regionu. Dzięki wielkiemu doświadczeniu dr. Śmiechowicza jako klinicysty można było realizować najtrudniejsze zadania, związane z nowoczesnym leczeniem najpoważniej chorych pacjentów, zarażonych Sars-COV-2. Swoje obowiązki służbowe wykonywał również 19 września, dlatego medal „Zasłużonego dla Wrocławia” odebrała jego małżonka – Helena Śmiechowicz.

Młody, energiczny specjalista anestezjolog, **dr n. med. Tomasz Skalec** był wzorowym studentem i absolwentem wrocławskiego Uniwersytetu Medycznego, dziś jest lekarzem prowadzącym na powstałym w starym kampusie USK przy ul. Chałubińskiego – Oddziale Wentylacji Mechanicznej dla pacjentów covidowych, gdzie przebywały osoby z najcięższą postacią zakażenia COVID-19, wymagające leczenia respiratorem, a w przypadkach jego nieskuteczności – terapiami pozaustrojowego usuwania dwutlenku węgla. Wiedza i zaangażowanie dr. Skalca okazały się w tym kompleksowym i nowoczesnym leczeniu niezwykle przydatne. Mimo że początek pandemii był dla niego – jak dla wielu medyków – wielką niewiadomą i nieprzewidywalnym w skutkach wyzwaniem, zdawał sobie sprawę, że jako anestezjolog i intensywiści ma niezależnie od okoliczności obowiązek stać przy pacjencie. »



Lek. Ryszard Klaniecki jest radiodiagnostą w Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc przy ul. Grabiszyńskiej i chyba jedynym w Polsce... zawodowym śpiewakiem. Oprócz medycyny jest bowiem absolwentem Wydziału Wokalno-Aktorskiego Akademii Muzycznej. Występował na scenie Operetki Wrocławskiej, a potem Teatru Muzycznego Capitol, jednocześnie pozostając czynnym medykiem – po II stopniu specjalizacji w dziedzinie radiodiagnostyki, kierownikiem Działu Diagnostyki Obrazowej DCChP. Współpracował tam, przy modernizacji pracowni RTG i tworzył od podstaw pracownię USG, którą obsługiwał od początku pandemii. Jako pierwszy w szpitalu, Ryszard Klaniecki zaszczepił się przeciwko COVID-19 i mocno namawiał do tego swoje koleżanki i kolegów z pracy. Do tej pory nie zachorował i wierzy, że tak pozostanie.

Super Diament(owi) niezawodni

– Czas pandemii należał do jednego z najtrudniejszych okresów w mojej pracy zawodowej – powiedziała **Katarzyna Chyra**, pielęgniarka oddziałowa na Oddziale Urologicznym 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką z 24-letnim stażem pracy, której wiceprezydent Wrocławia jako pierwszej wręczył statuetkę Super Diamentu. – Jednak dzięki ludziom, z którymi pracowałam, ich zaangażowaniu, to był dobry okres. Bogaty w refleksję o życiu, czas nawiązywania nowych relacji między ludźmi, zdeteterminowanymi w walce z trudnościami i koronawirusem.

Druga wyróżniona, **Ewa Durawa**, dr n. o zdrowiu, która jednak od 20 lat wielu lat pracuje jako pielęgniarka oddziałowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką przy ul. Weigla, zauważa: – Bycie z człowiekiem chorym i potrzebującym daje mi siłę do życia i działania. Szczególnie ważnym czasem w moim życiu zawodowym jest pandemia COVID-19, która wymaga wielu wyzwań w codziennej praktyce pielęgniarskiej. Ogromna obawa, nieprzewidywalność wydarzeń i poczucie bezradności, niepewność, co przyniesie kolejny dzień, to tylko kilka elementów, z którymi musiałam się zmierzyć.

Dominikę Kowską, m.in. specjalistkę w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, pracującą w Dolnośląskim Centrum Chorób Płuc na Oddziale Torakochirurgii, pandemia potraktowała szczególnie dotkliwie: – Kiedy dopadły mnie pierwsze objawy wirusa, nie bałam się o siebie, tylko o moich bliskich, zwłaszcza niepełnosprawnego synka, z którym dwukrotnie wracałam do szpitala. Miałam poczucie, że to ja zgotowałam rodzinie straszny los, bo przyniosłam chorobę do domu. Z trudem patrzyłam na cierpienie najbliższych i bałam się o ich życie – szczerze dziś wyznaje.

Kolejną Super Diamentową została **Bogusława Ewa Kraus**, pracownicą Działu Utrzymania Czystości i Higieny w szpitalu wojskowym przy ul. Weigla. – Każdy bał się nie tylko o siebie, ale i o rodzinę. Ale też o pacjentów, żeby nie umierali... Wmawiałam sobie, że musi być dobrze i z tym przekonaniem wykonywałam swoje obowiązki, ściśle trzymając się regulaminu i zasad poruszania się po oddziale i całym szpitalu – wspomina pani Bogusława.

Dariusz Owczarek, pielęgniarz koordynującym na Oddziale Terapii Kardiologicznej i Mechanicznego Wspomagania w Centrum Chorób Serca w USK we Wrocławiu, przyznaje, że odskocznią od covidowych problemów i pracy jest jego wielka pasja – zespół parad artystycznych Fundacji Gwardia Gryfa, który założył ze swoją żoną. 30-osobo-

wa grupa, odtwarzająca tańce z chorągwiami z minionych epok, odnosi nie byle jakie sukcesy, ma m.in. na koncie występ w półfinale programu „Mam talent”. – Tak ładuję akumulatory, zbieram siły do kolejnych, także pandemicznych wyzwań. Nie wiemy przecież, co jeszcze bolesnego może się wydarzyć – mówi, mający na koncie tytuł Pielęgniarka Roku (2015) pan Dariusz.

Starsza pielęgniarka w przychodni ortopedycznej w USK przy ul. Borowskiej – **Maria Szymoniak** zachorowała na COVID-19, ale gdy tylko wyzdrowiała niezwłocznie podjęła się dyżurów w pracy. Dziś wspomina: – Były oczywiście obawy, że kiedyś trafi się pacjent, od którego można się zarazić, ale mimo wszystko trzeba było pracować. W październiku 2020 po wykonaniu testu okazało się, że mój jest dodatni. Przeszłam chorobę na szczęście łagodnie i w listopadzie znów wróciłam do pracy. Mimo że upływa 49 lat mojej pracy w ochronie zdrowia, nadal to robię, bo bardzo to lubię.

Mimo że już dwa lata temu przeszła na emeryturę, **Katarzyna Tomaszewska**, kolejna wyróżniona statuetką Super Diamentu, postanowiła kontynuować pracę pielęgniarki środowiskowej (dodatkowe obowiązki wykonuje w Praktyce Lekarza Rodzinnego) także w czasie pandemii. – Stałam się zagorzałą zwolenniczką szczepień, a gdy przyjmuję pacjentów w przychodni, by podać im preparat przeciwko COVID-19, powtarzam, jak ważne jest, by szczepieniu poddali się także członkowie ich rodzin i wszyscy niezdecydowani znajomi – podkreśla.

Beata Wrześniewska od wielu lat pracuje w Dziale Utrzymania Czystości i Higieny 4. Szpitala Wojskowego we Wrocławiu. Obecnie na Oddziale Endokrynologii. Mówi o sobie, że „dobrze poznała się ze śmiercią”. – Po przyjeździe do domu po dyżurze bardzo długo szorowałam mydłem ciało, dezynfekowałam mieszkanie i ciągle towarzyszyły mi myśli o cierpieniu bardzo chorych, umierających pacjentów. Mimo tych przykrych doświadczeń, pracuję nadal z zaangażowaniem i liczę na to, że jednak ludzie będą się szczepić gremialnie – mówi z nadzieją pani Beata.

Dwoje wyróżnionych Super Diamentem przez prezydenta Wrocławia nie pochodzi co prawda „z braci medycznej”, ale ich praca naukowa, a konkretnie jej wyniki mogą stać się dla medycyny wielkim, w przypadku COVID-19 przełomowym wsparciem. Absolwenci Wydziału Chemicznego Politechniki Wrocławskiej **dr inż. Wioletta Rut** i doktorant **Mikołaj Antoni Żmudziński** należą do zespołu **prof. Marcina Drąga** w Katedrze Chemii Biologicznej i Bioobrazowania PWr, gdzie pracują nad wynalezieniem leku na COVID-19. – Cały czas prowadzimy intensywne badania i mamy wielką nadzieję, że jak najszybciej otrzymamy ten lek. Pracujemy często po dwanaście godzin dziennie, by go opracować – zapewnia dr inż. Wioletta Rut.

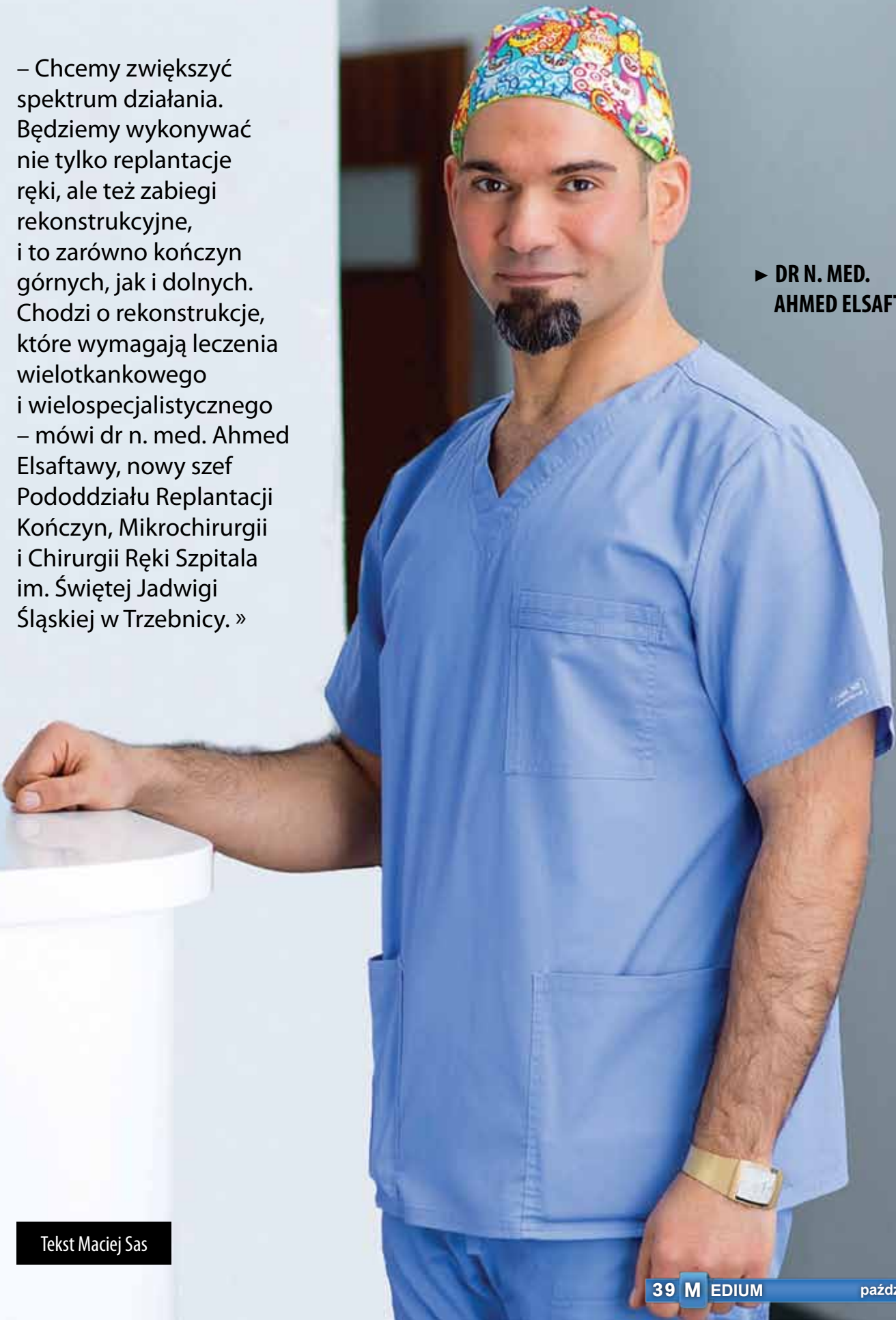
My mamy, więc i wy „Miejcie nadzieję”

Po laurach dla białego personelu medyków przyszła pora na wzruszenia artystyczne. Widowisko „Miejcie nadzieję” z udziałem znanych gwiazd polskiej estrady – Beaty Rybotyckiej, Olgi Szomańskiej, Ewy Szlempo-Kruszyńskiej, Jacka Wójcickiego i Kuby Badach, rozkołysało muzycznie publiczność w Hali Stulecia, a także bardzo rozbawiło, zwłaszcza gdy do głosu dochodził znany poeta i satyryk Andrzej Poniedziałki. Artystom towarzyszył Akademicki Chór Wrocławia pod batutą prof. Alana Urbanka i ośmioosobowy zespół pod dyрекcją Michała Jurkiewicza. ■

Szpital w Trzebnicy rozszerza działalność pododdziału chirurgii ręki

– Chcemy zwiększyć spektrum działania. Będziemy wykonywać nie tylko replantacje ręki, ale też zabiegi rekonstrukcyjne, i to zarówno kończyn górnych, jak i dolnych. Chodzi o rekonstrukcje, które wymagają leczenia wielotkankowego i wielospecjalistycznego – mówi dr n. med. Ahmed Elsaftawy, nowy szef Pododdziału Replantacji Kończyn, Mikrochirurgii i Chirurgii Ręki Szpitala im. Świętej Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy. »

► DR N. MED.
AHMED ELSAFTAWY





Trzebnica – ta nazwa od pół wieku oznacza ratunek dla dziesiątków osób z całej Polski, które w wyniku wypadku straciły palce lub rękę. Przez wiele lat ośrodkiem zajmującym się replantacjami ręki kierował prof. dr n. med. Jerzy Jabłecki. Kiedy kilka miesięcy temu zakomunikował dyrekcji szpitala, że zamierza ograniczyć swoją działalność, bo wybiera się na emeryturę, szefostwo placówki postanowiło natychmiast znaleźć godnego następcę.

– Kierowanie Oddziałem Chirurgii Ogólnej przejął pan doktor Janusz Orzechowski. Sytuacja wyglądała tak, że chcieliśmy utrzymać pion związany z replantacją ręki i mikrochirurgii. Pan profesor Jerzy Jabłecki w związku z przejściem na emeryturę ograniczył swoją aktywność do jednego dnia w tygodniu. Ciągłe pracują też lekarze, którzy dotąd zajmowali się tą dziedziną. Trzeba było jednak znaleźć nowego kierownika – kogoś, kto dałby pododdziałowi, a w przyszłości samodzielnemu oddziałowi nowy impuls – tłumaczy Jarosław Maroszek, dyrektor Szpitala im. Świętej Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy. Pomyśleli o doktorze Ahmedzie Elsaftawy, który uczył się fachu w Trzebnicy i pełni tam systematycznie dyżury replantacyjne.

– Zadzwoniliśmy do doktora Elsaftawego, który prowadzi dobrze funkcjonującą klinikę, z pytaniem, czy przystanie na naszą propozycję. Jak się okazało, zechciał mocniej niż dotąd w ramach kontraktu NFZ pomóc naszym pacjentom – przyznaje z satysfakcją dyrektor Maroszek. Nowy szef zaczął kierować pododdziałem 1 października. Zanim się jednak tak stało, poprosił o kilka zmian w organizacji pracy w placówce.

– Dyrektor zaprosił mnie na rozmowę, bo wpadł na pomysł, żeby oddzielić od siebie Oddział Chirurgii Ogólnej i Pododdział Replantacji Kończyn, Mikrochirurgii i Chirurgii Ręki. Ma zostać stworzony zupełnie nowy oddział chirurgii ogólnej, a kierowany przeze mnie pododdział stanie się samodzielnym oddziałem – wyjaśnia dr Ahmed Elsaftawy. Jak dodaje, sam nie chciał kierować chirurgią ogólną, bo od lat nie zajmuje się tą dziedziną. Chodziło o jeszcze jedną sprawę organizacyjną – szpital powiatowy w Trzebnicy nie jest dużą placówką, więc oddział chirurgii ogólnej miał dotąd pod swymi skrzydłami chirurgię ręki, wszyscy lekarze stanowili jeden zespół, więc jeżeli powstawał plan operacyjny (i z zakresu chirurgii ogólnej, i chirurgii ręki), był obowiązujący dla wszystkich. – My zajmowaliśmy jeden blok operacyjny, a drugi – ortopedia i urazówka. W sumie w szpitalu są 3 bloki i 2 oddziały zabiegowe. Nie było więc potrzeby stworzenia kolejnego zespołu anestezyjologicznego czy instrumentariuszek wyspecjalizowanych w mikrochirurgii i pielęgniarek anestezyjologicznych. – Teraz taki nowy zespół musi powstać, jeśli ma działać niezależny oddział. Owszem – ja znam tam wszystkich, oni znają mnie, lubimy się i szanujemy. Ale kiedy wchodzę tam i od razu zacząłbym się rozpychać w istniejących strukturach, pojawiłyby się niesnaski – mówi dr Elsaftawy. – Dlatego jednym z moich warunków powstania takiego oddziału było to, żeby stworzyć kolejny niezależny zespół działający wyłącznie na potrzeby Oddziału Chirurgii Ręki, czyli mam wyznaczone dni operacyjne na bloku niezależnie o tego, czy chirurdzy ogólni coś tam robią – żeby nie było kłótni, nieporozumień, kwasów. Gdybyśmy bowiem zaczęli współpracę od kłótni, nie wynikłoby z tego nic dobrego. Chciałem mieć pełną autonomię, żeby móc robić to, co chcemy tak, jak należy – wyjaśnia nowy szef pododdziału.

Jak dodaje, wspólnie z nim będą pracowali ci, którzy dotąd tworzyli trzebnicki ośrodek replantacyjny, a więc m.in. dr n. med. Janusz Kaczmarzyk i lek. Leszek Kaczmarzyk. Zostanie też przyjęty nowy ortopeda, który specjalizację zrobił w Klinice Chirurgii Ręki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego przy

”

Trzebnica – ta nazwa od pół wieku oznacza ratunek dla dziesiątków osób z całej Polski, które w wyniku wypadku straciły palce lub rękę. Przez wiele lat ośrodkiem zajmującym się replantacjami ręki kierował prof. dr n. med. Jerzy Jabłecki. Kiedy kilka miesięcy temu zakomunikował dyrekcji szpitala, że zamierza ograniczyć swoją działalność, bo wybiera się na emeryturę, szefostwo placówki postanowiło natychmiast znaleźć godnego następcę.

“

ul. Borowskiej we Wrocławiu. Do zespołu ma również dołączyć dr Paweł Stajniak, z którym dr Elsaftawy współpracuje od lat. W zespole będą również dr n. med. Justyna Bogdan i (na część etatu) profesor Jerzy Jabłecki.

Nowy szef zespołu zapowiada zwiększenie spektrum wykonywanych zabiegów. – Chcemy robić nie tylko replantacje, ale również zabiegi rekonstrukcyjne i to zarówno kończyn górnych, jak i dolnych. Chodzi mi o rekonstrukcję, które wymagają leczenia wielotkankowego, wielospecjalistycznego, typu: zapalne przetoki kostne, przewlekłe braki zrostu kostnego, różnego rodzaju ubytki tkanek – mówi dr Ahmed Elsaftawy. – Mam na myśli wszystkie przypadki skomplikowane technicznie, takie, gdzie są trudni pacjenci, procedury są wysokospecjalistyczne, drogie, nisko płatne, a rokowania bywają różne – dodaje.

Podkreśla, że jego zespół nie będzie się koncentrować wyłącznie na ostrych urazach rąk, bo replantacjami trzebnicki lekarze zajmują się 4-5 dni w miesiącu, więc tworzenie oddziału tylko na te potrzeby zupełnie mijałoby się z celem. Jak mówi, oddział zajmie się pacjentami z całego kraju, ale po konkretnym uzgodnieniu, a więc lekarz prowadzący kontaktuje się z oddziałem w Trzebnicy, przedstawia sytuację, historię leczenia i to, z czym dotąd nie można było sobie poradzić. – Jeżeli zobaczymy, że istotnie jest to procedura, która przekracza ich możliwości, możemy takiego pacjenta przyjąć. Będziemy robić wszystko to, co kiedyś przez wiele lat było robione w trzebnickim szpitalu – zaznacza nowy szef oddziału.

Pytany o opłacalność tego typu operacji, odpowiada, że wszystko zależy od konkretnego przypadku. – Często jesteśmy w stanie napisać do NFZ, że jest to szczególna sytuacja i prosimy o indywidualne wycenienie operacji. Czasem się udaje, czasem nie – wtedy musimy liczyć na przychyłność dyrekcji, czyli na to, by się zgodziła na przyjęcie takiego człowieka na oddział, wiedząc o tym, że jego leczenie może być kosztowne – tłumaczy. Jak dodaje, potrzeb związanych z takimi procedurami jest w kraju mnóstwo, a ośrodków podobnych do trzebnickiego działających niewiele – można je policzyć na palcach dwóch rąk.

O to, czy taka działalność oznacza dla szpitala bardziej korzyści finansowe, czy prestiżowe, pytamy również dyrektora Jarosława Maroszkę. – Ekonomicznie jest różnie, bo te zabiegi są opłacane ryczałtowo. Oczywiście poza transplantacją ręki, bo na te mamy umowę z Ministerstwem Zdrowia, ale w ostatnich 2 latach nie było takiego przypadku – tłumaczy szef trzebnickiego szpitala. – To głównie efekt prestiżowy, ale mamy nadzieję, że zasady finansowania zabiegów się zmieniają, bo np. teraz za replantację ręki NFZ płaci 11 tysięcy złotych. Czasami inny, duży, ale znacznie mniej skomplikowany technicznie zabieg chirurgiczny jest podobnie wyceniany. Wydaje się, że to powinno się zmienić – dodaje. ■

9. lokata na XXX Żeglarskich Mistrzostwach Polski Lekarzy to dopiero początek

„Gdyby ktoś tak przyszedł i powiedział: Stary, czy masz czas? Potrzebuję do załogi jakąś nową twarz” – tak zaczyna się jedna z najbardziej popularnych polskich szant, a od niedawna również nasza przygoda z XXX Żeglarskimi Mistrzostwami Polski Lekarzy. Jako świeżo upieczeni lekarze, a zarazem miłośnicy żeglarstwa, nie tracąc wiele czasu na wątpliwości, zgłosiliśmy się w składzie: Adam Chmiel (sternik – Pomorska Izba Lekarska), Filip Inglot (Dolnośląska Izba Lekarska), Piotr Maciej Brzozowski (Dolnośląska Izba Lekarska), Michał Chmiel, aby początkiem września spróbować swoich sił w regatach na jeziorze Roś.

Pierwszy dzień zapowiadał się znakomicie, chociaż lekki niepokój nie opuszczał naszej załogi – przecież pierwsze wrażenie na bardziej doświadczonych kolegach można wyrzucić tylko raz. Po oficjalnym otwarciu regat i starannym otaklowaniu wylosowanego jachtu ruszyliśmy na wodę, gdzie spod ciemnych chmur już rozpędzały się szkwały dochodzące do 25 węzłów. Pierwszy bieg rozpoczęliśmy dobrym startem, jednak w wyniku technicznych problemów podczas zwrotu, które omal kosztowały nas przewrotną, straciliśmy kontakt z czołówką i zakończyliśmy ten bieg na 11. miejscu. W kolejnych biegach, bogatsi o to doświadczenie, wywalczyliśmy dwukrotnie 4. miejsce. Sumując te trzy wyścigi, pierwszy dzień debiutująca załoga „Stażyści” zakończyła na 6. miejscu, co mogło wzbudzić zainteresowanie.

Drugi dzień zmagania rozpoczęliśmy biorąc przykład ze ścisłej czołówki w starannym szorowaniu dna nowo wylosowanego jachtu. W znacznie lepszych warunkach wietrznych każdy detal mógł mieć znaczenie. Jednak przy znacznie mniejszej prędkości zagęszczenie floty 30 jachtów dało się odczuć o wiele bardziej i każda procedura startowa zaczęła przypominać partie szachowe planowane na kilka minut do przodu. Finalnie jednak tego dnia nie udało się nam obronić pozycji i w klasyfikacji generalnej XXX Żeglarskich Mistrzostw Polski Lekarzy organizowanych przez Warmińsko-mazurską Izbę Lekarską zajęliśmy 9. miejsce, zamykając pierwszą dziesiątkę.

Przed nami był jeszcze ostatni dzień zmagania ze specjalnym wyścigiem długodystansowym, ale organizatorzy jubileuszowej XXX edycji regat zadbali o dobrą atmosferę relaksu po rywalizacji. Wśród zaproszonych gości mieliśmy okazję porozmawiać z Szymonem Kuczyńskim, który m.in. samotnie przepłynął Atlantyk na najmniejszym polskim własnoręcznie zbudowanym jachcie, a także kpt. Piotrem Kuźniarem i Krzysztofem Jasica, którzy na swoim jachcie Selma Expeditions ustanowili morski i żeglarski rekord świata w żegludze na Południe, docierając do Zatoki Wielorybiej na Antarktydzie.

Trzeciego dnia, wciąż nienasyceni sportowo, pojawiliśmy się na linii startu specjalnego, długodystansowego wyścigu „Memoriału dra Lipeckiego”. Jest to tradycyjny hołd dla pierwszego komandora regat, który przez wiele lat organizując Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy zbudował społeczność żeglarską, która rokrocznie przyjeżdża z całej Polski na Mazury, aby spotkać się i poczuć smak dobrej rywalizacji. Mając na uwadze, że to nasza ostatnia szansa, w pełnym skupieniu wystartowaliśmy z przodu stawki. Tym razem wyścig obfitował w długie pojedynki o lepszy kurs względem wiatru, które prowadzone były niemal burta w burtę. Po wielu zmianach pozycji miniliśmy linię mety jako 5 jacht, niewiele tracąc do podium tego wyścigu.

Wracamy więc jako już doświadczeni w boju „stażyści” reprezentujący Dolnośląską Izbę Lekarską w składzie: Adam Chmiel, Filip Inglot, Michał Chmiel i Piotr Brzozowski; mając na koncie 9. miejsce Żeglarskich Mistrzostw Polski Lekarzy i 5. miejsce „Memoriału dra Lipeckiego”. Przede wszystkim jednak bogatsi jesteśmy o nowe znajomości i wspaniałą imprezę, dla której już możemy zarezerwować miejsce w kalendarzu na 2022 rok, a do tego czasu kto wie, może i na Dolnym Śląsku powstanie nowa tradycja żeglarska. ■

Piotr Brzozowski z załogą



Od lewej: Piotr Brzozowski, Filip Inglot, Michał Chmiel, Adam Chmiel – sternik.



Uroczyste wręczenie dyplomów



Rehabilitacja urologiczna szansą na normalne życie tysięcy Polaków

Nietrzymanie moczu, brak szans na wyprawę do miasta, brak możliwości satysfakcjonującego życia seksualnego – to tylko niektóre skutki dolegliwości urologicznych, które rujnują codzienność wielu z nas. Co jest potrzebne, by to zmienić i od czego zacząć zmiany? O tym mówi dr n. med. Krzysztof Tupikowski, urolog z Dolnośląskiego Centrum Onkologicznego we Wrocławiu w rozmowie z Agatą Grzelińską.

„*Niestety, o problemach urologicznych mówi się mało, bo jest to sfera bardzo intymna, wstydliva i trudna.*”

Agata Grzelińska: Zanim zapytam Pana o inne sprawy, wyjaśnijmy najpierw, czym właściwie jest rehabilitacja urologiczna.

Dr n. med. Krzysztof Tupikowski: Rehabilitacja urologiczna to zestaw działań, które przygotowują pacjenta do leczenia urologicznego i pomagają mu odzyskać zdrowie po nim. Dotyczą one problemów z układem moczowo-płciowym. To bardzo ogólna definicja, natomiast trzeba sobie zdawać sprawę, że w jej zakres wchodzi bardzo wiele różnych rzeczy. Pierwsza z nich to rehabilitacja związana z nietrzymaniem moczu, co u pacjentów urologicznych jest niestety bardzo częstym problemem. Dalej rehabilitacja osób z zespołem bólowym miednicy, który może się pojawiać jako niezależna choroba, ale także jako związana z leczeniem urologicznym. Są to również działania usprawniające związane z naszą zdolnością seksualną oraz z możliwościami prokreacyjnymi. Oczywiście w zakres tego pojęcia wchodzi także klasyczna rehabilitacja okołoperacyjna oraz połączona z leczeniem zarówno zabiegowym, jak i niezabiegowym. To bardzo szeroka gama poczynąń, ćwiczeń i różnego rodzaju fizycznych czynników, którymi działamy na naszego pacjenta albo którymi on działa na samego siebie.

A.G.: Jaka jest skala zapotrzebowania na taką rehabilitację? Problem nietrzymania moczu dotyczy dużej grupy ludzi i co dla niektórych z nas może być zaskoczeniem, nie tylko kobiet.

K.T.: To prawda, o problemach urologicznych i związanych z nietrzymaniem moczu zaczęło się głośno mówić w naszych mediach dwa lata temu. Dopiero wtedy pojawiły się pierwsze reklamy związane z wkładkami chłonnymi dla kobiet i mężczyzn, używanymi w przypadku nietrzymania moczu. Reklamy środków higienicznych dla kobiet (tampony, podpaski) pojawiły się już w latach 90. XX wieku. Dopiero 20 lat później zaczęliśmy mówić o nietrzymaniu moczu, które dotyka bardzo dużego odsetka społeczeństwa. Mówimy tutaj nie tylko o nietrzymaniu moczu u kobiet, ale także u mężczyzn. Są to przypadki wynikające z różnych chorób dolnych dróg moczowych oraz z leczenia onkologicznego i nieonkologicznego (np. raka prostaty czy łagodnego przerostu prostaty). Urolodzy, trochę śmiejąc się, twierdzą, że każdy

pacjent po 50. roku życia powinien mieć przyjaciela urologa. Dlaczego? Dlatego, że tak naprawdę każdy z nas po 50. roku życia ma jakieś kłopoty urologiczne. Może jeszcze o tym nie wiedzieć, ale tak jest. Mam tu na myśli bardzo duże spektrum różnych schorzeń, poczynając od najcięższych i najpoważniejszych chorób nowotworowych nerek, moczowodu, pęcherza, prostaty, jąder czy prącia, aż po problemy (szczególnie u młodszych osób) związane z płodnością i zaburzeniami erekcji, z zespołem bólowym miednicy, ale też ze współżyciem seksualnym. Te choroby mogą dotknąć zarówno osób młodych, jak i starszych. Ale, rzecz jasna, dużo częstsze są u ludzi starszych po 50., 55. roku życia.

”

Najlepsze efekty przynosi taka rehabilitacja, która jest... stosowana. To może trywialne stwierdzenie, ale trzeba pamiętać o tym, że (ujmując to bardzo szeroko) w Polsce leczenie rehabilitacyjne, jeżeli chodzi o urologię, praktycznie nie istnieje. Żeby pacjent mógł odnieść maksymalną korzyść z leczenia rehabilitacyjnego (jeżeli mówimy na przykład o panach leczonych z powodu raka prostaty), powinien odbyć zarówno rehabilitację przedoperacyjną, jak i być leczonym nie tylko na oddziale po samej operacji, ale także po wyjściu ze szpitala. W naszym kraju, niestety, jest tak, że kolejki w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia są ekstremalnie długie i ta rehabilitacja przestaje mieć sens...

“

A.G.: Wróćmy do problemów kobiecych. W reklamach pokazywane są głównie starsze panie. Ale te młode, np. po porodach, też miewają podobne problemy.

K.T.: Ma pani rację, to bardzo szeroki problem. Mówimy tu nie tylko o nietrzymaniu moczu, ale na przykład o problemach ze współżyciem. Mogło dojść do różnego rodzaju okołoporodowych uszkodzeń mięśni i narządów dna miednicy, które uniemożliwiają prowadzenie satysfakcjonującego życia seksualnego i na przykład dalszej prokreacji. Mówimy też o nietrzymaniu moczu, bo porody naturalne, szczególnie związane z interwencjami położniczymi, są jednym z głównych czynników ryzyka wystąpienia nietrzymania moczu i to zarówno u kobiet młodszych, jak i starszych. To problem, który może dotknąć osoby w każdym wieku.

Mówimy również o nietrzymaniu moczu z powodu tak zwanego parcia. Jest to jeszcze inna sfera zaburzeń, gdy występują zaburzenia funkcjonowania samego pęcherza moczowego. Mamy do czynienia na przykład z takimi zespołami, jak pęcherz nadaktywny czy śródmięśniowe zapalenie pęcherza, które

nie są chorobami onkologicznymi, nie wywołują zagrożenie zdrowia i życia, natomiast wyjątkowo negatywnie wpływają na jakość życia, na dobre samopoczucie, na codzienne funkcjonowanie. Osoby dotknięte takim problemem często nie są w stanie pójść na normalne zakupy, jeżeli w sklepie czy galerii handlowej nie ma toalety. To dotyka bardzo dużej części naszego społeczeństwa. Niestety, o problemach urologicznych mówi się mało, bo jest to sfera bardzo intymna, wstydliva i trudna. Każdy z nas chodzi do toalety kilka razy dziennie. Ale może się zdarzyć, że musimy chodzić nawet kilkanaście razy w dzień lub w nocy i nie możemy się wyspać. Kiedy nie jesteśmy w stanie wyjść normalnie z domu do pracy czy po prostu „na miasto”, dlatego że musimy mieć cały czas ze sobą albo wkładki chłonne albo wręcz pieluchomajtki, jest to coś, co wyjątkowo uprzykrza życie i powoduje, że staje się ono o wiele gorsze. Pomijam tu kwestię współżycia z partnerką albo partnerem... Na pewno nietrzymanie moczu to coś, co bardzo negatywnie wpływa na jakość życia i powoduje, że jest ono dużo uboższe.

A.G.: Z tego, co Pan mówi, można wysnuć apel do lekarzy, że trzeba o tym mówić jak najwięcej i jak najczęściej. Chodzi o to, by pacjenci mieli świadomość, że w takich sytuacjach mogą liczyć na pomoc. Pewnie, jak ze wszystkim, jest tak, że im wcześniej się zacznie, tym lepsze będą efekty?

K.T.: To trudno jednoznacznie powiedzieć. Najważniejsze jest to, by stwierdzić, że się ma problem i żeby z tym problemem pójść do specjalisty. Czy to będzie na wczesnym etapie, czy na późniejszym – mniejsza o to. Ważne, by w ogóle stwierdzić i odważyć się na wizytę u urologa. Większość mężczyzn ma wyobrażenie, że taka wizyta to jakiś dramat. Czasem się zastanawiam, czy gdy ktoś siedzi przed drzwiami gabinetu urologicznego, nie wyobraża sobie, że mam rogi, ogon i troszeczkę ciągnie ode mnie siarkę... Z drugiej strony kobiety wyobrażają sobie, że urolog to taki męski ginekolog, że tam kobiety nie chodzą, tylko sami mężczyźni. A to też nieprawda, bo mniej więcej 40% moich pacjentów to właśnie kobiety. Tu nie ma takiej dysproporcji jak na ginekologii – tam mężczyźni spotyka się dość rzadko, a jeśli już, to raczej jako osoby towarzyszące kobiecie i ją wspierające. U nas panie są jak najbardziej pacjentkami urologicznymi z tego względu, że tak samo jak mężczyźni posiadają pęcherz, nerki, moczowody, cewkę moczową.

A.G.: W jakim stopniu rehabilitacja urologiczna może być skuteczna? Od czego to zależy, że przynosi lepsze lub mniej spektakularne efekty?

K.T.: Najlepsze efekty przynosi taka rehabilitacja, która jest... stosowana. To może trywialne stwierdzenie, ale trzeba pamiętać o tym, że (ujmując to bardzo szeroko) w Polsce leczenie rehabilitacyjne, jeżeli chodzi o urologię, praktycznie nie istnieje. Żeby pacjent mógł odnieść maksymalną korzyść z leczenia rehabilitacyjnego (jeżeli mówimy na przykład o panach leczonych z powodu raka prostaty), powinien odbyć zarówno rehabilitację przedoperacyjną, jak i być leczonym nie tylko na oddziale po samej operacji, ale także po wyjściu ze szpitala. W naszym kraju, niestety, jest tak, że kolejki w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia są ekstremalnie długie i ta rehabilitacja przestaje mieć sens... Prerehabilitacja, czyli uczenie pacjenta, jak postępować, rehabilitacja przedoperacyjna tak naprawdę nie istnieje! Istnieje jedynie rehabilitacja szpitalna, kiedy mamy chorego leżącego na oddziale i musimy mu pomóc pozbierać się po operacji. To powoduje, że nasze wyniki (jeżeli chodzi o wyniki funkcjonalne, nie mówimy tu o wynikach onkologicznych, tylko o tym, jak nasz pacjent odzyskuje trzymanie moczu, jak odzyskuje na przykład »



zdolność do erekcji po leczeniu) są niestety gorsze niż na Zachodzie. Dzieje się tak między innymi dlatego, że u nas rehabilitacja nie jest stosowana.

A.G.: Czy rehabilitacja może niekiedy zastąpić zabieg operacyjny, czy jednak zawsze są to połączone działania?

K.T.: To zależy, o czym mówimy. Jeżeli o leczeniu rehabilitacyjnym związanym z niewielkim, wysiłkowym nietrzymaniem moczu, na przykład u kobiet po porodzie naturalnym, to na pewno rehabilitacja jest w stanie u wielu tych pacjentek dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu znacznie zmniejszyć. Część z nich może być w ten sposób wyleczona. Natomiast nie mówimy o tego typu efekcie, jeżeli mamy na myśli leczenie nowotworów, na przykład dlatego, że rehabilitacja jest tutaj metodą, która ma zmniejszyć przede wszystkim powikłania związane z leczeniem onkologicznym. Czyli po wyleczeniu pacjenta ma mu umożliwić powrót do normalnego życia i funkcjonowania w społeczeństwie. Wszystko zależy od tego, o jakim schorzeniu mówimy, jakie to stadium choroby i jakie metody leczenia są dla danego pacjenta dobierane. Moim marzeniem jest, żebyśmy mogli indywidualizować terapię u każdego chorego nie tylko z punktu widzenia onkologicznego, ale także zindywidualizować ją, gdy chodzi właśnie o leczenie następstw terapii onkologicznej. Bo tylko w ten sposób jesteśmy w stanie przywrócić te osoby do normalnego życia i funkcjonowania w społeczeństwie. To nie jest tylko wycięcie raka i już mamy pacjenta zdrowego, jeżeli ten człowiek do końca życia będzie musiał biegać w pampersach. Pacjent jest wyleczony wtedy, gdy nie dość, że nie ma nowotworu, to jeszcze trzyma mocz i może normalnie funkcjonować. I to jest cel, do którego współczesna medycyna

dąży, czyli nie tylko do uzyskania maksymalnego efektu onkologicznego, ale także do uzyskania maksymalnego efektu w postaci jak najlepszej jakości życia po zakończeniu leczenia.

A.G.: Tak naprawdę rehabilitacja urologiczna z prawdziwego znaczenia istnieje tylko w szpitalach?

K.T.: Nawet nie w szpitalach, bo de facto w ogóle jej nie ma...

A.G.: Może jednak widzi Pan chociaż jakiś cień nadziei, że coś takiego powstanie?

K.T.: Powstaje coś, co się nazywa Krajową Siecią Onkologiczną. Ten projekt jest realizowany od 2019 roku i już się kończy. Półtęż jest w tej chwili realizowany w 4 województwach. Na bazie tego projektu wykazaliśmy, że da się zbierać dane, da się mierzyć jakość w medycynie w polskich warunkach. Teraz są tworzone założenia Krajowej Sieci Onkologicznej. Ona ma zacząć działać w przyszłym roku już jako kompletny system w dziedzinie onkologii w całej Polsce. Bardzo duży nacisk jest tu kładziony na leczenie rehabilitacyjne, a więc pacjent ma być nie tylko dobrze zdiagnozowany i leczony, ale równolegle ma być również prowadzone leczenie wspomagające różnych schorzeń układu moczowego, czyli właśnie leczenie rehabilitacyjne. Do tej pory ważne było coś, co możemy opisać jako „zdiagnozować – wyleczyć – do widzenia”. Teraz myślimy inaczej: pacjent ma być nie tylko zdiagnozowany i wyleczony, ale ma jeszcze wrócić do sposobu funkcjonowania sprzed choroby, powinien więc normalnie korzystać z życia. Chodzi więc o to, by jego jakość życia ucierpiała za sprawą zastosowanych terapii w jak najmniejszym stopniu. Bez leczenia rehabilitacyjnego jest to po prostu niemożliwe! ■

Reklama

Bezpieczna firma

Creator®

ISO 9001-2015



Rehabilitacja urologiczna dla kobiet i mężczyzn

- profilaktyka, diagnostyka i terapia dysfunkcji

Leczone dysfunkcje oraz dolegliwości:

- nietrzymanie moczu oraz inne dysfunkcje układu moczowego (pęcherz nadreaktywny, parcia nagłące, zaburzenia oddawania moczu),
- przygotowanie do operacji urologicznych i ginekologicznych oraz powrót do sprawności po nich,
- kompleksowa rehabilitacja po usunięciu prostaty,
- obniżenie narządów okolicy miednicy mniejszej,
- rehabilitacja okołoporodowa (osłabione mięśnie dna miednicy, rozstęp mięśnia prostego brzucha, bóle odcinka lędźwiowego),
- dolegliwości bólowe miednicy mniejszej (ból kroczu, nadmierne napięcie mięśni dna miednicy, przewlekłe dolegliwości bólowe, po urazach kroczu),
- zaburzenia seksualne (u kobiet: wulwodynia, pochwica, ból podczas stosunku; u mężczyzn: zaburzenia erekcji, przedwczesny wytrysk).

Ośrodek Profilaktyki i Rehabilitacji CREATOR Sp. z o.o.
ul. Lotnicza 37, 54-154 WROCŁAW, tel.: 71 362 02 20, 537 224 352, e-mial: aos@creator.wroc.pl



Fot. z archiwum „Medium”

PRAWO NA CO DZIEŃ

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak – radca prawny DIL

24 sierpnia 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1429.

Zmiany zostały wprowadzone w załączniku nr 1 do rozporządzenia w części II Świadczenia scharakteryzowane rozpoznaniem.

26 sierpnia 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1565 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 21 lipca 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o wyrobach medycznych.

4 września 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2021 r. w sprawie programu pilota-

żowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1622.

Celem programu pilotażowego jest poprawa jakości i efektywności leczenia świadczeniobiorców w wieku od 18. roku życia z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii, u których wskaźnik masy ciała BMI ≥ 40 kg/m², oraz świadczeniobiorców z BMI 35–40 kg/m², u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę w zakresie chorób wywołanych otyłością, a także ocena efektywności organizacyjnej nowego modelu opieki nad tą grupą świadczeniobiorców.

KOS-BAR oznacza kompleksowe świadczenia opieki zdrowotnej, realizowane na rzecz świadczeniobiorcy kwalifikującego się do leczenia chirurgicznego z powodu otyłości olbrzymiej, u którego pomimo leczenia zachowawczego nie uzyskuje się redukcji masy ciała, obejmujące postępowanie medyczne związane z przygotowaniem świadczeniobiorcy do zabiegu operacyjnego, wykonanie operacji bariatrycznej, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz, w zależności od wskazań medycznych, różne formy rehabilitacji leczniczej, w okresie do 18. miesięcy od dnia rozpoczęcia realizacji świadczenia opieki zdrowotnej.

Program pilotażowy jest realizowany przez ośrodki koordynujące, których wykaz określa załącznik do rozporządzenia, które zawarły z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie tego programu. »

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





Ośrodek koordynujący realizuje umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chirurgia ogólna oraz spełnia wskazane warunki do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach KOS-BAR.

6 września 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1625 Obwieszczenie Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 30 lipca 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie kas rejestrujących.

7 września 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1638 obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 11 sierpnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

8 września 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1581.

Rozporządzenie wprowadza metodę zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 polegającą na wykonywaniu szczepień ochronnych.

Szczepieniami obejmuje się:

- osoby zatrudnione w podmiocie wykonującym działalność leczniczą oraz osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie;
- osoby zatrudnione oraz osoby realizujące usługi farmaceutyczne, zadania zawodowe lub czynności fachowe w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym;
- osoby uprawnione do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium;
- nauczycieli akademickich i inne osoby prowadzące w uczelni zajęcia ze studentami lub z doktorantami oraz inne osoby zatrudnione w uczelni;
- studentów i doktorantów uczestniczących w zajęciach z udziałem pacjentów;
- osoby zatrudnione w organach Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej wykonujące czynności kontrolne lub inspekcyjne;
- osoby zatrudnione lub wykonujące obowiązki w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej lub w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku;
- pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, hospicjum stacjonarnego lub domowego, oddziału medycyny paliatywnej;
- osoby przebywające w domu pomocy społecznej lub w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku;
- osoby pracujące w przedszkolu, innej formie wychowania przedszkolnego, szkole lub placówce działającej w systemie oświaty, przedszkolu lub szkole funkcjonującej w systemie oświaty innego państwa znajdujących się na terytorium RP, placówce wsparcia dziennego, placówce opiekuńczo-wychowawczej, regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej, interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym, w ramach form opieki nad dziećmi w wieku do lat 3;
- funkcjonariuszy albo żołnierzy Sił Zbrojnych RP, policji, Straży

Granicznej, Straży Marszałkowskiej, ABW, Agencji Wywiadu, CBA, Służby Wywiadu Wojskowego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Celno-Skarbowej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Ochrony Państwa, Służby Więziennej, Inspekcji Transportu Drogowego, straży ochrony kolei, straży gminnej (miejskiej) oraz członków ochotniczych straży pożarnych, ratowników górskich i wodnych wykonujących działania ratownicze;

- Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego;
- osoby urodzone nie później niż w 1946 r.

Szczepienia są wykonywane przy użyciu szczepionki przeciwko grypie dedykowanej na sezon 2021/2022 do 31 marca 2022 r. Szczepienia są wykonywane w gabinetach diagnostyczno-zabiegowych i punktach szczepień oraz w miejscu pobytu osoby podlegającej szczepieniu, której stan zdrowia uniemożliwia samodzielne dotarcie do wskazanych miejsc.

Dokumentowanie lekarskiego badania kwalifikacyjnego i przeprowadzenia szczepienia odbywa się w Karcie Szczepień prowadzonej w postaci elektronicznej.

8 września 2021 r. weszła w życie Ustawa z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o Agencji Badań Medycznych oraz niektórych innych ustaw opublikowana w Dz. U. z 2021 r., poz. 1559.

Celem działalności Agencji jest wspieranie działalności innowacyjnej w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju niekomercyjnych badań klinicznych i eksperymentów badawczych. Działalność Agencji polega na dofinansowaniu badań naukowych i prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz projektów interdyscyplinarnych wyłonionych w drodze konkursu, ze szczególnym uwzględnieniem badań klinicznych, obserwacyjnych i epidemiologicznych oraz eksperymentów badawczych.

Zmiany zostały wprowadzone również w **ustawie o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych**.

Lek lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowany w ramach programu lekowego lub chemioterapii, dla którego nie wydano kolejnej decyzji o objęciu refundacją, a który jest dostępny na terytorium RP, przy jednoczesnym braku alternatywnej opcji terapeutycznej w ramach tego programu lekowego lub chemioterapii, za zgodą ministra zdrowia wydaną na wniosek prezesa Funduszu, może być finansowany przez tego prezesa na dotychczasowych warunkach wynikających z ostatniej decyzji o objęciu refundacją dotyczącej tego leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyłącznie świadczeniobiorcom, którzy rozpoczęli proces leczenia w tym programie lub w chemioterapii najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania tej decyzji, do ukończenia terapii, nie dłużej jednak niż przez okres roku od dnia zakończenia obowiązywania decyzji o objęciu refundacją leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanego w ramach programu lekowego lub chemioterapii.

9 września 2021 r. zostało opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1656 Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 11 sierpnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin.

15 września 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022, opublikowane w Dz. U. z 2021 r. poz. 1688.

W rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 uchyla się przepisy dotyczące stosowania przy wykonywaniu szczepień ochronnych przepisów ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w zakresie nabywania oraz przechowywania i dystrybucji szczepionek.

18 września 2021 r. weszła w życie Ustawa z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw opublikowana w Dz. U. z 2021 r., poz. 1621.

Ustawa wprowadziła zmiany w ustawie o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, które wchodzi w życie 1 stycznia 2022 r.

Świadczenia z ubezpieczenia chorobowego nie przysługują osobom prowadzącym pozarolniczą działalność i osobom z nimi współpracującym, będącym płatnikami składek na własne ubezpieczenia, w razie wystąpienia w dniu powstania prawa do świadczenia zadłużenia z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne na kwotę przekraczającą 1% minimalnego wynagrodzenia za pracę, do czasu spłaty całości zadłużenia. Prawo do świadczeń przedawnia się, jeżeli zadłużenie nie zostanie uregulowane w ciągu 6 miesięcy od dnia jego powstania.

Za okres niezdolności do pracy lub niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w ustawie, przypadający po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego **zasiłek chorobowy przysługuje nie dłużej niż przez 91 dni**. Nie dotyczy to niezdolności do pracy, która powstała wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów oraz spowodowanej gruźlicą lub występującej w trakcie ciąży.

Do okresu zasiłkowego wlicza się okresy poprzednich niezdolności do pracy, jeżeli przerwa pomiędzy ustaniem poprzedniej a powstaniem ponownej niezdolności do pracy nie przekraczała 60 dni. Do okresu zasiłkowego nie wlicza się okresów niezdolności do pracy przypadających przed przerwą nie dłuższą niż 60 dni, jeżeli po przerwie niezdolność do pracy wystąpiła w trakcie ciąży.

Miesięczny zasiłek chorobowy wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku. Miesięczny zasiłek chorobowy wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku, jeżeli niezdolność do pracy lub niemożność wykonywania pracy:

- przypada w okresie ciąży;
- powstała wskutek poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów;
- powstała wskutek wypadku w drodze do pracy lub z pracy.

Uchylone zostały przepisy stanowiące, że miesięczny zasiłek chorobowy za okres pobytu w szpitalu wynosi 70% podstawy wymiaru zasiłku oraz, że miesięczny zasiłek chorobowy za okres pobytu w szpitalu od 15 do 33 dnia niezdolności do pracy w roku kalendarzowym w przypadku pracownika, który ukończył 50. rok życia, wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku.

Zasiłek macierzyński przysługuje w razie urodzenia dziecka po ustaniu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli ubezpieczenie to ustało w okresie ciąży:

- wskutek śmierci, ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy;
- z naruszeniem przepisów prawa, stwierdzonym prawomocnym orzeczeniem sądu.

Ubezpieczonej będącej pracownicą, której umowa o pracę wygasła z powodu śmierci pracodawcy lub z którą rozwiązano stosunek pracy w okresie ciąży z powodu ogłoszenia upadłości lub likwidacji pracodawcy i której nie zapewniono innego zatrudnienia, przysługuje do dnia porodu zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego.

Podstawy wymiaru zasiłku nie ustala się na nowo, jeżeli między okresami pobierania zasiłków zarówno tego samego rodzaju, jak i innego rodzaju nie było przerwy albo przerwa była krótsza niż miesiąc kalendarzowy.

ZUS, w celu ustalenia prawa do zasiłku i jego wypłaty, może pozyskiwać dane i informacje w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa do zasiłków, ich wysokości, podstawy wymiaru oraz do ich wypłat od ubezpieczonych oraz płatników składek, którzy są obowiązani bezpłatnie je udostępnić.

Zasiłki oraz świadczenie rehabilitacyjne, do których prawo powstało przed 1 stycznia 2022 r., wypłaca się w wysokości, na zasadach i w trybie obowiązującym przed 1 stycznia 2022 r., za cały okres nieprzerwanej niezdolności do pracy.

21 września 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2021 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1725.

Rozporządzenie określa minimalne wymagania dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych, dotyczące wyposażenia w urządzenia radiologiczne i urządzenia pomocnicze oraz liczebności i kwalifikacji personelu biorącego udział w wykonywaniu poszczególnych rodzajów medycznych procedur radiologicznych.

Jednostki ochrony zdrowia dostosują swoją działalność do wymagań określonych w rozporządzeniu w terminie 6 miesięcy od dnia jego wejścia w życie.

21 września 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1724.

21 września 2021 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie stypendiów ministra właściwego do spraw zdrowia dla studentów, opublikowane w Dz. U. z 2021 r., poz. 1727. ■



JUBILEUSZOWY ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1970

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na obchody z okazji 50-lecia uzyskania absolutorium, które odbędą się 25 czerwca 2022 r. (sobota) we Wrocławiu.

Program zjazdu

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

Oплата 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
31.12.2021 r. z dopiskiem „Zjazd 1970”. Koleżanki
prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz pa-
nieńskiego.

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

Za Komitet Organizacyjny
Barbara Bruzewicz-Mikłaszewska, Henryk Lisiak

JUBILEUSZOWY ZJAZD ABSOLWENTÓW AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1971

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na obchody z okazji 50-lecia uzyska-
nia absolutorium, które odbędą się 14 maja 2022 r.
(sobota) we Wrocławiu.

Program zjazdu

13 maja 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)

14 maja 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

Oплата za uczestnictwo w zjeździe wynosi:
sobota (część oficjalna + uroczysta kolacja) – 400 zł,
osoba towarzysząca na uroczystej kolacji – 250 zł,
część oficjalna (bez uroczystej kolacji) – 150 zł,
Afrykarium (płatne dodatkowo) – 100 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 82 1090 1939
0000 0001 4667 0679 (odbiorca: Krzysztof Bąk) do
31.12.2021 r. z dopiskiem „Zjazd 1971”. Koleżanki
prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz pa-
nieńskiego.

Istnieje możliwość rezerwacji noclegu w Hotelu
im. Jana Pawła II po preferencyjnych cenach pod
numerem telefonu 71 327 14 00 (prosimy o poda-
nie hasła „rocznik 1971”). Płatność za hotel indy-
widualna (nie jest wliczona w cenę zjazdu).

Za Komitet Organizacyjny
Krzysztof Bąk, Magdalena Koziarowska,
Wanda Man-Widerska, Alicja Marczyk-Felba

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1977

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie absolwen-
tów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej
we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 27-
29 maja 2022 r. w Kudowie-Zdroju (hotel „Kudo-
wa**** Manufaktura Relaksu”, ul. Pogodna 16,
57-350 Kudowa-Zdrój).

Program zjazdu

27 maja 2022 r. (piątek)

od godz. 15.00 Zakwaterowanie w hotelu
godz. 18.00-2.00 Grill przy biesiadnej muzyce

28 maja 2022 r. (sobota)

godz. 7.00-10.00 Śniadanie, czas wolny,
spacer po uzdrowisku
godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie
grupowe przed ośrodkiem
godz. 14.00 Obiad
godz. 18.00-2.00 Grill przy biesiadnej muzyce

29 maja 2022 r. (niedziela)

godz. 7.00-10.00 Śniadanie i pożegnania
do godz. 11.00 Wymeldowania

Oплата za uczestnictwo w zjeździe wynosi od ab-
solwenta/osoby towarzyszącej 550 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 87 1090 2398
0000 0001 4377 3356 (odbiorca Małgorzata Rud-
nicka) do 31.12.2021 r. z dopiskiem „Zjazd 1977”.
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 bezpłat-
ne korzystanie ze strefy relaksu: krytego basenu
z atrakcjami wodnymi (gejzer, kaskada, masażery),
jacuzzi, strefy saun (sucha, infrared, łaźnia paro-
wa), urządzeń fitness, jak również dostęp do bez-
przewodowego internetu oraz bezpłatny parking.

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

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU STOMATOLOGICZNEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1985

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji
35-lecia ukończenia Wydziału Stomatologiczne-
go Akademii Medycznej we Wrocławiu, które od-
będzie się w dniach 20-22 maja 2022 r. Miejszem
spotkania będzie ośrodek Tarasy Wang w Karpa-
czu (Na Śnieżkę 3, 58-540 Karpacz).

Program zjazdu

20 maja 2022 r. (piątek)

od godz. 14.00 Zakwaterowanie w ośrodku
godz. 18.00-24.00 Grill

21 maja 2022 r. (sobota)

godz. 8.00-10.30 Śniadanie
godz. 11.00 Msza św. (kościół pw.
Nawiedzenia Najświętszej
Maryi Panny), ul. Konstytucyj-
3 Maja 44, 58-540 Karpacz
Czas wolny, spa-
cer po Karpaczu
godz. 14.00 Obiad, czas wolny
godz. 19.00-2.00 Bankiet/uroczysta kolacja
22 maja 2022 r. (niedziela)
godz. 8.00-10.30 Śniadanie i pożegnania
do godz. 12.00 Wymeldowania

Oплата za uczestnictwo w zjeździe wynosi od ab-
solwenta/osoby towarzyszącej 500 zł.

Wpłaty prosimy dokonywać na konto: 76 1140 2004
0000 3702 7937 7470 (odbiorca Aneta Łojewska)
do 31.12.2021 r. z dopiskiem „Zjazd 1985”. Panie
prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz pa-
nieńskiego.

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 bezpłat-
ne korzystanie z jacuzzi, saun, jak również dostęp do
bezprzewodowego internetu oraz bezpłatny mo-
nitorowany parking.

Za Komitet Organizacyjny
Aneta Łojewska, Waldemar Jarosiewicz

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1990

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!
Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie z okazji
30-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akade-
mii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się
w dniach 3-5 czerwca 2022 r. Miejszem spotkania

będzie ośrodek Vital & SPA Resort Szarotka w Zie-
leńcu.

Program zjazdu

3 czerwca 2022 r. (piątek)

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

4 czerwca 2022 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie
godz. 10.15 Msza św. – kościół św.
Anny w Ziełcu,
czas wolny, spacer po Ziełcu
godz. 13.30 Pamiątkowe zdjęcie gru-
powe przed ośrodkiem
godz. 14.00 Obiad

Czas wolny
godz. 19.00-2.00 Bankiet
5 czerwca 2022 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: 63 1140 2004
0000 3402 7877 0728 (odbiorca Ewa Willak-Janc)
do 31.12.2021 r. z dopiskiem „Zjazd 1990”. Panie
prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz pa-
nieńskiego.

Do dyspozycji gości pokoje 2-3-osobowe – proszę
o e-mailowe zgłaszanie nazwisk Kolegów i Kole-
żanek, z którymi chcą być Państwo zakwaterowa-
ni.

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

Bliższych informacji udziela Patrycja Malec, kom. 501 217 204, e-mail: patka.malec@wp.pl

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 26 sierpnia 2021 roku

NR 71/2021

*w sprawie wpisu do rejestru podmiotów
wykonujących działalność leczniczą*

NR 72/2021

w sprawie udziału lekarza w konsylium lekarskim
§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża
zgoda na udział prof. dr n. med. Oliviera Kaschke, Ordynatora
Klinicznego Oddziału Laryngologii Szpitala Sankt Gertrauden
w Berlinie, w dniach 29-30 października 2021r. w konsylium le-
karskim na temat leczenia operacyjnego przewlekłego zapale-
nia zatok przynosowych i wykonywanie zabiegów operacyjnych,
których potrzeba wynika z tego konsylium w Medicus Sp. z o.o.
– Specjalistyczne Centrum Medyczne, na zaproszenie Prezesa
Zarządu dr n. med. Macieja Mazura.

NR 73/2021

w sprawie udziału lekarza w konsylium lekarskim
§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża
zgoda na udział dr n. med. Gernota Hudelista, Kierownika Na-

ukowo – Klinicznego Centrum Endometriozy Oddziału Ginekolo-
gii Wiedeńskiego Szpitala Braci Miłosierdzia w Wiedniu, w dniach
11-13 listopada 2021r. w warsztatach dla lekarzy ginekologów
„Endometrioza głębokonaciekająca – bezpieczny dostęp do
miednicy mniejszej” i wykonanie zabiegów operacyjnych z za-
kresu operacyjnego leczenia endometriozy w Medicus Sp. z o.o.
– Specjalistyczne Centrum Medyczne, na zaproszenie Prezesa
Zarządu dr n. med. Macieja Mazura.

NR 74/2021

*w sprawie wydania opinii dot. kandydata na
konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie toksykologii
klinicznej dla województwa dolnośląskiego*
§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu po-
zytywnie opiniuje kandydaturę Lek. Andrzeja Antończyka na
konsultanta wojewódzkiego dla województwa dolnośląskiego
w dziedzinie toksykologii klinicznej dla województwa dolnoślą-
skiego.

NR 75/2021

w sprawie przyznania pomocy finansowej lekarzowi

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 9 września 2021 roku

NR 76-77/2021

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania miesięcznej składki członkowskiej

NR 78/2021

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 79/2021

w sprawie zakupu urządzeń wielofunkcyjnych dla OSL DIL oraz Biura OROZ DIL
§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu przeznacza kwotę do 12 200 zł netto za 1 sztukę na zakup dwóch wielofunkcyjnych urzą-
dzeń do drukowania kserowania i skanowania dokumentów (w tym w formacie A3) dokumentacji medycznej oraz materiałów sta-
nowiących akta postępowań prowadzonych przez Okręgowy Sąd Lekarski Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu i Biuro Okręgowego
Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, w związku z niezrealizowaniem Uchwały Prezydium Dolnośląskiej
Rady Lekarskiej nr 11/2021 z dnia 4 lutego 2021 roku w sprawie zakupu urządzenia wielofunkcyjnego dla OSL DIL.

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



**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:

**23 października 2021 r. (sobota) godz. 11.00-15.00,
27 listopada 2021 r. (sobota) godz. 11.00-15.00,
11 grudnia 2021 r. (sobota) 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 przyjęcia 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 on-line za pomocą środków audiowizualnych (mikrofon, kamera).

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

Decyduje kolejność zgłoszeń.

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

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

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

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

który odbędzie się w następujących terminach:

**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 zawitała 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 znak, 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: komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl (zapisać
na szkolenie może się tylko osoba zgłaszająca).**

Decyduje kolejność zgłoszeń.

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

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

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

„ATAKI MEDIÓW, PACJENTÓW I HEJTERÓW NA LEKARZY. JAK SIĘ BRONIĆ I KREOWAĆ SWÓJ DOBRY WIZERUNEK?”

**który odbędzie się 6 października 2021 r. (środa) w godz.
10.00-14.00.**

Uczestnikowi kursu przysługują 3 punkty edukacyjne.
Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.

Kierownik naukowy kursu
dr hab. Andrzej Wojnar, prof. nadzw.

Wykładowca
Marcin Tomkiel,
rzecznik prasowy Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Program kursu

- godz. 10.00-13.00 Ataki mediów, pacjentów i hejterów na lekarzy. Jak się bronić i kreować swój dobry wizerunek?
1. Wizerunek lekarza
2. Media, social media, internet, pacjenci
3. Budowanie marki osobistej
4. Sytuacje kryzysowe i hejt w sieci
- godz. 13.00-13.15 Przerwa
- godz. 13.15-14.00 Dyskusja online i zakończenie kursu

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).

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,
I Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu
Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
oraz**

**I Oddział Zakaźny Kliniczny Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego im. Gromkowskiego we Wrocławiu
zapraszają na konferencję online**

WEBINARIUM: „ZAAWANSOWANE CHOROBY WĄTROBY – PATOFIZJOLOGIA, OBRAZ KLINICZNY I LECZENIE” IV edycja

**która odbędzie się 8 października 2021 r. (piątek)
w godz. 9.00-14.00.**

**Uczestnikowi konferencji przysługuje
5 punktów edukacyjnych.**

Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.

Kierownik naukowy konferencji
dr n. med. Monika Pazgan-Simon

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

Program konferencji

- godz. 9.00-9.30 *Marskość wątroby – epidemiologia, patofizjologia, klinika i leczenie przyczynowe*
prof. zw. dr hab. Krzysztof Simon
- godz. 9.30-10.00 *Spontaniczne zapalenie otrzewnej – patofizjologia, postępowanie i profilaktyka*
dr n. med. Sylwia Serafińska

- godz. 10.00-10.30 *Czynnościowe i organiczne uszkodzenia nerek w przebiegu marskości wątroby (ostre uszkodzenie nerek i zespół wątrobowo-nerkowy)*
lek. Justyna Janocha-Litwin
- godz. 10.30-11.00 *Nadciśnienie wrotne. Terapia i profilaktyka krwawienia z przewodu pokarmowego*
dr hab. Michał Kukla
- godz. 11.00-11.30 *Encefalopatia wrotno-układowa – rozpoznanie. Współczesne metody terapii*
dr n. med. Monika Pazgan-Simon
- godz. 11.30-12.00 *Wirusowe zapalenia wątroby. Współczesne możliwości terapeutyczne*
dr n. med. Marta Kucharska
- godz. 12.00-12.30 *Sarkopenia w marskości wątroby*
lek. Iwona Buczyńska
- godz. 12.30-13.00 *Choroba tłuszczeniowa wątroby – NAFL/NAFLD/rak wątrobowo-komórkowy*
dr n. med. Anna Szymanek-Pasternak
- godz. 13.00-13.30 *Rak wątrobowo-komórkowy – etiopatogeneza, klinika, leczenie systemowe*
dr n. med. Monika Pazgan-Simon
- godz. 13.30-14.00 Podsumowanie webinarium i zakończenie konferencji

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
oraz**

**Firma G. L. Pharma Poland Sp. z o.o.
zapraszają na kurs online**

WEBINARIUM: „BÓL I BEZSENNOŚĆ – WYZWANIA W CODZIENNEJ PRAKTYCE LEKARSKIEJ”

**który odbędzie się 27 października 2021 r. (środa)
w godz. 16.00-19.00.**

Uczestnikowi kursu przysługują 3 punkty edukacyjne.

Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.

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

Program kursu

godz. 16.00-16.30 *Ból w chorobie zwyrodnieniowej stawów.*

*Zasady doboru NLPZ w codziennej praktyce
lekarskiej – czym powinien kierować się
lekarz?*

prof. dr hab. Marek Postuła

godz. 16.30-17.00 *Standardy leczenia bezsenności*

prof. dr hab. Adam Wichniak

godz. 17.00-17.30 *Wspólne problemy terapeutyczne – ból/bezsenność*

prof. dr hab. Marek Postuła, prof. dr hab.

Adam Wichniak

godz. 17.30-19.00 *Dyskusja online*

**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).**

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

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

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

**Firma BAUSCH HEALTH POLAND
zapraszają na kurs online**

WEBINARIUM: „NIEWYDOLNOŚĆ SERCA W ŚWIELE NAJNOWSZYCH WYTTCZYNYCH ESC 2021 – PRAKTYCZNE PRZYPADKI KLINICZNE”

**który odbędzie się 9 listopada 2021 r.
(wtorek) w godz. 19.00-21.00.**

Uczestnikowi kursu przysługują 2 punkty edukacyjne.

Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.

Moderator i kierownik naukowy kursu
prof. dr hab. Waldemar Banasiak

Program kursu

godz. 19.00-19.45 *Praktyczne aspekty leczenia niewydolności
serca w świetle najnowszych wytycznych ESC
2021*

prof. dr hab. Waldemar Banasiak

godz. 19.45-20.30 *NS okiem echokardiografisty. Ciekawe przy-
padki kliniczne*

dr n. med. Dorota Kustrzycka-Kratochwil

godz. 20.30-21.00 *Dyskusja online*

**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).**

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

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

**Komisja Stomatologiczna i Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zapraszają na kurs medyczny online**

WEBINARIUM: „LECZENIE KANAŁOWE – OD DIAGNOSTYKI DO ODBUDOWY”

**który odbędzie się 6 listopada 2021 r. (sobota)
w godz. 9.00-12.00.**

Moderator i kierownik naukowy kursu
dr n. med. Tomasz Staniowski

Uczestnikowi kursu przysługują 3 punkty edukacyjne.

Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.

**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 Stomatologiczna i Komisja Kształcenia
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zapraszają na kurs medyczny online**

**WEBINARIUM:
„HIPOMINERALIZACJA TRZONOWCOWO-
SIEKACZOWA (MIH) – PROBLEM NA
CZASIE W STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ”**

**który odbędzie się 9 października 2021 r. (sobota)
w godz. 10.00-13.30.**

Kierownik naukowy kursu
dr n. med. Urszula Kanaffa-Kilijańska

Uczestnikowi kursu przysługują 3 punkty edukacyjne.
Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.

Program kursu

godz. 10.00-11.30 *MIH – definicja, częstość występowania,
etiologia, diagnostyka i różnicowanie*
dr n. med. Katarzyna Herman
godz. 11.30-13.00 *MIH – postępowanie terapeutyczne*
lek. dent. Marta Berdzik-Janecka
godz. 13.00-13.30 Dyskusja online i zakończenie kursu

**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 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**

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 listopad 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 odbytych szkoleniu 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 zdanym egzaminie 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



Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci
naszego Kolegi
wieloletniego pracownika milickiego szpitala,
oddanego pacjentom lekarza, cenionego chirurga

dr. Jacka Sikorskiego

Łącząc się w bólu z Rodziną
wyrazy współczucia składa
Irena Kowalska

Z ogromnym smutkiem przyjęliśmy wiadomość,
że 23 sierpnia 2021 r. zmarł

dr Wojciech Sobolski

wieloletni oddany członek
Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich
i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej,
serdeczny Kolega.

Wyrazy współczucia Żonie i Rodzinie
składają
zarząd i członkowie SLDiWMW

Panu prof. dr. hab. Dariuszowi Patrzalkowi

wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składa
kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyniowej,
Ogólnej i Transplantacyjnej
prof. dr hab. Dariusz Janczak
z całym zespołem

Z głębokim żalem zawiadamiamy o śmierci

dr. Wojciecha Sobolskiego

Wyrazy szczerego współczucia Żonie i Rodzinie
składają
przyjaciele V rocznika AM we Wrocławiu

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci

śp. Hanny Kubiak-Lewandowskiej

Rodzinie i Bliskim Zmarłej
składamy
wyrazy głębokiego współczucia
Komisja Stomatologiczna DRL

Ze smutkiem żegnamy

Annę Kabat

wspaniałego lekarza i człowieka
Rodzinie
składamy
wyrazy najgłębszego współczucia
Zarząd i pracownicy
NZOZ STARMED sp. z o.o.

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy, że
we wrześniu 2021 r. w wieku 68 lat odeszła
nasza

wspaniała Koleżanka
lekarz stomatolog

Hanna Kubiak-Lewandowska

Synowi i Rodzinie
składamy
wyrazy szczerego współczucia
Koleżanki i koledzy z Koła Lekarzy Prywatnie
Praktykujących DIL we Wrocławiu

Z głębokim smutkiem i w poczuciu nieodżałowanej straty
przyjęliśmy wiadomość o śmierci
lekarz stomatolog

Hanny Kubiak-Lewandowskiej

Synowi i Rodzinie
składamy
wyrazy szczerego współczucia
Komisja Historyczna DRL

19 września 2021 roku zmarła

lek. med. Aniela Libura-Matys,

specjalista dermatolog, długoletni pracownik
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego
– Przychodni Dermatologicznej

Pogrążeni w żałobie
Synowie

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci

śp. Hanny Lewandowskiej

Rodzinie i Bliskim Zmarłej
wyrazy
głębokiego współczucia
składają
lek. dent. Teresa Bujko – przewodnicząca
Koła Lekarzy Prywatnie Praktykujących
i członkowie KLPP



Uzupełnienie do spaceru historycznego po USK przy ul. Borowskiej opublikowanego w numerze 9/2021 „Medium”

Po opublikowaniu w ostatnim numerze „Medium” spaceru po klinikach przy ul. Borowskiej zadzwonił do mnie dr Adam Domanasiewicz senior i zwrócił uwagę, że oprócz prof. Jana Słowikowskiego, który ma tablicę jako twórca chirurgii dziecięcej, podwaliny chirurgii dziecięcej we Wrocławiu w latach pięćdziesiątych stworzył **dr Adam Michejda** (zdjęcie obok). Był on bratankiem słynnego wileńskiego profesora chirurgii Kornela Michejdy, a którego kuzyn lekarz górniczy dr Tadeusz Michejda po wojnie (1947–1951) piastował funkcję ministra zdrowia. Doktor Adam Michejda zasłynął z tego, że w roku 1957 po raz pierwszy w Polsce z dobrym wynikiem zoperował noworodka z zarośnięciem przełyku. Anestezjologiem, który znieczulał dziecko i przeprowadził je przez okres pooperacyjny był właśnie dr Domanasiewicz senior. Doktor Adam Michejda zmarł niestety w 43. roku życia z powodu nowotworu żołądka. Dziękuję za to cenne uzupełnienie.

Wasz Bywalec



Fot. z archiwum K.W.

Podziękowania

Pragnę podziękować wszystkim pracownikom służby zdrowia, których mieliśmy zaszczyt spotkać podczas długotrwałej, ciężkiej i niestety przegranej choroby męża Wojciecha Ostoja Domaradzkiego.

Składam szczególne podziękowania :

Dr. Andrzejowi Rosińskiemu – kierownikowi Oddziału Ortopedii Brzeskiego Centrum Medycznego w Brzegu, **Lek. Markowi Nosalowi** – kierownikowi Oddziału Rehabilitacji Medycznej Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy, Oddział w Sycowie, **Dr. Jackowi Polańskiemu** – lekarzowi hospicjum domowego, Pani **mgr pielęgniarstwa Ewie Krzyżanowskiej** – pielęgniarkę hospicjum domowego, Pani **dr rehabilitacji Ewelinie Troszianko-Wilk** – rehabilitantce hospicjum domowego.

Serdeczne podziękowania za profesjonalizm, wrażliwość na cierpienie człowieka i życzliwy uśmiech tam, gdzie już wszystko inne zawodzi.

Lek. Wiesława Krawczuk-Domaradzka



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

KOMUNIKAT KOŁA LEKARZY SENIORÓW DIL

Po długiej, spowodowanej pandemią Covid-19 przerwie, ponownie zapraszamy członków oraz sympatyków Koła na nasze spotkanie, które odbędzie się **22 października 2021 r. (piątek) o godz. 11.00 w siedzibie DIL przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.**

Kontakt z nami:

Dom Lekarza przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu,
p. Renata Czajka, tel. 71 798 80 66

Krzysztof Wronecki,
przewodniczący
Koła Lekarzy Seniorów DIL



Kulturalnik lekarski

Opracowała Paulina Góra

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

Film: „Teściowie”

Premiera: wrzesień 2021.

Teściowie to najsmaczniejszy filmowo-weselny tort, rozpływający się nie tylko w ustach, ale i gustach nawet najbardziej wymagających polskich widzów. Film w reżyserii Jakuba Michałczuka to szalona opowieść, która pokazuje prawdziwe słodko-gorzkie wesele XXI wieku. Konfrontacja dwóch światów: pana młodego i panny młodej doprowadzi do łez teściów, gości weselnych i przede wszystkim każdego oglądającego.

Akcja filmu „Teściowie” zaczyna się w hotelowym holu tuż po odwołanym przez państwa młodych ślubie. Rodzice pana młodego postanawiają jednak zaprosić wszystkich gości na wesele. Witają zjeżdżającą się rodzinę i próbują wyjaśnić, co właściwie stało się w kościele. Dlaczego ich ukochany syn uciekł przed ołtarza? Kolejne wypalane w niedozwolonych miejscach papierosy i pite ukradkiem kieliszki wódki potęgują napiętą atmosferę. A pojawienie się rodziców porzuconej panny młodej zwiastuje burzę z piorunami.

Andrzej i Małgorzata, rodzice pana młodego, to ludzie majątni, z tak zwanych wyższych sfer. On szanowany biznesmen prowadzący wielką firmę, ona ordynator oddziału okulistyki jednego z warszawskich szpitali. Oboje obcy w świecie, piękni i bogaci, muszą się zmierzyć z rodzicami panny młodej: Tadeuszem i Wandą, mieszkańcami polskiej wsi, którzy całe życie ciężko pracowali, by związać koniec z końcem i nigdy nie narzekali na nadmiar pieniędzy. Jedno jest pewne – obie pary bardzo kochają swoje dzieci, a winą za nieudany ślub obwiniają siebie nawzajem. Pozory wsparcia we wspólnym nieszczęściu z każdym kolejnym kieliszkiem wódki maleją i prowadzą do kolejnej katastrofy. Pranie rodzinnych brudów, pretensje, oskarżenia, szantaż i pobicie okraszone próbą zachowania spokoju przed weselnymi gośćmi to tylko niewielki skrót fabuły filmu.

Ostaszewska, Dorociński, Kuna i Woronowicz – te nazwiska potwierdzają, że „Teściowie” to film, który warto zobaczyć. Scenariusz filmu to adaptacja sztuki teatralnej „Wstyd” Marka Modzelewskiego. Całość fabuły oparta jest na dialogach między niedoszłymi teściami, ale dynamiczne zdjęcia drugiego planu, na którym toczy się wesele, sprawiają, że film ogląda się z czystą przyjemnością. ■



Oficjalny zwiastun, 1:37

Film: „Nie z mojej ligi”

Premiera: październik 2020.

Nasze pragnienia często rozmiągają się z rzeczywistością. Marzenia o kobiecie takiej jak Angelina Jolie lub mężczyźnie na białym koniu są udziałem wielu z nas. Osoba, którą darzymy uczuciem, niekoniecznie je odwzajemnia. Powszechnie mówi się, że jest poza zasięgiem. Spoza ligi.

Niekiedy spotyka się pary, na widok których coś nam zgrzyta. Ona piękna, młoda, on brzydki i garbaty. Przystojny bywalec siłowni i otyła, niedbająca o siebie kobieta. Te „nietypowe” pary żyją wśród ciekawskich ludzi i często są narażone na nieustanne nieprzychylnie opinie.

Marta, główna bohaterka filmu, to urocza młoda kobieta, która cierpi na mukowiscydozę. Jej jedyną rodziną są najbliżsi przyjaciele, którzy zrobią wszystko, by była szczęśliwa. Jej pozytywne nastawienie w ciężkich chwilach potrafi zauroczyć. Ale czy zauroczy również przystojnego, bogatego i świetnie wykształconego mężczyznę? Arturo wzbudza silne zainteresowania kobiet. Również Marty. I kiedy wierni przyjaciele są gotowi pocieszyć ją po kolejnym zawodzie miłosnym, Marta jest pewna, że tym

Marta, główna bohaterka filmu, to urocza młoda kobieta, która cierpi na mukowiscydozę. Jej jedyną rodziną są najbliżsi przyjaciele, którzy zrobią wszystko, by była szczęśliwa. Jej pozytywne nastawienie w ciężkich chwilach potrafi zauroczyć. Ale czy zauroczy również przystojnego, bogatego i świetnie wykształconego mężczyznę?

YouTube: kanał Make Your Life Greener

Anna Skorupska, założycielka kanału Make Your Life Greener, to architekt krajobrazu. Projektuje i urządza ogrody, dzieląc się swoją wiedzą z licznymi subskrybentami. W swoich filmach pokazuje rośliny ogrodowe i domowe. Podpowiada, jak je odpowiednio pielęgnować, podlewać i odżywiać, aby były piękną ozdobą. Warto zajrzeć na ten kanał szczególnie jesienią, gdy za oknem ciemno i mokro. Obecność roślin wpływa pozytywnie na każdego, nawet jeżeli oglądamy je tylko na ekranie. ■

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

– W Niemczech dużo hałasu w ostatnich czasach narobiła sprawa pigułek Szwajcarskich i VIRCHOWA. Aptekarz Brandt z Schafhausen nadesłał VIRCHOWOWI pigułki czyszczące – pilulae Helvetiae których on w czasie swojej zeszlórocznej choroby używał. Dziękując Brandtowi, VIRCHOW listownie oświadczył iż pigułki jego z dobrym skutkiem zażywał, z powodu choroby swojej jednak nie mógł ich u innych chorych wypróbować. Aptekarz naturalnie pośpieszył z wydrukowaniem tego listu nie otrzymawszy wymaganego w takich razach upoważnienia od autora. Skutkiem tego posypały się anonimy, artykuły w pismach lekarskich i t. p. w których postępowanie VIRCHOW'A surowo krytykowano. VIRCHOW obrażony takim niewłaściwym postępowaniem wyjaśnia rzecz całą w liście pisanym do Redaktora pisma Berl. klin. W. i oświadcza iż wykreśla się z grona towarzystwa lekarzy niemieckich.

„Medycyna” 1883, XI, 471
excerpta selegit
Andrzej Kierzek



Dzięki szczepieniom przeciwko COVID-19 udało się w pewnym stopniu opanować epidemię i życie powoli wraca do normy. Możemy wreszcie, z pewnymi ograniczeniami, podróżować i to jest dla mnie, jak i na pewno wielu z Was, bardzo istotne. Wyruszyliśmy więc na rodzinną wyprawę do Szwajcarii. Głównym celem były funkcjonujące tam dwa polskie muzea.

Na początku 2019 roku w małym miasteczku Susch w Gryzonii na wschodzie Szwajcarii Grażyna Kulczyk, jedna z najbogatszych Polek, otworzyła Muzeum Sztuki Nowoczesnej. 3 lata wcześniej sprzedała za 290 mln euro poznańską galerię Stary Browar i chciała swoje bogate zbiory obejmujące ponad pół tysiąca dzieł ulokować w Warszawie. Nie doszła do porozumienia z władzami Warszawy, stworzyła więc swoje muzeum, pisane przez „z” dla podkreślenia polskiego pochodzenia, w dalekiej Szwajcarii. Wykorzystała do tego celu budynek starego klasztoru z roku 1157 i budynki starego browaru. Wysadzając skały poszerzono sale i wybudowano podziemne przejście pod drogą. Stworzono w ten sposób miejsce jedyne w swoim rodzaju z 25 nietypowymi salami wystawienniczymi. Projektowali je i wykonywali szwajcarscy budowniczowie, którzy wykorzystali atmosferę tego miejsca. Podłogi i szatnie wykonane zostały z drewna z pobliskich lasów. Powstała w ten sposób niezwykła, przemysłowa architektura wpisana w alpejski krajobraz i historyczne centrum miasteczka. Zdaniem fundatorki muzeum „wpisuje się w idee tzw. „slow art” kontemplowania sztuki z dala od galerii w zatłoczonych miastach, w spokoju wśród natury”. Stała ekspozycja obejmuje prace 11 polskich i zagranicznych artystów, a są wśród nich m.in.: Magdalena Abakanowicz, Zofia Kulik, Mirosław Bałka i Piotr Uklański. Ten ostatni pokazuje w Susch wystawę zdjęć zatytułowaną „Naziści”, która wzbudziła wiele kontrowersji przy jej ekspozycji w Warszawie. Daniel Olbrychski, który ukazany został na zdjęciu w mundurze esesmana, pociął je szablą. Dla mnie również kontrowersyjne jest przemieszczanie zdjęć prawdziwych hitlerowców z aktorami grającymi ich role. Być może gdyby zdjęcia opatrzone były odpowiednimi komentarzami, wymowa wystawy nie byłaby tak niejednoznaczna. Pozostałe wystawiane prace nie budziły już kontrowersji i fundatorka muzeum osiągnęła zamierzony cel kontemplowania sztuki w ciszy i spokoju. Moja wnuczka, która towarzyszyła nam w podróży, podeszła do wystawy entuzjastycznie, ja natomiast poczułem pewnego rodzaju rozczarowanie. Wzmocniła je

Zapiski emeryta



UFO

Ciemna noc, godzina duchów. Las. Nagle między drzewami przemykają dziesiątki małych światełek. Obrazek typowy „dla znanych z fizyki ruchów Browna”. A może to po prostu inwazja zielonych ludzików... Na pobliskiej autostradzie doszło do szeregu stłuczek, bo kierowcy starali się dostrzec, co to za zjawisko.

A co to, a co to tak świeci? To grzybiarze zaopatrzeni w latarki czołowe – „laryngologiczne” – szukali grzybów w holenderskim lesie. To wycieczka turystów z Polski owładnięta atawistycznym instynktem zbierania grzybów wymknęła się z ośrodka wypoczynkowego, aby zebrać dorodne okazy prawdziwków. Potem w ośrodku portier wezwał pogotowie elektryczne, ponieważ w każdym pokoju znacznie wzrosło zużycie prądu – myślał biedak, że to jakaś awaria, a to nasza wycieczka suszyła zebrane okazy...

W Holandii nie wolno zbierać grzybów, bo leczenie zatruc jest bardzo kosztowne. Często nieskuteczne. W mojej praktyce spotkałem się niestety z licznymi przypadkami tragedii – w jednej wsi dziadkowe zebrali niewiele okazów, więc starczyło tylko dla wnuków – niestety były to same sromotniki. Od tego czasu jem tylko pieczarki, no chyba że trafią się trufle wyniuchane przez tresowane świnki...

dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

wizyta w pięknie usytuowanym miasteczku Davos, gdzie ze względu na rehabilitację pacjentów pocovidowych nie mogliśmy wypić nawet kawy pod słynnym hotelem dla najbogatszych ludzi świata.

Dużo radości przyniosło nam natomiast drugie polskie muzeum znajdujące się w Rapperswil. Miasto położone nad Jeziorem Zuryjskim zajmuje na mapie polskich peregrynacji w Szwajcarii miejsce szczególne. Radcy miejscy Rapperswilu nie przeczuwali konsekwencji, jakie wywołała decyzja wydania zgody na ustawienie przez Polaków w roku 1868 Kolumny Barskiej zwanej przez Szwajcarów Polską Kolumną Wolności. Dwa lata później radcy oddali w dzierżawę na 99 lat Władysławowi hr. Platerowi zniszczony zamek. W odnowionym zamku znalazło swoją siedzibę Muzeum Narodowe Polskie. Rapperswil stał się dla Polaków synonimem wolnej Polski, celem pielgrzymek i dumą narodową. Muzeum jest przykładem koegzystencji dwóch kultur, a wspólnym mianownikiem powstałej zażyłości jest napis na Kolumnie Barskiej „MAGNA RES LIBERTAS”.

Po pierwszej wojnie światowej większość zbiorów muzealnych wróciła do Polski. Wraz z nimi także serce Tadeusza Kościuszki, które w wojskowej asyście trafiło do Kaplicy Zamku Królewskiego w Warszawie i znajduje się tam do dziś. Zbiory pozostałe w Muzeum przedstawiają słynnych Polaków zamieszkujących Szwajcarię. Wśród nich m.in. Norberta Patka, oficera powstania listopadowego, który założył w Genewie znaną do dziś na całym świecie firmę produkującą zegarki Patek-Philippe. Inną postacią prezentowaną w zbiorach jest Ignacy Paderewski, kompozytor i pianista, premier pierwszego niepodległego rządu polskiego po I wojnie światowej. Był on honorowym obywatelem miast Morges, Fribourg i Vevey. W muzeum zwracają uwagę pochodzące z darowizn zbiory malarstwa polskiego ostatnich 150 lat (Wyczółkowski, Malczewski, Bóźnańska, Chelmoński, Fałat, Kossak i inni). Zaintrygowała mnie też czarna suknia i biżuteria żałobna wykonana z żelaza i noszona przez kobiety po powstaniu styczniowym jako wyraz solidarności narodowej. Muzeum stanowi część Polski w odległej Szwajcarii. Smutne niestety jest to, że najprawdopodobniej była to wizyta pożegnalna, gdyż do końca roku zbiory muszą zostać przeniesione w inne miejsce, co na pewno spowoduje utratę ich znaczenia i patriotycznej wymowy. Wielka szkoda.

Zapraszam Was do szukania śladów polskości podczas tego rocznych zagranicznych wojaży.

Wasz Bywalec

CZAS NA RELAKS

Litery z pól oznaczonych cyframi/liczbami od 1 do 10 utworzą rozwiązanie (hasło medyczne). Hasło prosimy przesłać na adres pocztowy lub e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl **do 18 października 2021 r.** z dopiskiem na kopercie lub w temacie wiadomości elektronicznej „Krzyżówka – nr 10/2021”.

Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy trzy nagrody książkowe (prosimy o podanie adresu do wysyłki). Nazwiska nagrodzonych zostaną opublikowane w nr 11/2021 „Medium”. Życzymy udanej zabawy!

BRAK LUB NIEDOBÓR BARWNIKA W SKÓRZE; WŁOSACH I TĘCZOWCE OKA; ALBINIZM	PRZEDPORCIE		WYCHOWANEK SZKOŁY WOJSKOWEJ IMIĘ, PIOSENKARKI LERSKIEJ	POJEMNIK NA ŚMIECI		NIKIEDY MA SZALE OBNIŻKA CENOWA	„WESELE” STANISŁAWA WYSPIAŃSKIEGO	ANNA, Z POWIEŚCI LWA TOŁSTOJA		PRZYŁADEK W PORTUGALII		ARKADIUSZ, POLSKI PIŁKARZ, NAPASTNIK		REKWIZYT KELNERA WCZESNA PORA DNIA
ZWOLNIONA CZYNNOŚĆ SERCA; RZAD-KOSKURCZ										IMIĘ AKTORA SHARIFA				
		3		POSZEDŁ W LAS SZCZĘKAŁA W PUSTYNI I W PUSZCZY				NA NODZE DZIKA						
UBÓSTWO				USTRÓJ W DAWNEJ ROSJI	5			RANKING SZACHOWY		IMIĘ AKTORA ANDERSZA				
RAJ						NA KOŃCU MODLITWY OSZUST W GRZE					RYBA Z WĄSAMI	MAJATEK PRZEDSIĘBIORSTWA	9	
TRÓJKĄTNY ŻAGIEL														
PŁYNNĄ PRZYPRAWA DO POTRAW	MUZA POEZJI MIŁOSNEJ	PTAK Z WIELKIM DZIOMBEM	ODTWARZAŁ ROLĘ IGORĄ SZAJBINSKIEGO W SERIALU „FAŁA ZBRODNI”	1	ODTWARZAŁ ROLĘ EWY BRACKIEJ W FILMIE „BEZ MIŁOŚCI”			2						BÓG EGIPSKI, SYMBOL NIEWIDZIALNEJ SIŁY TWORCZEJ
						DŹWIĘK TRUNEK MARYNARZY				KWIATEK DLA EWY	KLUB SPORTOWY W SALONIKACH			
ŚREDNIOWIECZNY POETA I SPIEWAK	8					SĄSIAD SZWEDA	DZIAŁO KOLOROWA PAPUGA						6	
WOLNA POSADA					CZEŚĆ KARABINU I CZOŁUGU				ZBOŻE GOTOWE DO ZŻĘCIA	ZGODNOŚĆ BRZMIENIA KOŃCÓWEK WYRAZÓW				
				WŁADCA ARABSKI							10			
PRZYRZĄD DO NAWIĄZANIA PRZEDZY	AZJATYCKIE ZWIERZĘ PODOBNE DO OSŁA				7	BOCZNA W KOŚCIELE				PRZEPŁYWA PRZECZ PRZEMYSŁ I SANOK				

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Rozwiązanie krzyżówki z „Medium” 9/2021: CIĄŻA EKTOPOWA

Z grona Czytelników, którzy nadesłali prawidłowe rozwiązania, wylosowane zostały:

1. **Monika Sokołowska z Wrocławia**, 2. **Karolina Sowuła z Wrocławia**, 3. **Sylvia Kościukiewicz z Wrocławia**.

Wylosowanym lekarzom-szaradziom gratulujemy!

Nagrodami są książki, które prześlemy pocztą.



BIURO DIL

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

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45

Dyrektor

mgr Maria Danuta Jarosz, tel. 71 798 80 90

Sekretariat

inż. Magdalena Smolis – specjalista,
tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51
mgr Barbara Maciążek – 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 Małgorzata Kubarycz-Hoszowska – specjalista,
tel. 71 798 80 56,

mgr Agata Sobarska – starszy specjalista, tel. 71 798 80 82,
Paulina Mostek – specjalista, tel. 71 798 80 57,
mgr Joanna Żak – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 60,

mgr inż. Dorota Flak – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 61,

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskie
Ewa Świerka – specjalista, tel. 71 798 80 71
wtorek, środa 8.00-14.00; czwartek 8.00-16.00

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskie
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, 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
inż. Grzegorz Olszanowski, tel. 71 798 80 85

Filie biura w delegaturach
Wrocław

wiceprezes DRL ds. Delegatury Wrocławskiej
Bożena Kaniak, czwartek, 16.00-17.00

Jelenia Góra
Przewodnicząca Delegatury Jeleniogórskiej
Barbara Polek, wtorek 10.00-11.30

Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze
ul. Ogińskiego 6, I piętro, pokój 233
tel./fax 75 753 55 54,

Krystyna Kolado – obsługa biura
poniedziałek, wtorek, piątek 10.00-14.00
środa, czwartek 11.00-15.00

e-mail: dil_jeleniagora@dilnet.wroc.pl
Wałbrzych

Przewodnicząca Delegatury Wałbrzyskiej
Dorota Radziszewska, wtorek 15.00-16.00
ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych

Beata Czołowska – specjalista, tel. 74 665 61 62
poniedziałek-czwartek 9.00-17.00, piątek 9.00-13.00

e-mail: dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl
Legnica

Przewodnicząca Delegatury Legnickiej
Ryszard Kępa, wtorek 15.00-16.00

pl. Słowiański 1, 59-220 Legnica, tel. 76 862 85 76
e-mail: dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Krystyna Krupa – specjalista
pon.-piątek, 8.00-15.00, wtorek 8.00-16.00

**Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich
i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej**

Danuta Bujwid – specjalista, tel. 71 344 68 28

OGŁOSZENIA DROBNE

ZATRUDNIĘ LEKARZA

◆ 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 110 zł/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 Głuchołazach im. św. Jana Pawła II zatrudni lekarzy na: Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy oraz Oddział Rehabilitacji Pulmonologicznej pulmonologa i internistę; na oddział Rehabilitacji Kardiologicznej kardiologa, internistę i lekarza rehabilitacji medycznej. Proponujemy bardzo dobre warunki pracy i płacy oraz możliwość mieszkania służbowego. Telefon: 77 40 80 155.

◆ Specjalistyczne Centrum Medyczne „DIAGNOSIS” w Dzierżoniowie poszukuje lekarzy ze specjalności: endokrynolog, onkolog, angiolog, laryngolog, ortopeda, kardiolog, psychiatra dziecięcy. Pacjenci tylko prywatni, komfortowe warunki pracy. Kontakt: lek. Adam Iwaszko, tel. 602 104 631, 606 995 170, www.klinikadiagnosis.pl

◆ NZOZ Przychodnia Rodzinna Józef Jarosz w Oławie zatrudni lekarza specjalistę medycyny rodzinnej na umowę o pracę. Istnieje możliwość kupna mieszkania własnościowego o powierzchni 77 m² obok przychodni. Zainteresowanych proszę o tel. 604 472 824 lub sms.

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

◆ Centrum Krwiodawstwa zatrudni lekarzy we Wrocławiu, Głowie, Legnicy i Lubinie. Jeśli cenisz bezpieczeństwo, miłą atmosferę i szukasz stałego miejsca pracy chwyć czerwoną nitkę i z nami ratuj zdrowie i życie. Dołącz do naszego zespołu. Potrzebujemy właśnie Ciebie. Szczegóły na www.rckik.wroclaw.pl, tel. 71 37 15 818.

◆ Przychodnia we Wrocławiu przy ulicy Strachocińskiej 84 poszukuje lekarza POZ/ specjalistę w dziedzinie: medycyny rodzinnej. Atrakcyjne warunki. Miła atmosfera. Forma zatrudnienia i godziny pracy do uzgodnienia. Zapraszamy do kontaktu tel. 697 514 440/71 346 64 34.

ZATRUDNIĘ LEKARZA DENTYSTĘ

◆ 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-mailowy: ktjaworski@gmail.com

◆ 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

◆ 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 wysłać na adres e-mail: stomatologia.swidnica@interia.pl

◆ Przychodnia stomatologiczna z Bielawy (60 km od Wrocławia) podejmie współpracę z lekarzem stomatologiem. Oferujemy dogodne godziny pracy, miłą atmosferę oraz bardzo dobre warunki placowe. Telefon: 695-325-925.

◆ Szukamy talentów stomatologii do kliniki w Świdnicy. Zapraszamy wszystkich lekarzy wykonujących zabiegi: stomatologii zachowawczej i estetycznej, stomatologii dziecięcej, periodontologii, protetyki oraz chętnych do doksztalcenia się w zakresie ortodoncji. Zainteresowanych prosimy o kontakt mailowy: nclinic@nclinic.pl lub tel. 604 620 882.

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

◆ Prywatna klinika stomatologiczna w Oławie poszukuje do współpracy lekarza specjalizującego się w endodoncji i protezycie. Oferujemy pracę w zgranym zespole, w pełni wyposażonej klinice oraz dobre warunki finansowe. Zainteresowanych proszę o kontakt telefoniczny: 600 285 068 lub e-mailowy biuro@easydent.pl

INNE

◆ Sprzedam używany sprzęt medyczny: Aparat AK-1v.3 Krio-Metrum 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 wysyłę po kontakcie. E-mail: chaburaendo@gmail.com, tel. 601 670 802.

◆ Sprzedam kompletne wyposażenie gabinetu stomatologicznego. Pełna informacja na stronie: dentysta.eu, olx, pod hasłem – sprzedam kompletne wyposażenie gabinetu stomatologicznego. Kontakt: 604 198 361, e-mail: wmatkowska@gmail.com

◆ Sprzedam praktykę lekarza POZ (2250 pacjentów). Południowa Wielkopolska. 95 km od Wrocławia, tel. 606 451 399.

◆ Wynajmę gabinety stomatologiczne, wyposażone (RVG, sterylizatornia, pokój socjalny i gospodarczy), na własną działalność. Gabinet spełnia wymogi dla podmiotu leczniczego (NZOZ). Kontakt telefoniczny: 605 108 193 po godz. 19.00. lub do południa do 12.00.

◆ Grupa kapitałowa kupi POZ w Polsce, w szczególności w województwach dolnośląskim, śląskim oraz świętokrzyskim lub w ich bliskiej odległości. Tel: 510 012 102 oraz 510 011 545

◆ Odstąpię wynajmowany wyposażony lokal, przystosowany do prowadzenia gabinetu stomatologicznego. Informację pod numerem: 517 288 644.



Poszukujemy kandydatów na stanowisko:

• LEKARZA ORZECZNIKA ZAKŁADU
w Oddziale ZUS w Legnicy

Wymagania:

• lekarz medycyny z tytułem specjalisty,
• minimum 4 lata czynnego wykonywania zawodu lekarza.

Oferujemy:

• możliwość zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy,
• możliwość ustalenia indywidualnego rozkładu czasu pracy,
• możliwość indywidualnego uzgodnienia terminu rozpoczęcia zatrudnienia,
• możliwość rozwoju zawodowego (udział w szkoleniach, seminariach, dodatkowy

urlop szkoleniowy, punkty edukacyjne za udział w szkoleniach organizowanych przez ZUS),

• zatrudnienie na podstawie umowy o pracę,
• świadczenia z Zakładu Funduszu Świadczeń Socjalnych, w tym dopłatę do wypoczynku i zajęć sportowych,
• atrakcyjne pakiety ubezpieczeń, zdrowotnych oraz na życie,
• system premiowy.

Termin składania aplikacji: do 2 listopada 2021 r.

**Szczegóły oferty na stronie www.zus.pl
– Lekarze – Praca dla lekarzy – Praca dla
lekarzy orzeczników.**

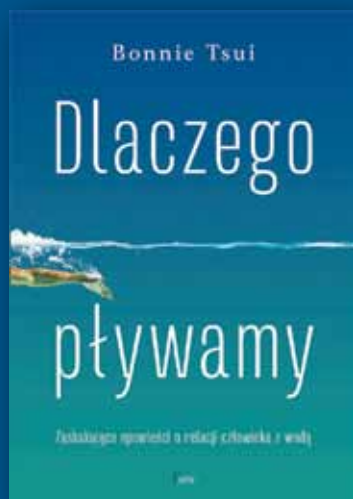
KONTAKT:

Damian Janusz,
Wydział Kadrowo-Płacowy O/ZUS Legnica
tel. 76 876 42 34

Feeria
WYDAWNICTWO

bestseller

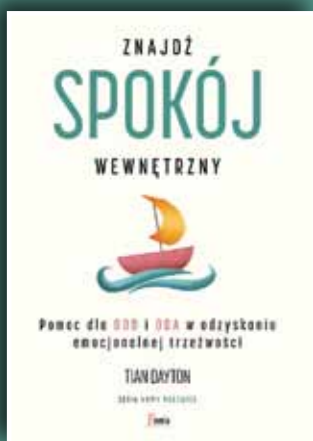
Bestseller „Los Angeles Times” i „Boston Globe”, a także książka, którą według „New York Timesa” po prostu trzeba znać.



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

Od września 2021 r. inż. Maciej Koziejko udziela porad wyłącznie
drogą elektroniczną,
e-mail: iodo@dilnet.wroc.pl

Przynależność do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej jest warunkiem
skorzystania z porady. Podczas kontaktu prosimy o podanie numeru PWZ.

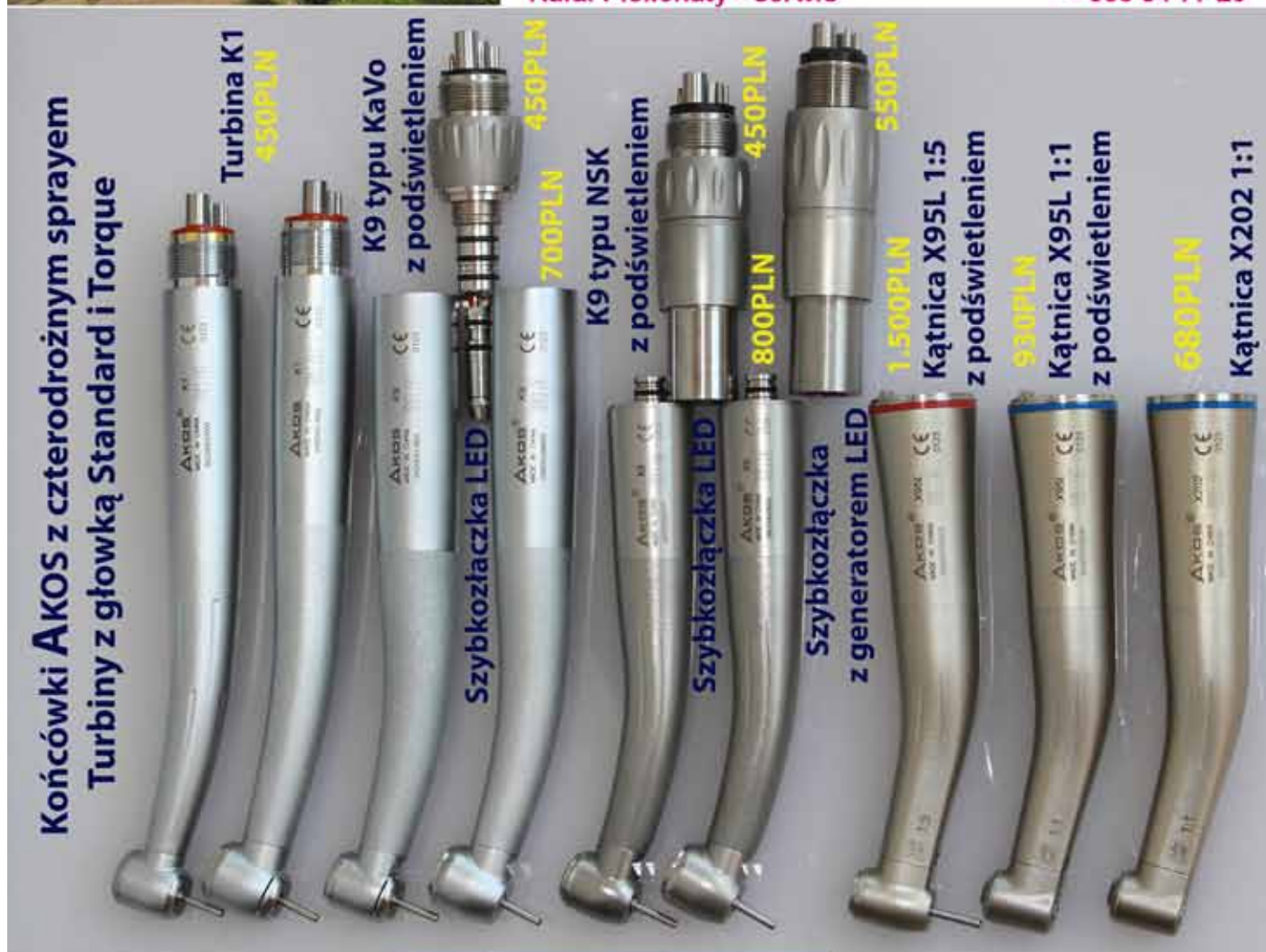
**Sprzedam kompletne urządzenie gabinetu
ginekologicznego:
USG, fotel, lampy itd. plus narzędzia. Cena
do negocjacji.
Wrocław,
tel. 887 420 840.**

**Zakład Karny nr 2 we Wrocławiu poszukuje
LEKARZA MEDYCyny OGÓlNEJ
– konsultacje osób pozbawionych wolności
w ramach umowy zlecenia. Kontakt
telefoniczny: 71 391 74 05, 71 391 74 68.**

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



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