

Najlepsze życzenia świąteczne i noworoczne
Tym, którzy nas czytają i czytać będą
składa zespół redakcyjny



BIULETYN

DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WROCLAW

GRUDZIEŃ '90

Nr 8

Nowe władze Akademii Medycznej

17 listopada 1990 r. w sali Collegium Anatomicum Akademii Medycznej odbyły się wybory rektora. Dokonało tego 100 osobowe Kolegium Elektorów wybrane uprzednio przez wszystkie grupy społeczności akademickiej. Nowym rektorem naszej dolnośląskiej uczelni medycznej został cieszący się dużym szacunkiem prof. dr ZBIGNIEW KNAPIK, kierownik Katedry i Kliniki Gastroenterologii.

W krótkim przemówieniu nowy rektor przyrzekł sprawować urząd w duchu sprawiedliwości i krzewienia prawdy. Wspomnił także o nowych zadaniach uczelni wynikających z reformy służby zdrowia.

Stwierdził, że nie wyobraża sobie kierowania Akademią Medyczną bez ścisłego współdziałania z Izbą Lekarską.

Pozostali członkowie władz uczelni to: prorektorzy — do spraw klinicznych — prof. dr TADEUSZ HEIMRATH, d/s nauki — doc. dr HANNA NIŻANKOWSKA, d/s studenckich — doc. dr WALENTYNA MAZUREK.

Dziekanem został doc. dr JAN KORNAFEL, natomiast prodziekanem d/s studiów — doc. dr TERESA BANAS, d/s nauki — doc. dr RENATA JANKOWSKA, d/s stomatologii — doc. dr TERESA KACZMAREK, d/s socjalnych — doc. dr HELENA KUSTRZYCKA.



Członkowie Kolegium Elektorów składają życzenia nowo wybranemu rektorowi.

Fot.: Paweł Golusiak



Cytaty:

„Zasada 44: Obowiązkiem lekarza jest dążyć do podniesienia znaczenia moralnego i materialnego Izb Lekarskich i odnosić się do nich z należytych szacunkiem”.

Prawo i Medycyna.
B. Popielski

III Zjazd Delegatów DIL

20 października 1990 r. odbył się we Wrocławiu, w salach DIL, III Zjazd Delegatów Samorządu Lekarskiego. Zaproszonymi gośćmi byli: wiceminister PIOTR MIERZEWSKI, wojewodowie regionu Dolnego Śląska, rektor Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz główni lekarze wojewódzcy Jeleniej Góry, Legnicy, Wałbrzycha i Wrocławia.

Najważniejszymi celami zjazdu było zatwierdzenie preliminarza budżetowego na rok 1990, sprawozdanie finansowe o dotychczasowej działalności, informacja o aktualnym stanie prac nad reformą służby zdrowia oraz ustalenia dotyczące szkolenia podyplomowego z uwzględnieniem staży podyplomowych.

Sprawy finansowe przedstawił skarbnik DIL dr Ryszard Łopuch i przewodnicząca komisji finansowej dr Janina Kasprzak-Wójtowicz.

W dyskusji wyrażono pewne zastrzeżenia co do wydatków, ale po wyjaśnieniach kolegów preliminarz finansowy DIL został przyjęty przez zjazd prawie jednogłośnie drogą głosowania.

Przypuszczam, że wniesione w dyskusji uwagi, odnośnie wydatkowania pieniędzy, pozostaną przez kolegów reprezentujących koła Terenowej Izby, jak i poszczególnych przewodniczących, przeanalizowane i uwzględnione w dalszej pracy.

Dotychczasowe prace nad reformą miałem przyjemność zreferować osobiście. Opierałem się na materiałach takich jak: projekt Narodowego Programu Zdrowia, analiza i wnioski Misji Banku Światowego dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce, raport IV Departamentu Krajowego Populacji i Zasobów Ludzkich Banku Światowego na region Europy oraz projekt ministra zdrowia i opieki społecznej pt. „Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej” (z października).

Przedstawiłem również ustalenia i rekomendacje w sprawie zasad gospodarki finansowej, w resorcie zdrowia i opieki społecznej w 1991 r., zawarte w wyniku konsultacji przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z przedstawicielami Ministerstwa Finansów.

W referacie omówiłem główne kierunki i przewidywane efekty ochrony zdrowia, w których zasadniczymi celami proponowanych rozwiązań jest poprawa jakości usług medycznych i efektywności systemu opieki zdrowotnej oraz poprawa medycznie uzasadnionej dostępności

świadczeń. Służyć temu będą: decentralizacja zarządzania i odpowiedzialności finansowej, zróżnicowanie i swoboda kształtowania struktur organizacyjnych opieki zdrowotnej dostosowanych do miejscowych potrzeb, umożliwienie wpływu na funkcjonowanie placówek społecznościom lokalnym i pracownikom medycznym, obiektywizacja rozdziału środków między jednostki terytorialne, wzrost efektywności dzięki wprowadzeniu rachunku kosztów i uwzględnieniu technik ekonomicznych w podejmowaniu decyzji, wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej jako podstawowego ogniwa systemu, powiązanie wynagrodzeń pracowników z ilością, jakością i rodzajem świadczonych usług, utworzenie systemu oceny jakości i efektywności procedur medycznych, racjonalizacja nieuzasadnionego względami medycznymi popytu na usługi opieki zdrowotnej i leki, wprowadzenie dodatkowych źródeł finansowania umożliwiających odejście od wyłącznie budżetowego zasilania systemu, stworzenie systemu sprawozdawczości i dokumentacji łączących dane ekonomiczne (koszty) z efektami zdrowotnymi (korzyści), kształcenie nowych kadr dla systemu ochrony zdrowia.

Nowy system zapewni korzyści zarówno pacjentom, personelowi służby zdrowia, jak i państwu. Pacjentom — zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego dzięki lepszemu dostępowi do określonego zakresu usług i kontrolowanej jakości, swobodę wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i wpływ na jego ocenę, określenie uprawnień i ich ochronę oraz wybór typu ubezpieczenia.

Pracownikom opieki zdrowotnej system ten umożliwi zwiększoną niezależność zawodową, równouprawnienie zatrudnienia w placówkach o różnych formach własności, wynagrodzenie odzwierciedlające wysiłek włożony w pracę, stopień odpowiedzialności, stopień skomplikowania pracy oraz wiedzę zawodową.

Z kolei państwu nowy system zapewni wypełnienie roli gwaranta bezpieczeństwa zdrowotnego, moż-

liwość kontrolowania wydatków na opiekę zdrowotną, większą stabilność środków na finansowanie systemu opieki zdrowotnej przez zróżnicowanie źródeł finansowania.

Praktyczne zastosowanie powyższych koncepcji jest procesem, który musi być rozłożony w czasie. Dlatego też proponuje się, by od 1991 roku wprowadzić w systemie finansowo-ekonomicznym służby zdrowia szereg zmian, które stanowić będą etap zasadniczej reformy opieki zdrowotnej. Proponuje się następujące zmiany:

1. Przekształcenie placówek opieki zdrowotnej (finansowanych dotychczas w formie jednostek budżetowych) w zakłady budżetowe. Funkcjonowałyby one na zasadach przewidzianych prawem budżetowym dla zakładów budżetowych. Finansowane byłyby z budżetów urzędów wojewódzkich poprzez umowy zawierane pomiędzy wojewodą a kierownikiem zakładu.

2. Przyjęto rekomendację przemianowania (funkcjonującego obecnie w formie jednostki budżetowej) transportu sanitarnego na zakłady budżetowe. Dla zakładów naprawczych sprzętu medycznego przyjęto rekomendację ewentualnego przekształcenia form własnościowych tych zakładów.

Rozpatrywano problem prywatyzacji zakładów i dziedzin służby zdrowia, który w roku 1991 może dotyczyć między innymi pralni, kuchni itp.

Jednym z możliwych do rozwiązania problemów jest wprowadzenie, bądź zmiany, zasad odpłatności w służbie zdrowia, które powinny obejmować następujące zagadnienia: leki wydawane z aptek otwartych, usługi sanatoryjne, nieuzasadnione przewozy pogotowia ratunkowego, świadczone osobom znajdującym się pod wpływem alkoholu i inne.

Przedstawiony zrab reformy służby zdrowia skomentował następnie wiceminister zdrowia i opieki społecznej — Piotr Mierzewski.

W wypowiedzi swej zwrócił uwagę na olbrzymie trudności w przygotowaniu kompleksowej reformy. Perspektywę czasu jej wprowadzenia ocenił na kilka lat.

W wystąpieniu swym w sposób ciekawy i interesujący naświetlił uwarunkowania ekonomiczne oraz polityczne reformy. Główne kierunki i uwarunkowania polityczne zostały zaakcentowane, przyjęte przez KERM i — jak stwierdził — przygotowuje pewne szczegółowe elementy reformy na posiedzenie Rady Ministrów.

Uwarunkowania międzynarodowe ocenili przedstawiciele Banku Światowego tak w ocenie stanu zdrowia, jak i założeń oraz możliwości reformy w Polsce. Minister podkreślił duży wkład pracy ekspertów WHO, Banku Światowego i ministerstwa w dotychczasowym przygotowaniu reformy. Bank Światowy udzielił nam konkretnego wsparcia finansowego na wprowadzenie reformy.

Ważnym stwierdzeniem był fakt, że podpisanie umów dotyczy będzie zobowiązań rządu Rzeczypospolitej Polskiej w stosunku do Banku Światowego, co staje się gwarantem reformy.

Następnie minister odpowiadał na pytania kolegów, którzy wyrażali niepokój spowodowany długim czasem wprowadzania reformy oraz zbyt skąpym informowaniem środowiska o poczynaniach resortu. Pytania dotyczyły też spraw najbardziej nurtujących środowisko takich jak: podatek od wynagrodzeń, czas trwania i wynagrodzenie za dyżury lekarskie. Mówiono o nieprawidłowościach funkcjonowania niektórych placówek służby zdrowia, o wymianie i kadencji kadry kierowniczej, o współpracy z nowo powstałym samorządem terytorialnym.

Po przerwie przewodnicząca komisji kształcenia medycznego DIL docent Zofia Krzysztoń przedstawiła problem staży podyplomowych, który według ustaleń winien obejmować choroby wewnętrzne w wymiarze 16 tygodni, pediatrii — 10 tygodni, chirurgii — 7 tygodni, ginekologii i położnictwa — 7 tygodni, intensywnej terapii — 8 tygodni. Doc. Krzysztoń przedstawiła dotychczasowe prace komisji dotyczące egzaminów specjalizacyjnych oraz praktyk prywatnych.

W wyniku dyskusji delegatów złożono wiele wniosków i projek-

Dokończenie na str. 3



Nobel 90 w medycynie

I znowu zwyciężyli Amerykanie. Tegoroczną nagrodę Nobla w medycynie podzielili między sobą 71-letni chirurg JOSEPH S. MURRAY i 70-letni hematolog-immunolog DONALL THOMAS. Jest to odpowiednio 68 i 69 triumf Amerykanów od czasu, kiedy po raz pierwszy w 1901 r. przyznano medyczną nagrodę Nobla.

Wydawać by się więc mogło, że wszystko przebiegło zgodnie z tradycją, a jednak wybór oceniono jako bezprecedensowy. Noblem uhonorowano bowiem nie badaczy nauk podstawowych, lecz klinicystów, którzy w znacznym stopniu przyczynili się do dzisiejszego rozwoju transplantologii. Obaj wywodzą się z tego samego słynnego Peter Bent Brigham Hospital w Bostonie, w którym Murray pracuje do chwili obecnej, natomiast Thomas przeniósł się do Fred Hutchinson Cancer Research Center w Seattle, będąc jego dyrektorem do przejścia w ubiegłym roku na emeryturę. Prof. Murray należy do grona pionierów transplantacji nerek. Wchodził w skład zespołu słynnego harwardzkiego nefrologa Johna P. Merrilla, który w 1954 r. dokonał pierwszego zakończonego sukcesem przeszczepienia nerki choremu na schyłkową niewydolność. Nerkę pobrano od jednojajowego bliźniaka. Chory przeżył z nią 9 lat. Inna z pierwszych pacjentek w tym pionierskim okresie, Edith Helm z Oklahomy, żyła z przeszczepioną od jednojajowej bliźniaczki nerką 24 lata i urodziła dwoje zdrowych dzieci. W tamtych czasach była to prawdziwa rewolucja w medycynie, aczkolwiek obejmująca tylko niewielką grupę chorych, których los obdarzył

jednojąowym bliźniakiem. Zainspirowała wszakże dalsze badania nad sposobami pokonania immunologicznej bariery dzielącej niespokrewnionych osobników, a także nad uzyskiwaniem nerek ze zwłok. Na obu polach bardzo aktywny był tegoroczny noblista dr Murray, doskonając zarówno technikę operacyjną jak i eksperymentując z lekami tłumiącymi procesy odrzucania. Można więc uznać go bez przesady za jednego z ojców współczesnych sukcesów leczenia schyłkowej niewydolności przeszczepem nerki. Od owych pionierskich lat 50 wykonano do chwili obecnej ponad 225 000 zabiegów przeszczepienia nerki. Rocznie przeszczepia się w Europie ponad 10.000 nerek, a w USA ponad 7000. Jest to już całkowicie rutynowa metoda leczenia schyłkowej niewydolności nerek przynosząca doskonale efekty kliniczne.

Pięcioletnie przeżycie chorych, którym przeszczepiono nerkę ze zwłok od niespokrewnionych dawców, wynosi obecnie 84%, w tym ponad 80% biorców przeżywa rok z funkcjonującą nerką, a u blisko 70% pobranych ze zwłok przeszczep pracuje dobrze również po pięciu latach. Jeszcze lepsze wyniki uzyskuje się pobierając nerkę od żywych dawców, na ogół osób spokrewnionych z biorcą. Pięć lat przeżywa wów-

czas około 97% chorych poddanych zabiegowi, w tym 86% z prawidłowo funkcjonującą przeszczepioną nerką. Na ten postęp złożyły się dokonania wielu badaczy, umożliwiające uzyskanie lepszego doboru niespokrewnionego dawcy pod względem antygenów zgodności tkankowej oraz pozwalające na wprowadzenie do kliniki nowych programów poprzyszczepowej immunosupresji z zastosowaniem cyklosporyny A, surowiec antylimfocytarnych i monoklonalnych przeciwciał skierowanych wobec rozpoznającego antygen receptora na limfocytach T. Podwaliny postępu stworzyła jednak niewątpliwie śmiałość pionierów z lat 50, takich jak dr Murray.

Drugi z laureatów prof. Donall Thomas zajął się inną dziedziną transplantologii, przeszczepianiem szpiku. Jest on twórcą powszechnie dziś stosowanej metody przeszczepiania szpiku. Jako pierwszy w świecie pomyślnie przeszczepił, pobrany od jednojajowego bliźniaka, syngeniczny szpik człowiekowi. W dzisiejszych czasach przeszczep szpiku stały się najskuteczniejszą metodą leczenia genetycznych niedoborów immunologicznych, ciężkich postaci anemii aplastycznej, ostrych białaczek oraz przewlekłej białaczki szpikowej. Zasadą jest pobieranie szpiku do przeszczepienia od rodzeństwa zgodnego z biorcą pod względem antygenów zgodności tkankowej. Badania prowadzone w USA pod kierunkiem tegorocznego laureata dr Thomasa wykazały, że możliwe jest również przeszczepienie szpiku od niespokrewnionego dawcy pod warunkiem, iż jego antygeny zgodności

tkankowej różnią się z biorcą jedynie w zakresie jednego locusa. Szpik do przeszczepu uzyskuje się poprzez wielokrotne nakłucia grzebienia biodrowego dawcy w znieczuleniu ogólnym bądź rdzeniowym. Od dorosłych dawców pobiera się podczas zabiegu od 500—800 ml mieszaniny krwi i komórek szpikowych. Do mieszaniny tej dodaje się heparynę i podłoże hodowlane, a następnie przepuszcza przez odpowiedni filtr i podaje biorcy w dożylnym wlewie kroplowym. Przeszczepianie szpiku stwarza bardziej złożone problemy niż przeszczep nerki.

W przypadku odrzucenia przeszczepu nerki pacjent wraca do wcześniej stosowanej formy leczenia zastępującego czynność nerek, tj. do programu dializ. Takiej możliwości nie ma przy przeszczepie szpiku. Dodatkowo istnieje jeszcze niebezpieczeństwo, że wprowadzenie przeszczep szpiku przyjmie się w organizmie biorcy, lecz wywołując się z niego komórki układu immunologicznego rozpoznają organizm biorcy jako obcy i rozpoczną proces jego niszczenia. Taka agresja przeszczepu wobec gospodarza może stanowić śmiertelne zagrożenie dla biorcy. Mimo tych komplikacji i pułapek efekty kliniczne przeszczepiania szpiku są już w chwili obecnej satysfakcjonujące.

Dla przykładu w niedokrwistości aplastycznej wykonując przeszczep wcześniej, zanim zajdzie konieczność przetoczeń krwi, uzyskuje się długotrwałe przeżycie u 80% chorych. W sytuacji późniejszego

Dokończenie ze str. 4

III Zjazd Delegatów DIL

Dokończenie ze str. 2

tów uchwał, które — mam nadzieję — zostaną przedstawione w kolejnych biuletynach.

Przekonany jestem, że zjazd spełnił swoją rolę. Niestety nie udało się uniknąć niedociągnięć organizacyjnych. Organizatorzy zjazdu nie spełnili wszystkich zobowiązań wynikających z treści pierwszego komunikatu; uczestnicy nie otrzymali kompletu materiałów przed zjazdem i choć wynikało to z przyczyn technicznych, należało uczestników serdecznie za to przeprosić.

Otrzymane materiały w dniu zjazdu stanowić będą materiał do pracy w kołach.

Nieladnym gestem było wprowadzenie przez niektórych uczestników zjazdu osób nie będących oficjalnymi gośćmi i nie mających ze środowiskiem nic wspólnego.

Atmosfera zjazdu była okresami bardzo gorąca, co świadczyło moim zdaniem o dużym zaangażowaniu i oczekiwaniach jej uczestników.

Żałować należy, że nie przyjęliśmy uchwał z powodu braku quorum pod koniec spotkania.

Mam nadzieję, że zjazd przyczyni się do dalszej integracji środowiska, a wypracowane ustalenia ugruntuują nasz samorząd.

Andrzej Pawlak



Fiskus pilnuje

Odpowiadając na pismo z 5 listopada 1990 r. L.dz. 337/OIL/90, Izba Skarbowa w Warszawie uprzejmie wyjaśnia, iż na podstawie art. 1 ustawy z 28 lipca 1983 r. o podatku wyrównawczym (Dz.U. Nr 42, poz. 188) poddane zostały opodatkowaniu podatkiem wyrównawczym wszelkiego rodzaju dochody pieniężne i wartość pieniężna świadczeń w naturze — z wyjątkiem świadczeń socjalnych o charakterze jednorazowym — osiągnięte przez osoby fizyczne mieszkające na obszarze Polski. Zwolnienia od podatku zawarte są w art. 2 ustawy o podatku wyrównawczym oraz w § 2 i 3 rozporządzenia ministra finansów z dnia 27 grudnia 1989 r. w sprawie wykonania niektórych przepisów ustawy o podatku wyrównawczym (Dz.U. Nr 72, poz. 430).

Na podstawie § 3 ust. 2 pkt 3 w/w rozporządzenia zwolnione są od podatku wyrównawczego składki na rzecz organizacji gospodarczych i społeczno-zawodowych, do których przynależność podatnika jest obowiązkowa. Jeżeli zatem przynależność lekarzy do izby lekarskiej jest obligatoryjna, składki na rzecz tej organizacji będą podlegały wyłącznie z podstawy opodatkowania podatkiem wyrównawczym. Natomiast przynależność do towarzystw naukowych, wydatki na opłacanie składek, zakup czasopism itd, nie powodują ulg w podatku wyrównawczym. Ponadto Izba Skarbowa wyjaśnia, iż zgodnie z art. 7 ust. 2

pkt 1 i 2 ustawy z 28 lipca 1983 r. o podatku wyrównawczym (Dz.U. Nr 42, poz. 188) **podatnikom** podatku wyrównawczego przysługują ulgi polegające na odliczeniu od dochodów wydatków poniesionych na budowę lub remont domu jednorodzinnego oraz wkład budowlany lub mieszkaniowy do spółdzielni, z wyjątkiem wkładu wynikającego z zamiany spółdzielczego lokatorskiego prawa do lokalu na spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu. Ponadto minister finansów zarządzeniem z 27 września 1989 r. w sprawie częściowego zaniechania ustalania poboru podatku wyrównawczego (Mon. Pol. Nr 37, poz. 292) w latach 1989—1990 przyznał ulgę polegającą na odliczeniu z podstawy opodatkowania podatkiem wyrównawczym kwot wydatkowanych przez podatników na remont zajmowanych przez nich lokali mieszkalnych, a także adaptację pomieszczeń na cele mieszkaniowe, jeżeli wydatki na te cele wyniosły w roku podatkowym co najmniej 100 000 zł. Ogólna kwota odliczeń z tego tytułu nie może przekraczać 48 000 000 w okresie obowiązywania ustawy — § 7 ust. 1 rozporządzenia ministra finansów z 27 grudnia 1989 r. w sprawie wykonania niektórych przepisów ustawy o podatku wyrównawczym (Dz.U. Nr 72, poz. 430). Odliczenie wydatkowanych kwot na powyższe cele dokonywane jest na podstawie oryginalnych dowodów (rachunków) zakupu materiałów lub zapłaty za robociznę obcą.

Nobel 90 w medycynie

Dokończenie ze str. 3

zabiegu u osób uczulonych poprzedzającymi transfuzjami odsetek wieloletnich pomyślnych przeszczepów mieści się między 50—75%. Około 60% powodzenia przyniosły przeszczepy szpiku wykonane w okresie pierwszej remisji u chorych na ostrą białaczkę nielimfoblastyczną.

W pełni słuszne jest więc stwierdzenie prof. Gosta Gahrtona, członka Komitetu Nagród Nobla, że znaczenie badań Murraya i Thomasa mierzy się dzisiaj setkami tysięcy uratowanych istnień ludzkich.

W Polsce przeszczepami szpiku zajmują się w Warszawie zespoły kierowane przez profesorów **Wiktora**

ra Jędrzejczaka i Kazimierza Sulka, działa także ośrodek w Poznaniu. We Wrocławiu dużą aktywność rozwinięła grupa skupiona wokół prof. **Andrzeja Langego** w Instytucie Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN oraz w Oddziale Immunologii Klinicznej Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc. Zespół wrocławski podjął m.in. przeszczepy szpiku autologicznego. Bardzo obiecujące wyniki uzyskano u chorych z drobnokomórkowym rakiem płuc. Pobranie i zamrożenie szpiku umożliwiło agresywną, skuteczną chemioterapię procesu nowotworowego, po której rekonstruowano szpik, podając przechowane komórki.

opracował **Marian Klinger**

Badania operacyjne w służbie zdrowia

27 lipca br. w sali konferencyjnej Hotelu Politechniki Wrocławskiej przy ul. Wita Stwosza 22/23 odbyło się seminarium na temat: „Zastosowanie badań operacyjnych w polskiej służbie zdrowia”.

Seminarium organizowane było w ramach 16 Międzynarodowej Konferencji Naukowej Europejskiej Grupy Roboczej EURO: „Operational Research Applied to Health Services” oraz I Krajowej Konferencji Naukowej na temat: „Zastosowanie Badań Operacyjnych w Systemach Ochrony Zdrowia”.

W spotkaniu uczestniczyli m. innymi: **dr Piotr Mierzewski** — wiceminister zdrowia i opieki społecznej, **dr Kazimierz Sroczynski** — lekarz wojewódzki, **dr Władysław Sidorowicz** — przewodniczący Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, **prof. Mieczysław Ujec** — kierownik II Kliniki Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej, **doc. Wojciech Witkiewicz** — dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, **doc. Anna Krefft** z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia, **dr Paweł Kaciatkiewicz** — dyrektor Państwowego Szpitala Klinicznego nr 3.

W seminarium wzięła udział Europejska Grupa Robocza EURO, której przewodniczył **dr Marten Lagergren** z Ministerstwa Spraw Społecznych w Sztokholmie. Wśród gości zagranicznych byli organizatorzy służby zdrowia z Wielkiej Brytanii, Irlandii, Holandii, Danii, Szwecji, Finlandii, Republiki Federalnej Niemiec, Włoch, Grecji i Czechosłowacji.

Celem seminarium była wymiana informacji na temat możliwości zastosowania metod badań operacyjnych w placówkach naszej służby zdrowia; ponadto, wykorzystanie tych badań w dydaktyce medycznej.

Spotkaniu przewodniczył **dr inż. Marek Lubicz** z Instytutu Organizacji i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Międzynarodowej Konferencji Naukowej Europejskiej Grupy Roboczej.

Dr Piotr Mierzewski zapoznał zebranych z podstawowymi problemami organizacyjnymi polskiej służby zdrowia w warunkach restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia. Wystąpienie wiceministra spotkało się z dużym zainteresowaniem gości zagranicznych. W dalszej części spotkania **dr Marten Lagergren** przedstawił zadania i metody pracy Europejskiej Grupy Roboczej, a także zastosowanie badań operacyjnych w

organizacji ochrony zdrowia. Uczestnicy seminarium mieli okazję zapoznania się z przykładami zastosowań metod badań operacyjnych w organizacji i zarządzaniu oraz modelami planowania w szpitalnictwie (**Tom Bowen** z Ministerstwa Zdrowia w Londynie, **Jan Vissers** z Uniwersytetu w Eindhoven).

Gość z Uniwersytetu w Leeds **dr David Clayden** mówił o technikach komputerowych dla potrzeb służby zdrowia oraz o kształceniu w zakresie badań operacyjnych. Goście, którzy przyjęli zaproszenie organizatorów mieli okazję do wymiany doświadczeń i nawiązania współpracy. W dyskusji najczęściej wiceminister zdrowia odpowiadał na pytania dotyczące restrukturyzacji systemu naszej służby zdrowia.

H. Wojnowska-Dawiskiba

*
*
*

W dniach 30 lipca — 3 sierpnia br. we Wrocławiu i Książu k/Wałbrzycha odbyła się I Krajowa Konferencja Naukowa na temat: „Zastosowanie badań operacyjnych w systemach ochrony zdrowia” organizowana równolegle z 16 Międzynarodową Konferencją Naukową Europejskiej Grupy Roboczej EURO: „Operational Research Applied to Health Services”.

Organizatorami tej konferencji byli: Instytut Organizacji i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej oraz Polskie Towarzystwo Lekarskie, Oddział Wrocław. Współorganizatorami natomiast: Instytut Medycyny Pracy w Łodzi oraz Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie.

Obrady odbywały się pod patronatem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w ramach obchodów 40-lecia naszej uczelni.

Otwarcie konferencji oraz pierwsza sesja plenarna odbyła się dnia 30 lipca br. w Auli Politechniki Wrocławskiej przy ul. Wybrzeże Wyspiańskiego 27. Sesji tej przewodniczył **prof. Zenon Szweczyk**, prorektor Akademii Medycznej oraz **dr inż. Marek Lubicz**, przewodniczą-

Dokończenie na str. 5

III Zjazd Delegatów DIL

Wystąpienie wiceministra zdrowia i opieki zdrowotnej

Piotra Mierzewskiego

na III Zjeździe Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Dokończenie ze str. 4

Niekorzystna sytuacja polityczna spowodowała zahamowanie prac nad reformą ochrony zdrowia. Idziemy w nieznanym kierunku, bowiem budowa systemu ochrony zdrowia podąża równolegle z konstruowaniem modelu ustrojowego. Niestety, żaden ze światowych modeli opieki zdrowotnej nie może być przeniesiony bezkrytycznie i w całości do Polski. Przyjmuje się rozpoczęcie reformy w otwartym wymiarze, tj. od pozycji liberalnej (model niemiecki) do budżetowej (model skandynawski), co jest przesłanką do jej ewolucyjności.

Utworzenie zrębu ustawodawczego wymaga akceptacji KERM-u, Rady Ministrów i wreszcie Sejmu. Niepowodzenie we wprowadzaniu elementów reformy może spowodować przetrwanie obecnej struktury ochrony zdrowia. Jako świadectwo moralności protektorat nad reformą objął Bank Światowy, który wspólnie z WHO niejako stworzył z Polski poligon doświadczalny w budowie światowego modelu ochrony zdrowia. Ze swej strony Bank Światowy zadeklarował się udzielić niskoprocentowej pożyczki do realizacji reformy.

W obliczu zjednoczenia Europy, Polska w swym narodowym interesie powinna jak najszybciej przyjąć spójny system ubezpieczeń. Należy wprowadzić ewidencję kosztów, których wielkość byłaby podstawą do kalkulacji budżetu. Projekt zmian finansowania stawia ministra zdrowia w trudnej sytuacji moralnej, bowiem broniąc interesu pracowników medycznych popada on w konflikt z całym społeczeństwem, z powodu uszczuplenia zasobów obywateli, które w pewnej mierze składają się na ogólnie rozumiane zdrowie.

Ministerstwo Zdrowia nie zapewnia swoim pracownikom szybkiej poprawy warunków pracy i płacy. W 1991 r. przewiduje się ewolucyjne zmiany zarządzania i finansowania. Proponuje się wprowadzenie menadżerskiego sposobu zarządzania ochroną zdrowia tak, by uzyskać samodzielność poszczególnych struktur systemu. Na tym etapie należy włączyć do współdziałania samorządy terytorialne.

Tymczasowo decyzje o formie świadczeń będzie podejmował lekarz

wojewódzki, poczynając od kolumn transportu sanitarnego, kuchni i pralni szpitalnych. Tempo prywatyzacji jest hamowane brakiem podstaw prawnych do wprowadzenia powszechnych, obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Zmiana sposobu finansowania opieki zdrowotnej jest opcją polityczną, dlatego w obecnej chwili trudno przewidzieć kierunek reformy. Ubezpieczenia zdrowotne będą zależne także od nowego systemu podatkowego. Będzie to podatek celowy, składkowy, a nie ogólny. Niestety, niemożliwe jest wprowadzenie owego podatku w 1991 r.

W ub. roku w Polsce wydano na indywidualną opiekę zdrowotną ok. 70 dolarów; bogate państwa wydawały średnio 900 dolarów, zaś takie państwa jak Szwecja, Francja, RFN — do 1800 dolarów. Przedstawiona relacja finansowa ukazuje zatem status majątkowy polskiego lekarza. Pieniądze są wszędzie uniwersalnym problemem, ale niestety nie są uniwersalnym rozwiązaniem. Są jednak przesłanki, że w 2000 roku możemy się zbliżyć do świadczeń zdrowotnych na poziomie Europy zachodniej.

DYSKUSJA

PYTANIE: W jaki sposób będą finansowane duże ośrodki badawcze?

ODPOWIEDŹ: Finansowanie centralne, utrzymywanie — lokalne.

PYTANIE: Dlaczego nauczyciele akademicy wynagradzani są obecnie za 17 godzin dyżuru, a nie jak dotychczas, za 21?

ODPOWIEDŹ: Kwestią moralną jest rozszczepianie lekarza na nauczyciela akademickiego i medyka, przy całym szacunku dla zawodu nauczyciela. Fundusze dyżurowe obciążają fundusz płac, przy odwrotnej relacji nakładu pracy.

PYTANIE: Jak mamy pracować w kulejącej reformie?

ODPOWIEDŹ: Niespójność interesów rządu, sejmu i Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej nie sprzyja zmianom. Jednak można ubiec pełną reformę tworząc choćby od zaraz instytucję lekarza domowego, pełnoprofilowe ośrodki zdrowia, wyposażone w solidną aparaturę.

PYTANIE: Dlaczego opłaty za dyżury lekarskie nie są prawnie regulowane?

ODPOWIEDŹ: Ujęcie dyżurów w tzw. godzinach nadliczbowych jest sprzeczne z założeniami reformy.

PYTANIE: Jakie jest stanowisko ministerstwa wobec projektu świadczeń emerytalnych i rentowych w kontekście ewidentnego lekceważenia lekarzy?

ODPOWIEDŹ: Negocjacje powinny prowadzić izba lekarska i związki zawodowe. Nasi zachodni koledzy zarabiają ok. 2,5 średniej krajowej. Konkretnie: Niemcy, Francuzi 4,5—5, Włosi, Irlandczycy 1,1, Anglicy 2,3—2,4.

PYTANIE: Dlaczego aktualna siatka płac stawia prawie na równi lekarza i salową? Dlaczego organizatorzy reformy, też lekarze, zarabiają mniej od swoich podwładnych? Dlaczego w tym roku pozbawiono stomatologów prawa do korzystania z przywilejów I grupy zatrudnienia?

ODPOWIEDŹ: Siatka płac, to problem proporcji. Tę siatkę należy zmienić. „Motorami” pracy w ochronie zdrowia są i będą lekarze, więc należy ich lepiej opłacać. Podobnie należy lepiej opłacać menadżerów.

Status stomatologów był konsultowany ze skąpym głosem oddolnym. Sprawę należy rozpatrzyć.

PYTANIE: Jaki będzie system ubezpieczeń zdrowotnych?

ODPOWIEDŹ: Prace nad projektem wstrzymali eksperci Banku Światowego. Sposób podziału pieniędzy jest opcją polityczną.

ZARZUT: Rok temu, na Krajowym Zjeździe Lekarzy, pan minister prezentował inne, optymistyczne stanowisko. Obecnie, to nie ten sam pan minister.

ODPOWIEDŹ: Ekipa entuzjastów przegrała w walce z finansistami i ekspertami Banku Światowego.

Dalsze rozmowy pana ministra odbyły się w kuluarach zjazdu, w gronie entuzjastów reformy.

Na podstawie zapisu magnetofonowego opracował

Jerzy Piekarski

Badania operacyjne w służbie zdrowia

Dokończenie ze str. 4

cy Komitetu Organizacyjnego 16 Międzynarodowej Konferencji Naukowej Europejskiej Grupy Roboczej.

Po części oficjalnej dr **Marten Lagergren** (Szwecja), przewodniczący Europejskiej Grupy Roboczej, przedstawił zadania oraz formy pracy tej grupy. **Prof. Janusz Indulski**, dyrektor Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, przedstawił bardzo interesującą pracę na temat: „Wczoraj—dzisiaj—jutro badań operacyjnych w służbie zdrowia w Polsce”. Natomiast **prof. Stanisław Walukiewicz** z Instytutu Badań Systemowych PAN dokonał wprowadzenia do stosowania informatyki w organizacji i zarządzaniu służbą zdrowia. Na temat optymalizacji opieki zdrowotnej w teorii i praktyce mówił **dr Lech Dawydzik** z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

Po zakończeniu sesji plenarnej uczestnicy zagraniczni tej konferencji mieli okazję zapoznania się z bazą oraz organizacją pracy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy ul. Kamieńskiego. Dyrektor szpitala **doc. Wojciech Witkiewicz** odpowiadał na pytania gości, którzy zainteresowani byli m. innymi wykorzystaniem bazy łóżkowej, poziomem świadczonych usług diagnostycznych i leczniczych oraz dostępnością i zakresem świadczonych usług zdrowotnych.

W dniach od 31 lipca do 3 sierpnia odbywały się obrady w Zamku w Książu. Przedstawiono łącznie 44 prace w sesjach naukowych dla wszystkich uczestników konferencji lub w grupach problemowych. Goście z zagranicy przedstawili 21 prac.

Petra Peters (Uniwersytet w Eindhoven) zaprezentowała metodę wstępnego planowania przepustowości i pojemności szpitala zastosowaną w holenderskich szpitalach po wprowadzeniu ograniczeń budżetu i redukcji łóżek szpitalnych.

Collin Sanderson (Uniwersytet w Londynie) zapoznał zebranych ze strukturą organizacyjną, programem oraz metodami nauczania badań operacyjnych w medycznej szkole podyplomowej (LSHTM) Uniwersytetu w Londynie.

Jan Vissers (Utrecht, Holandia) zademonstrował praktyczne zastosowanie modeli wspomagających decyzje dla badania regionalnego przepływu pacjentów, planowania przyjęć szpitalnych i alokacji zasobów.

Bardzo interesujące były wystąpienia uczestników polskich. W se-

Dokończenie na str. 6

Dokończenie ze str. 5

sjach na temat: „Badania operacyjne i zastosowanie informatyki w procesach podejmowania decyzji w służbie zdrowia”, którym przewodniczył **prof. Bronisław Pilawski** (Politechnika Wroclawska) oraz **prof. Jerzy Janecki** (Instytut Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN), lekarze oraz informatycy przedstawiali wyniki stosowania badań operacyjnych w medycynie. Prezentowano wspomaganie decyzji terapeutycznych w chirurgii, podejmowanie decyzji diagnostycznych w onkologii ginekologicznej i ginekologii, intensywnej opiece kardiologicznej i psychiatrii.

Prof. Stanisław Walukiewicz (Instytut Badań Systemowych PAN) i zespół pracowników Instytutu Kardiologii w Warszawie przedstawili scenariusz rozwoju systemu opieki kardiologicznej w Polsce w latach 1986—2000. Zbudowano model rzeczywistego systemu opieki kardiologicznej w postaci sieci świadczeń diagnostycznych i leczniczych. **Dr Sławomir Erenbek** z Łodzi zaprezentował sieci komputerowe umożliwiające nadzorowanie pracy Biura Wezwań Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego. Przedstawił założenia funkcjonalne oprogramowania i jego strukturę. Były też prace dotyczące zastosowania badań operacyjnych w dydaktyce medycznej (**mgr Bożena Mielczarek** z Instytutu Organizacji i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej oraz **mgr Marek Melaniu** z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi).

Organizatorzy bardzo serdecznie dziękują instytucjom sponsorującym tę konferencję oraz osobom, dzięki którym możliwe było jej zorganizowanie: wiceministrowi zdrowia i opieki społecznej **dr. Piotrowi Mierzewskiemu**, dyrektorowi Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, **prof. Januszowi Indulskiemu**, British Council w Warszawie i Londynie, Instytutowi Badań Systemowych PAN, Fabryce Farmaceutycznej „Pofa”, Firmie „Technimex” za wypożyczenie komputerów na czas trwania konferencji, **dr. Sekule**, dyrektorowi ZOZ dla Górników w Wałbrzychu oraz doc. Wojciechowi Witkiewiczowi za umożliwienie uczestnikom konferencji zwiedzania szpitali.

Sekretarz Komitetu Organizacyjnego
**dr Halina
Wojnowska-Dawiskiba**

Listy do redakcji

O III Zjeździe Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej trochę inaczej.

III Zjazd Delegatów DIL spełnił swoje podstawowe zadanie. Delegaci uchwalili budżet przy 3 głosach wstrzymujących się oraz przeprowadzili długą i burzliwą dyskusję o reformie służby zdrowia z ministrem zdrowia **Piotrem Mierzewskim**. Chciałbym się wypowiedzieć na temat wystąpień niektórych delegatów, którzy próbowali nadal dzielić środowisko na: my i oni. My — to znaczy delegaci, oni — demokratycznie wybrana Rada i Prezydium DIL.

Najbardziej bulwersującą sprawą było, iż ataki musieli odierać prowadzący zebranie i nie uzyskali poparcia ani członków Prezydium i Rady, ani inaczej myślących delegatów. Najbardziej kontrowersyjną sprawą jest uchwała rady dotycząca przyznania do 50% składek dla koła terenowego.

Jesteśmy pierwszą radą w Polsce, która podjęła taką decyzję. Według uchwały sejmu osobowość prawną posiada Naczelna Rada Lekarska i Okręgowa Rada Lekarska. Pozostałe organy nie mogą prowadzić działalności finansowej. Uznaliśmy, iż najwięcej o swoich członkach będą wiedzieć koledzy w poszczególnych szpitalach i ZOZ-ach i tam powinny być rozstrzygane konflikty, podejmowana inicjatywa pomocy finansowej i wydatkowania pieniędzy w porozumieniu z Radą

i Prezydium DIL. 50% składek członkowskich tj. 400 mln. zł. jest odłożone na oprocentowanym terminowo koncie w banku.

Tymczasem propozycje delegatów były szokujące: gra na giełdzie, której nie ma, zakup obligacji, akcji, których również jeszcze nie ma. Na drugim zjeździe padła nawet propozycja ulokowania pieniędzy w banku Grobelnego.

Zarzuty delegatów o złą działalność Naczelnej Rady i DIL dotyczyły zarobków lekarzy, czasu pracy lekarzy, zbyt wolnej reformy służby zdrowia. Chcę przypomnieć kolegom, że izba lekarska może tylko postulować zmianę niektórych uchwał i decyzji.

Następne głosy dotyczyły pracy prezydium — jedne żądające godzin rannych, inne popołudniowych.

Ośmielony zachętą Szanownej Redakcji pozwalam sobie przesłać kilka uwag.

Najpierw chcę stwierdzić, że „Biuletyn” jest bardzo potrzebnym i cennym pismem, każdy numer oczekiwany jest z niecierpliwością i czytany z zacięciem. Zawiera wiadomości niezbędne dla każdego członka DIL. Mógłby być jeszcze lepszy. Dlatego przedstawiam moje uwagi i propozycje:

Proponuję, aby podawać datę (dzień i miesiąc) wydania (zamknięcia składu) każdego numeru. A także, aby w stopce pochwalić się wielkością nakładu.

Więcej dokładności w formalnym opisie tekstów! Np. kto i kiedy uchwalił przepisy opisane w nr 4 Biuletynu na str. 7 pod tytułem „Dla kogo świadczenia socjalne” i w nr 6, str. 7 „Regulamin przyznawania zapomóg”. To jest bardzo ważne.

Myślę, że niezbędnym jest, aby każdorazowy komunikat o stanie finansów DIL był podpisany imieniem i nazwiskiem osoby go sporządzającej, z podaniem źródła danych.

Artykuł pod tytułem „Rzecznikom pod rozważę” (Nr 5, str. 4) jest bez podpisu autora. Opisuje on „spotkanie”, które „przyjęło dość istotne ustalenia”. Jaka jest moc prawna ustaleń przyjętych na nie formalnym (jak wynika z opisu) „spotkaniu” nawet najbardziej urzędowych osób? Co „nie gra” — spotkanie, czy jego opis?

Nie podano także, którego dnia i na jakim posiedzeniu DRL powstała „Fundusz Charytatywny”.

Inna drobna sprawa: dyżurują członkowie prezydium DIL czy prezydium Rady DIL, zwanej gdzie indziej w skrócie DRL?

Podobnych niedokładności jest więcej, a sądzę, że słowo — zwłaszcza zapisane — musi być precyzyjne, jak tego słusznie i w wyborczym stylu domaga się „Chochlik drukarski”.

Najserdeczniej życzę redakcji sukcesów i całym sercem jestem z Wami w Waszej pracy i naszej wspólnej sprawie.

Darujcie mi przemądrzenie się. Z perspektywy 40 lat lekarzowania widzę, jak istotna jest dokładność

Przypominam, że Prezydium i Rada DIL pracują społecznie. Większość członków dyżuruje 2 razy w tygodniu w godzinach rannych i popołudniowych, poświęcając na to swój wolny czas. Załatwienie miejsca na siedzibę trwało pół roku. Ilość godzin, które poświęcili koledzy — **W. Sidorowicz** i **R. Maj** nie da się policzyć. Dotyczy to również remontu i wyposażenia pomieszczeń DIL.

Jedną ze spraw wywołujących duże konflikty jest płacenie składek. Płacenie składek jest obowiązkowe i wszyscy koledzy, którzy nie zapłacili składek, winni to uregulować wstecz od stycznia 1990 r. Dotyczy to głównie kolegów z Akademii Medycznej.

Izba lekarska posiada możliwość egzekwowania składek w postaci nakazu płatniczego do zakładu pracy. Będzie to wstyd dla niektórych, dlatego czekamy cierpliwie na uregulowanie składek.

Ostatnia, najsmutniejsza sprawa: na II i III Zjeździe Delegatów DIL po czterech godzinach obrad nie było quorum. 30% delegatów w ogóle nie uczestniczy w zjazdach, pozostali po paru godzinach opuszczają salę obrad, pomimo iż w tym czasie inni koledzy pracują za nich.

Uważam, że tacy delegaci powinni sami złożyć mandaty w swoich kołach, gdyż w przeciwnym razie Rada DIL ma prawo ich odwołać.

Ryszard Łopuch

informacji. Jest ona niezbędną częścią kultury.

Łączę wyrazy głębokiego szacunku.

Jan Łazowski

Od Redakcji

Dziękujemy bardzo za cenne uwagi dotyczące redagowania Biuletynu, a także za miłe słowa zachęty. Odpowiadamy po kolei na postawione pytania.

1. Od bieżącego numeru będziemy zamieszczać datę wydrukowania każdego numeru. Nasz nakład jest stały i wynosi 4000 egzemplarzy.
2. Przedstawione w numerach 4 i 6 Biuletynu zasady przyznawania świadczeń socjalnych i zapomóg zostały opracowane przez Komisję Socjalną DIL i zatwierdzone przez Radę DIL.
3. Komunikaty o stanie finansów DIL każdorazowo sporządza skarbnik DIL — **Ryszard Łopuch**, opierając się na aktualnych wyciągach z konta bankowego.

Dokończenie na str. 7

Podstawowe wiadomości o immunomodulacji

W klinice pediatrycznej w początku lat 90 zauważyć można narastającą tendencję do stosowania leków, które najogólniej rzecz biorąc określić można jako preparaty pobudzające układ odpornościowy. Związane jest to bez wątpienia z rozczarowaniem lekarzy, dotyczącym stosowania antybiotyku. Z terapią antybiotykową łączono powszechnie nadzieję na rozwiązanie problemu infekcji. Tymczasem, jak wykazała praktyka kliniczna, wynalazek ten rozpoczął wyścig, w którym z jednej strony brały udział liczne firmy farmaceutyczne, wprowadzając coraz to nowsze, doskonalsze antybiotyki, a z drugiej strony bakterie, wytwarzające coraz to nowe mechanizmy uodporniające je na działanie antybiotyków.

Śród ubocznych działań nadmiernej terapii antybiotykowej wymienić można jej uszkadzający wpływ na układ odpornościowy, sprzyjanie rozwojowi nosicielstwa drobnoustrojów itp. Dlatego też w praktyce lekarskiej coraz częściej szukamy rozwiązania problemu nawracających zakażeń w leczeniu immunologicznym.

Śród leków immunologicznie aktywnych wymienić należy preparaty immunosupresyjne — ogólnie biorąc hamujące odczyn odpornościowy; immunostymulatory — pobudzające układ odpornościowy oraz immunomodulatory. Ideą działania immunostymulatorów byłoby pobudzenie odporności w przypadkach jej upośledzenia oraz jej hamowania — w przypadku nadmiernej aktywności układu odpornościowego.

W ostatnich latach opracowano i wprowadzono na rynek farmaceutyczny cały szereg le-

ków immunostymulacyjnych lub modyfikujących, jednak w tym miejscu ograniczę się do przedstawienia leków ogólnie dostępnych w Polsce. Śród związków syntetycznych należy wymienić Levamisol (Decarss). Jest on klasycznym immunomodulatorem, gdyż w małych dawkach działa stymulująco, a w wysokich — hamująco na układ odpornościowy. Lek ten pobudza różnicowanie się komórek T oraz ma on normalizować stosunek komórek T pomocniczych do T supresorowych. Jednocześnie wyrażnie zwiększa fagocytozę oraz ruchliwość komórek żernych, tym samym pobudzając odporność przeciwwakacyjną.

Najcięższym powikłaniem w czasie leczenia levamisolem jest granulocytopenia lub agranulocytoza. Powikłanie to jest związane z antygenem HLA-B 27. Lek podaje się najczęściej metodą pulsacyjną u dzieci 3 mg/kg c.c., a u dorosłych 150 mg 1 raz dziennie, przez trzy kolejne dni, następnie robi się 4 dniową przerwę i powtarza serię.

W celu uchwycenia w porę wystąpienia zaburzeń w liczbie leukocytów należy wykonać badanie leukocytozy po 2 seriach. W ten sposób prowadzone leczenie można prowadzić przez dłuższy okres. Częstym objawem w badaniach kontrolnych jest wzrost leukocytozy. W przypadku stwierdzenia spadku liczby leukocytów poniżej 3500 leczenie należy przetrwać.

Isoprinosina (Delimium) — pobudza dojrzewanie limfocytów T i B, stymuluje proliferację limfocytów T uczulonych na antygeny, zwalnia aktywność makrofagów, wzmacnia działanie interferonu.

Biorąc pod uwagę jej działanie, lek szczególnie zalecany przy zakażeniach wirusowych u ludzi z osłabioną odpornością np. po lub w trakcie kortykoterapii lub w latentnych zakażeniach wirusem opryszczki. W tym przypadku wskazane jest, obok leczenia ogólnego, wykonanie przymoczek z rozpuszczonej w małej ilości wody lub soli fizjologicznej isoprinosiny i przykładanie jej do zmian miejscowych.

Należy podkreślić, że lek ten jest bardzo dobrze tolerowany przez organizm człowieka i w dawkach terapeutycznych nie daje objawów ubocznych. W leczeniu przewlekłych zakażeń np. wirusa opryszczki zwykłej lub w przypadku chorych z osłabioną odpornością komórkową lek stosuje się zwykle u dzieci w dawce 50 mg/kg c.c. przez 8 dni i po 8-dniowej przerwie serię powtarza się. U dorosłych 1,5 do 2 g dziennie. Lek należy podawać w 4—6 dawkach dziennych. Przeciwwskazaniami do jej stosowania jest: dna, kamica dróg moczowych oraz ciąża.

Broncho-vaxom — preparat o podłożu bakteryjnym, zawiera 8 liofilizowanych szczepów bakteryjnych. Wywiera stymulujący wpływ na syntezę immunoglobulin, w tym szczególnie IgA. Lek posiada dwa główne wskazania — leczenie nawracających zakażeń dróg oddechowych, w tym przypadku proponuje się leczenie 1 raz dziennie 1 kapsułką przez 10 dni w trzech kolejnych miesiącach. Leczenie należy powtórzyć po 5 miesiącach, stosując jedną 10-dniową serię oraz w przypadku obniżonego poziomu IgA w surowicy krwi lub wydzielinach. U tych pacjentów lek podajemy 1 raz dziennie przez okres 1 miesiąca i po 3 tygodniach przerwy — jeszcze przez 2 tygodnie w tej samej dawce.

Lek produkowany jest w dwu różnych rodzajach kapsułek oddzielnie dla dzieci i dorosłych. Jako powikłanie obserwuje się wystąpienie szczególnie w czasie drugiej serii objawów pseudogrypowych, rzadziej wysypek. Lek należy odstawić jedynie w razie nasilenia się powyższych objawów.

Adam Jankowski

Listy do redakcji

Dokończenie ze str. 6

- Artykuł pod tytułem „Rzecznikom pod rozważenie” (Nr 5) jest protokołem zebrania, przekazanym redakcji przez sekretarza DIL — dr A. Kowalisko. Podjęte na spotkaniu ustalenia nie mają „mocy prawnej”, a jedynie regulują codzienną pracę poszczególnych komisji DIL.
- Fundusz Charytatywny został powołany na posiedzeniu Rady DIL w dniu 4.X.1990 r.
- W każdym numerze Biuletynu zamieszczamy informacje o dyżurach członków Prezydium DIL, rzecznika odpowiedzialności zawodowej, przewodniczącego sądu, przewodniczącej Komisji Kształcenia oraz radcy prawnego.

J.B.

P.S. W powyższym liście do Redakcji dał także znać o sobie mój drukarski imiennik.

Chochlik lekarski

Proszę o wyjaśnienie czytelnikom Waszego pisma, który to był ostatni Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Osobiście uczestniczyłam w czterech zjazdach naszego samorządu. W Biuletynie nr 3 przeczytałam artykuł pt. „Zza prezydialnego stołu Trzeciego Zjazdu Delegatów DIL”.

Ku swojemu zaskoczeniu (oraz innych delegatów) odczytałam na dużym plakacie, że ten ostatni jest również trzecim zjazdem. Proszę o wyjaśnienie, na który następny zjazd zostanie zaproszona.

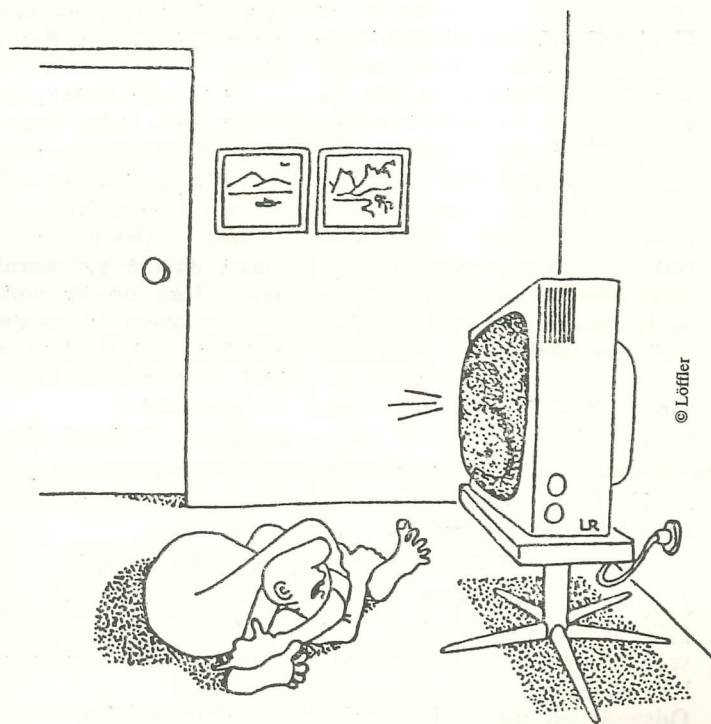
R. Romańska

Od Redakcji

Niektórzy członkowie prezydium uważają, że I Zjazd składał się z dwu części (a. wybory delegatów na Zjazd NIL i b. wybory Rady i Prezydium). Odbły się one w listopadzie i grudniu 1989 r. Drugi Zjazd odbyty 27.IV b.r. miał za zadanie uchwalenie budżetu. Przedłużył się bardzo z powodu wyborów zastępców rzecznika, wobec czego zabrakło quorum do zatwierdzenia najważniejszej uchwały.

W tej sytuacji Rada była zmuszona do zwołania kolejnego zjazdu.

Z.P.



Przepraszamy za usterki w trakcie emisji programu „Gimnastyka dla zdrowia”.

Wspomnienia pośmiertne

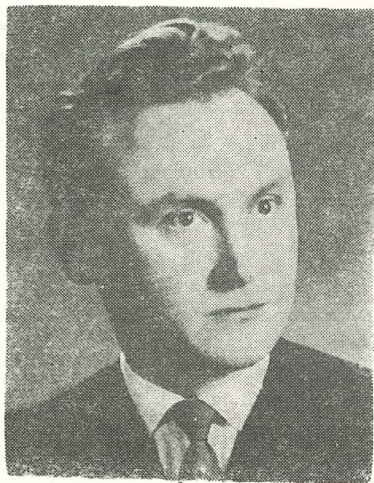
26 października br. odbył się pogrzeb dr. Czesława DOMAGALSKIEGO, długoletniego ordynatora oddziału dermatologicznego w Kłodzku. Urodził się w Lublinie 28.10.1917 r. Trudne warunki życia zmusiły kilkunastoletniego chłopca do podjęcia pracy. Pracując, zdał jako eksternista maturę w 1938 r.

Wojna odcisnęła swoje piętno na młodym człowieku, podjął pracę w konspiracji. Efektem tej działalności była konieczność ucieczki z Lublina po zakończeniu wojny. Jako członek przesładowanej organizacji NSZ wyjechał do Łodzi, gdzie ukryty

przed pościgiem Urzędu Bezpieczeństwa w konglomeracie dużego miasta, ukończył w 1950 r. Akademię Medyczną.

Skierowany do służby wojskowej podjął pracę w Sudeckiej Brygadzie WOP w Kłodzku od 1952 r. Pracę w pionie dermatologicznym zaczął w 1953 r. jako po. ordynator, a od 1968 r. jako ordynator oddziału dermatologicznego w Kłodzku. Po przejściu na emeryturę 30.XII.1985 r. cały czas, do ostatniej niemal chwili życia, pracował. W zmarłym straciliśmy dobrego, serdecznego i wyrozumiałego szefa.

Teresa Eljasz-Radzikowska



Doc. dr hab. Aleksander Gałązka urodził się dnia 1 grudnia 1928 roku w Brodowych Łąkach, woj. warszawskie. Swe losy związał z Wrocławiem. Był wychowankiem Akademii Medycznej we Wrocławiu, której Wydział Lekarski ukończył w 1953 roku. Pracował w II Klinice Chorób Wewnętrznych, a następnie w Klinice Endokrynologicznej, kolejno jako student — wolontariusz, asystent, adiunkt, a od 1972 roku — docent. Kierownictwo Kliniki Chorób Zakaźnych powierzono Mu w 1973 roku.

Przedmiotem zainteresowań naukowych docenta Aleksandra Gałązki były problemy diagnostyki i terapii chorób wewnętrznych, głównie z zakresu kardiologii i endokrynologii. Szczegółowo rozpracował mechanizm zaburzeń opadania krwinek czerwonych w różnych zespołach inter-

nistycznych. Wyniki działalności naukowej docenta Gałązki zawarte są w ponad stu pracach naukowych.

Docent A. Gałązka był wnikliwym, docieklwym i ofiarnym lekarzem, utalentowanym wykładowcą, cierpliwym nauczycielem i serdecznym przyjacielem młodzieży oraz doradcą wielu potrzebujących.

Udzielał się w towarzystwach naukowych doceniając konieczność nieprzerwanego szkolenia podyplomowego lekarzy. Pełnił funkcję sekretarza Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, uczestniczył w pracach Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Internistów i Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego.

Za swą działalność naukową i dydaktyczną docent A. Gałązka wielokrotnie otrzymał nagrody Rektora Uczelni, a za pracę lekarza i społecznika uhonorowany został Złotym Krzyżem Zasługi.

W 44 roku życia (jesienią 1973 roku) nagła, ciężka choroba uniemożliwiła Mu dalszą pracę. Przez wiele lat z oddaniem opiekowały się Nim żona i córka.

Doc. Aleksander Gałązka zmarł dnia 5 października 1990 roku. Jego prochy zostały złożone w obecności rodziny, przyjaciół i społeczności akademickiej na cmentarzu Osobowickim we Wrocławiu.

dr Maria Podolak-Dawidziak

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 5.11.1990 r. zmarł lekarz medycyny

TADEUSZ ŁAPSZYŃSKI

długoletni pracownik społecznej służby zdrowia. Od roku 1978 zatrudniony był w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Wałbrzychu, pracował także na terenie Głuszycy i Jedliny Zdroju.

Odszedł od nas dobry kolega, sumienny lekarz i uczciwy człowiek.

Koledzy z Delegatury Wałbrzyskiej DIL

„Z życia kół i delegatur DIL”

„Co słyhać w Oleśnicy?”

Koło oleśnickie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej liczy 148 członków i zasięgiem swym obejmuje pięć gmin ziemi oleśnickiej (w tym trzy miasta: Oleśnica, Bierutów i Twardogóra).

Na zebraniu założycielskim w czerwcu br. powołano zarząd koła z przewodniczącym i dwoma wiceprzewodniczącymi (sekretarzem i skarbnikiem) oraz trzy Komisje: Etyki i Nauki, Płac i Spraw Socjalnych oraz Kultury i Rozrywki. Wszystkie komisje zbierając się okresowo spełniają swe statutowe powinności.

W każdą pierwszą środę miesiąca odbywa się spotkanie szkoleniowe przy kawie, obejmujące referat szkoleniowy oraz informację jednego z wiceprzewodniczących o działalności zarządu koła, posiedzeniach Rady Okręgowej DIL oraz o Zjeździe Delegatów; przewodniczący komisji relacjonują czym komisje się zajmowały. Tematem referatu pierwszego zebrania była: „Rola i zadania zakładu patomorfologii w ZOZ-ie miejsko-gminnym”, drugiego „Problemy parazytologii rejonu oleśnickiego” a trzeciego — „AIDS”.

Zorganizowaliśmy już wyjazd na grzybobranie połączony z pieczeniem kiełbasek i kartofli przy ognisku. Założyliśmy kronikę koła. Na terenie szpitala rozpoczyna się

kurs języka angielskiego dla lekarzy z uwzględnieniem terminologii medycznej. Organizujemy opiekę nad opuszczonymi grobami lekarzy. Planujemy wieczór andrzejkowy przy świecach na oleśnickim zamku oraz wspólną zabawę sylwestrową.

Pięciu delegatów ziemi oleśnickiej brało udział we wszystkich dotychczasowych zjazdach okręgowych przedstawiając nasze postulaty i wnioski. M.in. postulowaliśmy utworzenie Konwentu Przewodniczących Delegatur i Kół Terenowych DIL jako ciała doradczego dla Prezydium DIL. Trzech dalszych delegatów brało udział w Zjeździe Krajowym.

Na ostatnim zebraniu koła uczczono jubileusz 40-lecia uzyskania dyplomu lekarskiego przez dr. Wojciecha Ratajskiego wręczając mu dyplom honorowy z upominkiem książkowym oraz występując do dyrektora naszego ZOZ-u o przyznanie nestorowi lekarzy ziemi oleśnickiej odznaczenia państwowego. Pożegnaliśmy też odchodzącego z-cę dyr. ZOZ d/s lecznictwa dr. Andrzeja Janeczko.

Wszystkie te inicjatywy integrują środowisko lekarskie naszego rejonu oraz powodują, że samorząd zawodowy zaczyna akcentować swoje istnienie działaniem.

Andrzej Wojnar

Jak zarobić na lekarzach...

Grupa „zaradnych” dziennikarzy z Przedsiębiorstwa Radiowo-Telewizyjnego Spółka z o.o. — podszycując się pod szyld Dolnośląskiej Izby Lekarskiej — rozesała do wielu lekarzy przekazy pocztowe z propozycją wpłaty 30.000 zł na Vademecum Medyczne.

Oświadczam, że Dolnośląska Izba Lekarska nie sprawuje nad

tym wydawnictwem merytorycznego nadzoru i nie udostępniła spółce z o.o. rejestru lekarzy.

Odcinamy się jednocześnie od zbiórki pieniężnej prowadzonej wśród lekarzy przez ww. przedsiębiorstwo.

Włodzimierz Bednorz



Fundusz Charytatywny uruchomiony

Młodzieżowy Klub Piłkarski „Wratislavia” składa serdeczne podziękowanie za pomoc finansową i organizacyjną udzieloną nam przy organizacji Międzynarodowego Młodzieżowego Turnieju Piłkarskiego o Puchar Prezydenta Wrocławia z okazji Festiwalu Kultury Fizycznej NSZZ „Solidarność” w dniach 6—7.10.1990 r.

Dzięki Waszej pomocy umożliwiliśmy udział w tej imprezie dzieciom wrocławskich szkół oraz przy-

jaciolom z Czechosłowacji, jak również wielu sympatykom naszej dyscypliny.

Pozostajemy z wyrazami należnego szacunku i poważania

Prezes MKP „Wratislavia”
dr Józef Dziąsko

Od Redakcji:

Pieniądze na ten cel pochodziły z Funduszu Charytatywnego utworzonego w trakcie posiedzenia Rady DIL (Biuletyn Nr 6).

Uchwała Prezydium DIL podjęta w czasie posiedzenia w dniu 15 listopada 1990 r.

1. Członkom Sądu Lekarskiego, Rzecznikom i wezwanym uczestnikom postępowania wyjaśniającego i dowodowego przysługujące zwrot kosztów podróży równoważny cenie biletu autobusowego pośpiesznego lub biletu kolejowego II klasy pociągu pośpiesznego, za każdorazową podróż odbytą w związku z postępowaniem wyjaśniającym rzecz-

nika DIL lub dowodowym Sądu Lekarskiego DIL.

2. W wyjątkowych przypadkach rzecznik odpowiedzialności zawodowej DIL lub przewodniczący Sądu Lekarskiego DIL może podjąć decyzję o zwrocie kosztów w/w osobom, równoważnych cenie benzyny zużytej na dojazd samochodem osobowym.

Sprawdź swoją wiedzę.

(S.C.F.M.G. Examination Review).

- Najczęściej przerzuty raka piersi dotyczą:
 - żeber, miednicy i części proksymalnej kości udowej
 - płuc
 - wątroby
 - mózgu
 - wszystkich
- Charakterystyczny dla mocznicy jest wzrost podatności na infekcje bakteryjne. Czynnikiem odpowiedzialnym za to jest:
 - zmniejszona fagocytoza
 - opóźnione pojawianie się przeciwciał na nowe antygeny
 - zmniejszenie liczby krążących limfocytów
 - wszystkie
 - żadne
- Bakterie docierają do pęcherzyka żółciowego poprzez:
 - strumień krwi
 - przejście z organu zajętego stanem zapalnym
 - naczynia limfatyczne
 - przewody żółciowe
 - wszystkie
- Które z następujących twierdzeń

- jest fałszywe dla choroby Pageta (kości)
- występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet
 - często dotyczy kości nadmiernie obciążonych
 - w zajętych obszarach dochodzi do szybkiego tworzenia kości i ich resorpcji
 - fosfataza alkaliczna jest zawsze niska w tej chorobie
 - często poprzedza rozrost sarkoma w zajętych kościach
5. Które z następujących stwierdzeń nie jest prawdziwe w przypadku zatrucia tlenkiem węgla:
- skóra ofiary jest różowa
 - krew może mieć kolor ciemno-wiśniowy
 - częste są wymioty i bóle głowy
 - u pacjentów zwykle stwierdza się istniejącą uprzednio wadę serca
 - wyzdrowienie bez następstwa ma miejsce we wszystkich przypadkach, które nie kończą się zgonem.

Odpowiedzi znajdziesz wewnątrz numeru.

Listy do redakcji

Każdy egzamin, nie tylko specjalistyczny, pozostawia na egzaminowanym niezapomniane wrażenia, w związku z czym oprawa estetyczna miejsca egzaminu oraz jego przebieg powinny być uroczyste. Wręczanie dyplomów również powinno odbywać się w sposób godny, przez przedstawiciela władzy nadającej stopień specjalizacji.

Proponuję, aby przyszłe egzaminy specjalistyczne odbywały się w siedzibie DIL, gdzie oczekujący na egzamin lekarze i kierownicy ich specjalizacji nie będą wyczekiwali

na korytarzach i schodach na swoją kolejkę.

Mój wielokrotny udział w komisjach egzaminacyjnych na pierwszy i drugi stopień pozwala na wypowiedzenie swojego zdania o potrzebie egzaminu testowego (centralnego). Egzamin taki w znacznym stopniu pozwoli na prównanie poziomu przygotowania się egzaminowanych z poszczególnych regionów oraz w sposób istotny wyeliminuje osoby słabo przygotowane teoretycznie do prowadzenia samodzielnej pracy specjalisty.

Zdzisław Plamieniak

Okręgowa Dyrekcja PKP Wrocław ul. Joannitów poszukuje kandydata na dyrektora

Obwodu Lecznictwa Kolejowego.
Planowane rozwiązanie konkursu w marcu 1991 r.
Obwód Lecznictwa Kolejowego poszukuje Lekarzy dermatologów, internistów i pediatrów.

Zaproszenie

Zarząd Dolnośląskiego Oddziału PTO i Tr. uprzejmie zaprasza na posiedzenie naukowo-szkoleniowe połączone z walnym zgromadzeniem sprawozdawczo-wyborczym członków Doln. Oddz. PTO i Tr., które odbędzie się w dniu 18.12.1990 o godz. 12.30 (I termin) w Sali Konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, Wrocław, ul. Matejki 6.

Program:

- Z. Stępniewski, Sz. Dragan, R. Będziński
„Ocena odkształceń bliższego końca kości udowej po wszczępieniu endoprotezy cementowej i beczementowej”. — 10 min.
- H. Kuś, S. Misterka, K. Klemm
„Śródoperacyjne wybarwienie tkanek organizmu”. — 10 min.
- J. Klempous, W. Wójcik, J. Godziński
„Zespół Caffey'a-Silvermann'a”. — 5 min.
- Dyskusja.
- Walne Zgromadzenie sprawozdawczo-wyborcze.

Przewodniczący
Doln. Oddz. PTO i Tr.
Doc. dr hab. J. Bieniek

Sekretarz
Doln. Oddz. PTO i Tr.
Dr n. med. J. Sokołowski

Wrocławski Oddział Towarzystwa Internistów Polskich zaprasza

na posiedzenie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się dnia 24 stycznia 1991 r. o godz. 12,30 w sali im. E. Biernackiego przy ul. Pasteura 4.

Program z Okręgowego Szpitala Kolejowego, Oddział Wewnętrzny „A” we Wrocławiu

Ordynator Oddziału: doc. dr hab. Jacek Szechiński

1. P. Wiland: Przydatność oznaczania aktywności NAG (n-acetylobeta-glukozaminidazy) w płynach ustrojowych dla diagnostyki chorób wewnętrznych.
2. M. Kocowski, B. Kowalewska, P. Wiland: Przypadek łuszczycowego zapalenia stawów leczony cyklosporyną.
3. J. Szechiński, M. Jankowska: Trudności diagnostyczne w rozpoznawaniu zapalenia skórno-mięśniowego na podstawie przypadku.

Przewodniczący
Józef Małolepszy

Sekretarz
Jerzy Liebhart

9 stycznia 1991 roku o godz. 17.00 w siedzibie DIL przy ul. Matejki 6 odbędzie się kolejne

spotkanie konwentu Seniorów DIL

Przewidywany jest wybór Prezydium Konwentu. Dotychczasowe spotkania wykazały, że istnieje wiele problemów, w rozwiązaniu których może uczestniczyć izba lekarska. Niezbędne jest więc wyłonienie reprezentantów spośród tej części naszej społeczności. Apelujemy więc szczególnie o liczny udział. Pamiętajmy, że nikt za nas nie rozwiąże naszych problemów.

Przewodnicząca
Komisji Socjalnej DIL
Lek. stom. Teresa Bujko

Errare humanum est?

Otrzymałem od kilkorga Czytelników tego kącika sugestie, aby jego treść uprościć, a przedstawiane nieprawidłowości językowe oprzeć o sukcesywnie przypominane zasady gramatyki łacińskiej. Uznaję zasadność tych sugestii i przepraszam tych, którzy odbiorą wprowadzenie treści podręcznikowych jako niepotrzebne. Spójrzmy wokół, a przekonamy się, że *nihil novi sub sole* może być dla wielu naprawdę zaskakującym odkryciem!

„*Navigare necesse est, vivere non est necesse!*” (żeglowanie jest rzeczą konieczną, przeżycie — nie) — można powiedzieć ku własnej otusze, wpływając na szerokie wody łacińskiej gramatyki. Dziś kilka słów o deklinacji I, która grupuje rzeczowniki łacińskie zakończone na -a, rzeczowniki pochodzenia greckiego zakończone na -as (np. Argas), -es (np. diabetes) i na -e (np. orthopnoë). Rzeczowniki o końcówce -a, i -e są rodzaju żeńskiego:

CORYZA LUETICA (sapka kilowa), ACNE VULGARIS (trądzik pospolity). Rzeczowniki zakończone na -as i -es są rodzaju męskiego:

ARGAS REFLEXUS (obrzązek gołębi) DIABETES MELLITUS (cukrzyca). We współczesnej łacinie najczęściej zamiast końcówek -e w wyrazach typu DIARRHOË czy DYSPNOË używa się (za Anglosasami) końcówek -ea (DIARRHOEA, DYSPNOEA itp.).

Należy pamiętać, że wyrazy FORMA (postać), MAMMA (sutek) i STRUMA (wole) również należą do deklinacji I, w odróżnieniu od wyrazów pochodzenia greckiego o końcówce -ma, odmienianych wg III deklinacji. Piszemy więc:

STRUMA PARENCHYMATOSA, ale — COMA DIABETICUM; RESECTIO STRUMAE, ale — MORS DECURSU COMATIS.

Przypomnijmy końcówki deklinacji I:

Nom.	-a	-e	-es (-as)
Gen.	-ae	-es	-ae
Dat.	-ae	-ae	-ae
Acc.	-am	-en	-en (an)
Abl.	-a	-e	-a

NZS

Medical
shop

ul. Mikulcza-Radeckiego 5, Wrocław

Zapraszamy do sklepu medycznego i księgarni

poniedziałek — piątek

9.00 — 16.00

oferujemy:

- stetoskopy (duży wybór), ciśnieniomierze, młotki neurologiczne, lampki diagnostyczne
- instrumenty otolaryngologiczne i okulistyczne
- aparaty słuchowe firmy Bosch
- glukometry
- duży wybór literatury fachowej (także zagranicznej)
- realizujemy wszelkie zamówienia na aparaturę medyczną

Ogłoszenie drobne

Sprzedaż aparatów do pomiaru ciśnienia krwi:

- cyfrowy odczyt ciśnienia i pulsu
- możliwość odtworzenia ostatniego pomiaru
- gwarancja 6 miesięcy

tel. 16-67-74

1. mnoga wspólna
dla wszystkich:

-ae
-arum
-is
-as
-is

Najczęstszym dostrzeżonym przez autora błędem w odmianie wg I deklinacji jest sformułowanie „extrasystolia ventriculares” zamiast EXTRASYSTOLAE VENTRICULARES (skurcze dodatkowe komorowe) lub, jeśli przyjmiemy wyraz „extrasystolia, -ae” — EXTRASYSTOLIA VENTRICULARIS. Wyraz „elektroda” należałoby pisać ELECTRODA, -ae, a nie „Electrode, -es”, gdyż wywodzi się on od greckiego „hodos” (droga), a nie „ode” (pieśń). Dlatego piszemy:

ELECTRODA SUBEPIGARDIALIS, a nie „electrode s.”

IMPLANTATIO ELECTRODAE, a nie „implantatio electrodes”.

Zapraszam do kolejnego etapu wspólnych lingwistycznych zmagania.

Chochlik lekarski

ciąg dalszy na str. 11

Nowe ceny leków

leki p/krwotoczne:

Gastrotrombina	5 dawek — 25.000 zł
EACA proszek	— 15.000 zł, granulki — 9.000 zł, 5 amp. — 11.500 zł
Dicinon	30 tabl. — 4.500 zł 5 amp. — 4.000 zł

leki żółciopędne i żółciotwórcze:

Raphacholin	50 tabl. — 2500 zł
Cholestil	30 tabl. — 5.000 zł
Boldakoin	30 tabl. — 3.500 zł
Cholamid	30 tabl. — 4.000 zł

leki przeczyszczające:

Alax	20 tabl. — 1.500 zł
Bisacodyl	30 draż — 1.200 zł 5 czopków — 1.100 zł
Laxigen	30 tab. — 1.200 zł
Lactulosa	150 ml — 7.000 zł
Relax płyn	3.500 zł
Normosan	2.500 zł

enzymy czynne w przewodzie pokarmowym:

Pancreatyna	30 tabl. — 6.000 zł
Neo-pancreatinum	30 tabl. — 6.000 zł

inhibitory enzymów:

Trascolan	5 amp. — 110.000 zł
-----------	---------------------

leki wątrobowe:

Silimarol	60 tabl. — 6.500 zł
Methiovit	60 tabl. — 4.200 zł
Vit. K	20 tabl. — 1.300 zł 10 amp. — 3.200 zł
Konaktion	1 amp. — 700 zł

Verospiron	100 tabl. — 35.000 zł
Neomycinum	16 tabl. — 3.600 zł
leki jelitowe:	
Sulfaquanidinum	20 tabl. — 1.200 zł
Carbo med.	20 tabl. — 1.200 zł
Ercefuryl (nifuroksazyd)	zawiesina — 20.000 zł, 24 tabl. — 4.450 zł
Sulfosalazinum	50 tabl. — 25.000 zł
Sulfosalazinum — EN	50 tabl. — 32.000 zł
Salofalk	1 tabl. — 5.450 zł
Metronidazol	20 tabl. — 3.000 zł 10 inj. a 20 ml — 12.000 zł 1 fl. a 100 ml — 5000 zł 1 amp. — 500 zł
leki wpływające na motorykę jelit:	
Polstigminum	20 tabl. — 4.000 zł 10 amp. — 4.500 zł
Metoclopramid	50 tabl. — 2.000 zł 5 amp. — 2.500 zł
Imodium	20 tabl. — 8.000 zł
Sterydy:	
Encorton	20 tabl. — 2.500 zł
Hydrocortisonum hemisuccinatum	5 amp. — 9.000 zł
immunosupresyjne:	
Azathioprine	50 tabl. — 57.000 zł
immunostymulujące:	
TFX	1 amp. — 10.000 zł
Isoprenosine	1 tabl. — 5.600 zł
inne:	
Glukagon	1 fl. — 15.000 zł
Portagen	450 g — 49.000 zł
Torecan	1 draż. — 580 zł
Gastrolit	30 tabl. — 5.600 zł
Miacalcie	5 amp. a 100 j. — 647.480 zł
Espumisan	100 tabl. — 21.000 zł gran. 1 op. — 4000 zł

Krótko

Komisja do spraw Współpracy z Zagranicą zwraca się z apelem do Kolegów utrzymujących więź z absolwentami wrocławskiej Akademii Medycznej, mieszkającymi poza granicami Polski, o zachęcenie ich do nawiązania kontaktu z Dolnośląską Izbą Lekarską. Pragniemy utworzyć Koło Absolwentów naszej AM. Celem działania koła byłoby ułatwienie adaptacji do nowych warunków lekarzom wyjeżdżającym na staże zagraniczne.

Ze swej strony pragniemy zapewnić odwiedzającym Wrocław Kolegom zza granicy przyjacielską atmosferę w naszej Izbie.

Barbara Bruzewicz-Miklaszewska
Przewodnicząca Komisji

*
*
*

Zebrania Komisji do spraw Współpracy z Zagranicą odbywają się w każdy trzeci piątek miesiąca o godz. 14.00 w siedzibie DIL przy ul. Matejki. Kolejne zebranie odbędzie się 21.XII. 90 r.

*
*
*

Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu informuje, że

● Szkolenia naukowe Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego odbywają się w każdy czwarty czwartek miesiąca od października br. do maja 1991 r. (22.11.90; 24.01.91; 28.02.91; 28.03.91; 25.04.91; 23.05.91) w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy ul. Matejki 6.

● Polskie Towarzystwo Pediatryczne — szkolenia naukowe dla lekarzy pediatrów Dolnego Śląska organizowane są w każdy drugi czwartek miesiąca od godz. 10.00 do 14.00 w Sali Konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu przy ul. Matejki 6.

● Polskie Towarzystwo Stomatologiczne Oddział Dolnośląski — posiedzenia naukowo-szkoleniowe w 1991 roku będą odbywały się w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu przy ul. Matejki 6 w pierwszą pracującą sobotę miesiąca: 01, 02, 03, 04, 05, 06 następnie przerwa wakacyjna i dalej w miesiącach: 10, 11, 12 w godzinach od 10.00 do 13.00.

ERRARE HUMANUM EST? — SPROSTOWANIE

Dokończenie ze str. 10

Quis custodiet ipsos custodes? (Kto dopilnuje samych strażników?) — była to zapewne smutna refleksja wielu czytelników po lekturze odcinka „Errare humanum est?” z nr 7/90 naszego pisma. Chociaż „normalne” błędy powstałe w czasie składania tekstu gazety pojawiały się w każdym odcinku wymienionego cyklu, ostatnio ich liczba przekroczyła wszelkie granice przyzwoitości.

Oczywiście prawidłowe formy brzmią: COMA DIABETICUM, Es-

cherichia i CONIUNCTIVITIS; jedno z fatalnie skróconych zdań winno brzmieć: „Przewijającym się od „Propedeutyki Chorób Wewnętrznych” Szczeklika do ostatniego wydania „Leków Współczesnej Terapii” błędem o niewytłumaczalnej popularności jest...”

Być może takie omyłki w rubryce poświęconej poprawności charakteryzuje szczególna pikanteria; jednakże z racji, że ma się tam upowszechniać prawidłowa, nie mogą zbyć młóczeniem powstałych zaniedbań. (Chochlik lekarski)

Zapotrzebowanie na lekarzy stomatologów w województwie wrocławskim.

1. ZOZ Milicz — 2 lekarzy stomatologów
— Zmigród — 1 lekarz stomatolog
2. ZOZ Oława
1 lekarz stomatolog — Bystrzyca
3. ZOZ Strzelin
— Prusy — 2 lekarzy stom. (małżeństwo), oferujemy mieszkanie 3 pokojowe
— Kochanowice — 1 lekarz stom. — mieszkanie 2 pokojowe
4. ZOZ Wołów
— 2 lekarzy stom. — pokój z kuchnią.



Odpowiedzi: 1e, 2d, 3e, 4d, 5d.

Z przymrużeniem oka

I DLATEGO TAKA DURNA...

Studentce nie wiedzie się na egzaminie. Humor — na nieszczęście dla niej — profesor ma nie najlepszy. Siedzi bokiem do zdającej, ponury, zmęczony i zły, gdyż mucha latająca, na którą poluje — stale mu ucieka spod packi. Studentka coś tam jeszcze bąka i zaczyna płakać.

Profesor, nie patrząc na zdającą, pyta: A czemu nic nie umie?

Byłam ciężko chora panie profesorze — odpowiada szybko zapytana.

Profesor spojrzawszy spoza okularów na dziewczynę i zapytał: A cóż to była za ciężka choroba?

Gardło bolało, panie profesorze — odpowiada szybko.

No tak — mówi profesor — to bardzo ciężka choroba i chyba dlatego taka durna została po chorobie.

Profesor Marciniak w czasie egzaminu ustnego zwraca się do studentki:

Pytanie: Proszę opisać jądro i podać jego wielkość.

Studentka milczy! Bardzo długo milczy!

Profesor zniecierpliwiony: No! Nigdy nie widział?? Przynajmniej niech poda wielkość.

Studentka milczy! Bardzo długo milczy!

Profesor zdenerwowany: No jakie??? wielkości grochu czy orzecha?

Wielkości grochu, Panie Profesorze — odpowiada studentka (!!!)

Profesor: No, gdzież to panna studentka takie widziała?

Studentka: Na ćwiczeniach — — asystent takie pokazał!!!

PRZYPROWADŹCIE MI TEGO ASYSTENTA!!! Wrzasnął Profesor.



CURVATURA MAJOR...

Studentka w swojej pracy egzaminacyjnej pisze o żołądku. Właśnie nie opisuje jego krzywizny, ale niestety niezbyt fortunnie, zwłaszcza tam, gdzie należało podać terminologię łacińską. Pracę poprawia profesor i wynajduje w niej, ku swojemu wielkiemu zdziwieniu, nowy termin dotyczący części żołądka „kurwa Tura major”.

Przy oddawaniu poprawionej pracy profesor przeprowadził taką rozmowę ze studentką:

Moja droga — co to w ogóle ma znaczyć, to co napisała?

Chyba tylko to, że to pierwsze słowo to zawód, słowo drugie to nazwisko, a trzecie to stopień zastugi!

Wykłady profesora Tadeusza Marciniaka cieszyły się olbrzymią popularnością wśród młodzieży studenckiej. Profesor wykładał ciekawie, barwnie i potrafił z przedmiotu, niekiedy nużącego i męczącego dla słuchacza, stworzyć chwile niezapomnianych wrażeń.

Profesor właśnie wykłada anatomię ucha wewnętrznego: mówi o kanale ślimka. Na sali cisza i tylko mocny głos profesora przedstawia plastycznie przebieg kanału. Wszyscy studenci słuchają, niektórzy wręcz z żapartym tchem. Profesor mówi o zawitości kanału, jego ciasnocie: „Wyobraźmy sobie, że jesteśmy w kanale — jest bardzo ciasno, a jego przebieg jest kręty, w kształcie spirali o ostrych zakrętach, nagle musimy się mocno pochylić bo grozi nam... i tu profesor przerywa myśl, zwracając się do siedzącego w pierwszej ławce studenta:

A on dlaczego tak się przygarbił — może chory?

Nie panie profesorze, ja tak się skurczyłem, żeby nie uderzyć się w głowę w kanale ślimaka.

Z pamiętnika młodej lekarki...

Będąc młodą lekarką, oscylującą między przyśpieszeniem i spowolnieniem, wszedł raz do mej przychodni pacjent i wypowiedział się:

— Dzieńdobry pani doktor!

— Dzieńdobry. Co pana do mnie sprowadza?

— Chciałbym zapytać szczerze, czy ja jestem proporcjonalny?

Fachowo obrzuciłam zwrokiem pacjenta i skąstatowałam co następuje: lewą rękę miał dłuższą, a zato prawą krótszą, jedną nogę rozdętą schorzeniem elefancjajis, a drugą uschłą, jedno biodro wybrzuszone flegmoną, drugie wklęsłe, a za plecyma — garb. Odezwałam się więc wymijająco:

— No cóż, greckim bogiem Andonis to pan nie jest.

— Właśnie. Chciałbym więc sobie u pani

doktor zapewnić proporcjonalność.

— Proszę pana, w dobie przemian i wielkiej polityki, nie zajmuję się taką drobnostką jak chirurgia kosmetyczna.

— Hehe! To nie kosmetyka, tylko właśnie polityka!

— Jakto?

— Otóż jestem leaderem nowopowstałej partii, w której niestety prócz rodziny posiadam tylko pięciu sąsiadów za członków. Czyli że przy ordynacji większościowej odpadnę jak grucha, ale na proporcjonalnej wjadę w Parlament jak w masło. Więc nomen omen sam muszę być proporcjonalnym. Da się zrobić?

— Och, medycznie jest to drobnostką. Tu się przytnie, tu shebluje, tu podpompuje i po wszystkim.

— No to jazda!

Zadałam pacjentowi narkozę i przystąpiłam do działalności medycznej. W rezultacie aż się sama zdumiałam, bo wyszło wprost cacko.

— Budzę pana i proszę spojrzeć w lustro.

— Ach! Nie posiadam się wprost z zachwytem! Teraz tylko wymyślę jakiś program, zrobię kampanię, a jak już będę w parlamencie to się pani doktor zrewanżuję ustawą. Zegnam stukrotnie!

Po wyjściu pacjenta pomyślałam, że wolalabym gotówkę, ale w tych niepewnych czasach dobra i ustawa. Swoją drogą, dla młodej lekarki na rubieży, wpływ na wielką politykę jest zjawiskiem wprost niezastąpionym. Do usłyszenia.

EWA SZUMAŃSKA



Sekretariat DIL urzęduje w poniedziałki, środy i piątki w godzinach od 8 do 15 oraz we wtorki i czwartki w godzinach od 8 do 17.

Konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej: Bank Gospodarki Żywnościowej, Wrocław, nr 89-30 22-9537-132-1.

WYDAWCA: DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA

50-333 Wrocław, ul. Matejki 6, tel. 22-94-32 i 22-96-39

Komitet redakcyjny: W. Bednorz, J. Bromirska — redaktor naczelny, A. Głowacki, J. Piekarski, Z. Plamieniak, M. Przystalski, B. Romanowicz — sekretarz redakcji, T. Wilniewicz — korekta, E. Zborowicki — redaktor techniczny.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania materiałów oraz zmian w tytułach.

W numerze wykorzystano rysunki z pism zagranicznych.

Skład i druk: WZGraf. Zakład Nr 2 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego Zam. 558/90. Złożono do druku 28.XI.90. Nakład 4 000.