



NR 2

MARZEC-KWIECIEŃ
ROK XV (2006)

SKALPEL

BIULETYN WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

ISSN 1230-493x

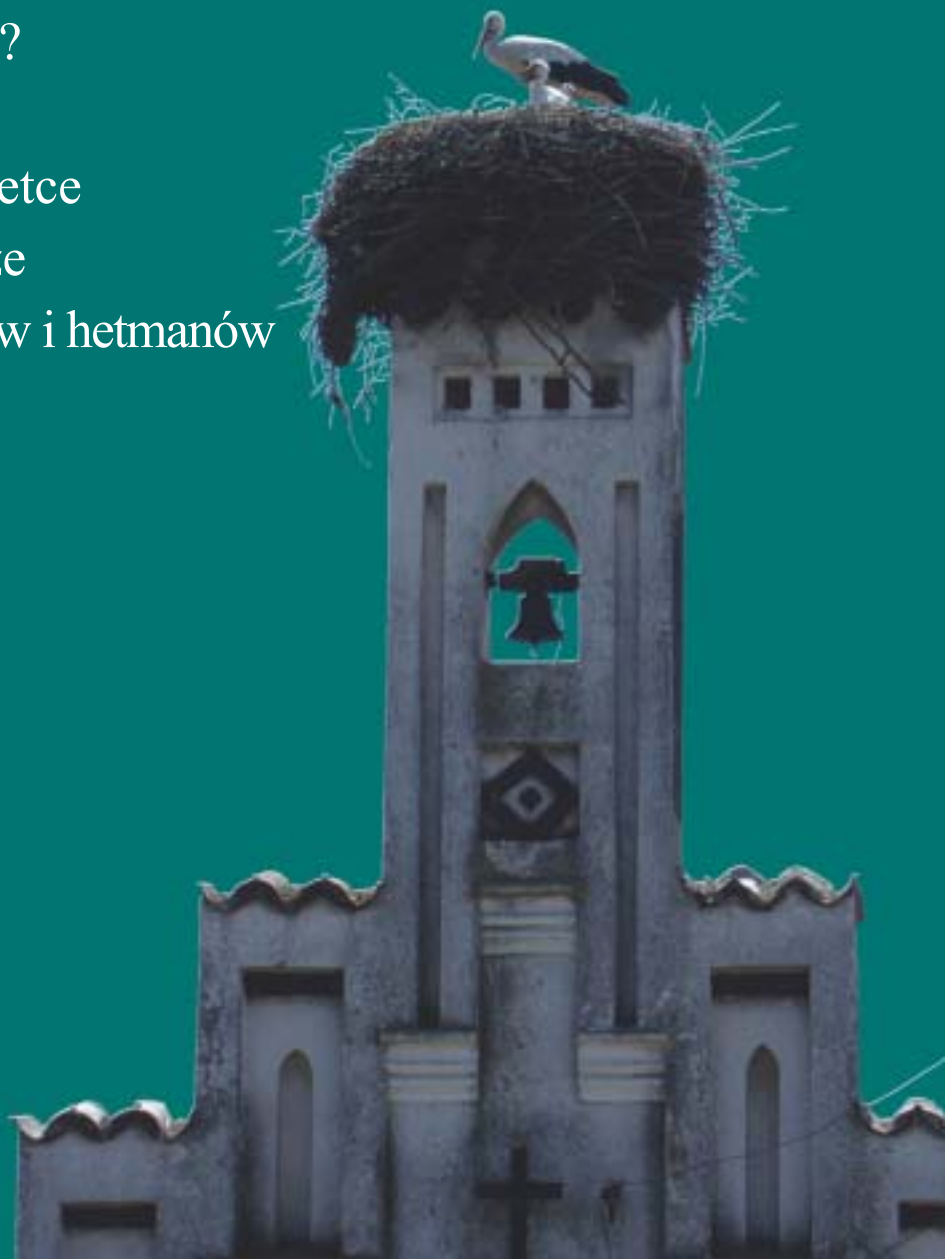
Czy to dobry kierunek?

Delegaci postulują

Leczą zawał już w karetce

Medycyna w literaturze

Lekarze w służbie królów i hetmanów





22 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo – Rehabilitacyjny w Ciechocinku

22 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo – Rehabilitacyjny w Ciechocinku położony w otoczeniu pięknego parku zaprasza na leczenie uzdrowiskowe oraz rehabilitację o profilach:

Kardiologicznym i chorób naczyń
Reumatologicznym
Ortopedycznym
Neurologicznym
Chorób układu oddechowego
Cukrzycy i otyłości
Kobiety po mastektomii

Realizujemy leczenie w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym na skierowania z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz PEŁNOPLATNE.



POSIADAMY:

- ✓ Pokoje 1 – i 2 – osobowe z łazienką, TV satelitarną, telefonem, radiem
- ✓ Nowoczesny Zakład Przyrodoleczniczy – wykonujemy ok. 40 rodzajów zabiegów, w tym także zabiegi leczniczo – rehabilitacyjne z wykorzystaniem surowców naturalnych (solanki, borowiny)
- ✓ Basen z atrakcjami wodnymi: 4 tory pływackie, sztuczna rzeka, masaże karku, jacuzzi, gejzery podwodne oraz sauna sucha i łaźnia parowa
- ✓ Salę konferencyjną z wyposażeniem audiowizualnym
- ✓ Fitness Club
- ✓ Parking strzeżony



OFERUJEMY:

- ✓ Całodobową opiekę medyczną
- ✓ Konsultacje specjalistyczne
- ✓ Psychoterapię
- ✓ Ozonoterapię
- ✓ Diagnostykę medyczną wykonywaną na nowoczesnej aparaturze i laboratoryjną w zakresie ww. profili leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem kardiologii
- ✓ Całodzienne wyżywienie (śniadanie, obiad, kolacja) w tym diety (m.in. przeciwmiażdżycowa, niskokaloryczna, lekkostrawna, cukrzycowa)



22 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo - Rehabilitacyjny SP ZOZ
ul. Wojska Polskiego 5, 87-720 Ciechocinek,
www.sanatorium-wojskowe.ciechocinek.pl,
office@sanatorium-wojskowe.ciechocinek.pl

Rezerwacja i informacja: (054) 283 3211 wew. 3584 lub 3684

Koleżanki i Koledzy,

Nowy Rok, mimo pokładanych w nim nadziei, raczej nic nowego i pozytywnego naszej służbie zdrowia nie przyniesie. Co gorsze, brak przesłanek, które zwiastowałyby jakąkolwiek poprawę. Na tym tle problemy członków naszej, Wojskowej Izby Lekarskiej są coraz widoczniejsze.

Rośnie liczba skarg kolegów, będących jeszcze w służbie zawodowej, na pogarszające się warunki pracy i służby. W armii lekarzy wojskowych jest coraz mniej – mówi się, że do pełnej obsady brakuje już od 300 do 400 lekarzy medycyny. Skarżą się koledzy, że nowych zadań do realizacji przybywa a lekarzy ubywa. Dowódcy, chcąc utrzymać wymagany poziom gotowości starają się z tej garstki wycisnąć jak najwięcej, ograniczając wydawane zgody na kursy i szkolenia specjalistyczne, narzucając lekarzom pracę często za dwóch lub nawet trzech – bo są wakaty – i to bez jakiegokolwiek dodatkowej gratyfikacji finansowej. Czy to nie jest oczywisty wyzysk człowieka przez człowieka? Ale tych dowódców też można próbować zrozumieć – oni muszą wymagać, bo chcą awansować. Często przełożonych nie interesuje, że każdy lekarz ma swoje plany zawodowe, myśli o rozpoczęciu lub kontynuowaniu specjalizacji klinicznej, nie chcąc ze swoją wiedzą pozostać w tyle. Warunki płacowe w armii przestają być atrakcyjne, dodatkowych bonusów też już nie ma. Ogłoszeń w prasie o tym, że w krajach Unii Europejskiej poszukiwani są lekarze, także z Polski, jest coraz więcej i coraz bardziej kuszących – dobrą i dobrze płatną pracą z możliwością rozwoju zawodowego. To powoduje, że coraz częściej nawet i ci co jeszcze służą w wojsku dzwonią do Izby z zapytaniem o warunki wydania zaświadczeń o uzyskanych kwalifikacjach i umiejętnościach, które pozwolą podjąć pracę w innych państwach. Spotkałem też ogłoszenie – kuriozum – armia Danii poszukuje chętnych lekarzy, mile widziane

doświadczenie wojskowe. Ironia losu? Chyba nie. Dlaczego jest tak mało chętnych lekarzy do pracy w wojsku? Może przyczyną są stale obniżane stopnie etatowe i uposażenia realnie niższe, może to brak satysfakcji z pełnionej służby; a może bardzo ograniczone możliwości kształcenia, może brak Wojskowej Akademii Medycznej, która jednak dobrze kształciła przyszłych lekarzy wojskowych? Czy ktokolwiek odpowie kiedyś za taką szkodliwą decyzję? Obawiam się, że żadnemu z decydentów włos z głowy za to nie spadnie.

Pamiętam, że na jednym z posiedzeń Rady Lekarskiej WIL już ze dwa lata temu zapytaliśmy Szefa Zarządu Służby Zdrowia o przyczynę redukcji w służbie zdrowia i sugerowaliśmy, że spowoduje to duże braki w obsadzie lekarskiej. Dowiedzieliśmy się wtedy, że wystarczy ogłosić w gazetach o zaciągu do służby, a chętni sami się znajdą i izba tym nie powinna się martwić. Bez WAM-u sobie poradzimy. I okazało się, że tych kolegów lekarzy, chętnych i wykształconych, ze specjalizacjami jakoś nie widać – no może widać, ale w drodze do szpitali w innych krajach Unii. Lekarzy brak mimo ogłoszeń w gazetach – nawet na atrakcyjne misje pokojowe. I nie ośmielię się zaproponować, by armia ogłaszała się w gazetach państw sąsiednich – może ktoś się skusi? Całe szczęście, że ci wszyscy, którzy jeszcze służą i pracują w placówkach wojskowej służby zdrowia mają w sobie poczucie odpowiedzialności za to co robią, co powinni robić – mimo wakatów i przeciwności. Sądzę, że to są cechy wpojone jeszcze na WAM-ie choć nie wszyscy sobie z tego zdają sprawę. Ale tych wamowców jest coraz mniej, odchodzą tam gdzie proponuje się inne, lepsze warunki pra-



cy i płacy. Można się z ich wyborem nie zgadzać, ale zmian wywołanych przez stosunki kapitalistyczne już nie cofniemy. I o tym chcę przypomnieć wszystkim naszym decydentom – od kierownika po ministra.

A na koniec mam jedną dobrą wiadomość. Wygląda na to, że Wojskowa Izba Lekarska i stanowisko Prezesa WIL jest potrzebne – i nie zgadniecie komu? W dniach 19 i 20 listopada 2005 r. odbył się zjazd sprawozdawczo wyborczy naszej izby. O stanowisko Prezesa ubiegało się kilku kandydatów – takich, którzy już wiele zrobili dla całej korporacji i naszego środowiska i takich, których chcieli rękoma (czy też głosami) części delegatów wybrać nam – no kto? – nasi przełożeni służbowi. Bowiem jak fama głosi – niektórzy komendanci i szefowie na „ojcowskich” rozmowach z delegatami proponowali konkretne nazwiska, na które powinni zagłosować. To takie dawne „wicie, rozumiecie towarzyszu”. I nasuwa się pytanie „komu to służy? I kto za tym stoi?” Czyżby „stare” wracało w nowych barwach?

Konrad MAĆKOWIAK
wiceprzewodniczący RL WIL

Szanowni delegaci!
XXII Zjazd Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej
odbędzie się 31 marca 2006 r. w Warszawie,
w CePeLek, ul. Koszykowa 78, I p. – Sala Konferencyjna.
Początek obrad – godz. 10.30.
Obecność delegatów obowiązkowa.

WYDAWCA:

Wojskowa Izba Lekarska
ul. Koszykowa 78
00-909 Warszawa

tel. (0-22) 6211211

(0-22) 6210493

tel. MON: 845675

845653

tel./fax MON: 845580

e-mail: wojsko@hipokrates.org

www.wil.oil.org.pl

Konto WIL:

PKO BP S.A.

IX O/Warszawa

50 1020 1097 0000 7802 0001 6741

Konto Komisji Bioetyki przy WIL:

PKO BP SA

IX O/Warszawa

10 1020 1097 0000 7602 0005 0054

Redaktor naczelny:

Zbigniew Ulanowski

e-mail: z.ulanowski@wp.pl

tel. (0-22) 621 04 93 w. 5 lub 184

Sekretarz redakcji:

Ewa Kapuścińska

e-mail: ekapuscinska@oil.org.pl

Rada Redakcyjna:

Marian Brocki

Krzysztof Chomiczewski

Kazimierz Cieślak

Sławomir Marat

Fot. na I okładce:

Zbigniew Ulanowski

Druk:

Zakład „Poligraf”

tel. (0-22) 665-27-08

Nakład: 4350 egz.

ISSN 1230-493x

Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów i zmian redakcyjnych w nadsyłanych tekstach.

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść listów do redakcji, ogłoszeń i reklam.

Spis treści

nr 2/2006

Szpalta Prezesa – Konrad Maćkowiak	1
Od redakcji – Zbigniew Ulanowski	3
Delegaci postulują	4
Posiedzenie Prezydium RL WIL z 13 stycznia 2006 r.	5
W skrócie	6
Czy to dobry kierunek? – Piotr Jamrozik	6
Leczą zawał już w karetce – Piotr Wróbel	8
Nowe akty prawne	10
Lekarze w służbie królów i hetmanów polskich – Witold Lisowski	14
Jest dobrze – Janusz Matecki	19
Może będzie lepiej (odpowiedź redakcji) – Ewa Kapuścińska	20
Postępowanie fizykalno-usprawniające u pacjentów z zaburzeniami ruchowymi w idiopatycznej chorobie Parkinsona – Marzenna Bazan	21
Różnice w systemach motywacyjnych lekarzy cywilnych i wojskowych na przykładzie WIM w Warszawie – Paweł Szymański	24
Medycyna w literaturze – Zbigniew Jabłoński	27
PWN poleca	30
Czy jesteśmy przygotowani? – Jerzy Mierzejewski	31

WOJSKOWA IZBA LEKARSKA**Przewodniczący WIL:***prof. dr hab. med. Marian Brocki***Wiceprzewodniczący WIL:***lek. dentysta Bogdan Barut**plk lek. Piotr Dzięgielewski**lek. Konrad Maćkowiak**plk lek. Jerzy Chmielewski***Sekretarz WIL:***dr n. med. Marian Dójczyński***Skarbnik WIL:***lek. Jerzy Staszczuk***Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:***prof. dr hab. med. Krzysztof Chomiczewski***Przewodniczący Sądu Lekarskiego:***plk lek. Sławomir Marat***Przewodniczący Komisji ds. Rejestru i Prawa Wykonywania Zawodu****oraz Praktyk Prywatnych:** *dr n. med. Zbigniew Zaręba***BIURO WIL****Dyrektor Biura WIL:***dr n. med. Kazimierz Cieślak***Sekretariat Biura WIL:***Ewa Petaś**tel. (0-22) 621 12 11 w. 179**tel. (0-22) 621 04 93***Główna Księgowa:***Anna Rosowska**tel. (0-22) 621 04 93 w. 174***Sąd lekarski:***mgr Bogdan Sieradzki**tel. (0-22) 621 04 93 w. 178***Rejestr lekarzy oraz****praktyki prywatne :***Patrycja Wonatowska**tel. (0-22) 621 04 93 w. 2 lub 175**fax (0-22) 621 04 93 w. 195***Składki członkowskie:***Dominika Sałapa**tel. (0-22) 621 04 93 w. 180***SKOK Izb Lekarskich:***Elżbieta Walczak**tel. (0-22) 684 56 75 w. 180,**pon. 8-13, wt. i czw. 14-18***Godziny pracy biura WIL:** poniedziałek-piątek: 8.00-15.00

Koleżanki i Koledzy,

Niespokojnie zaczął się nam ten 2006 rok. Zaiskrzyło już na przełomie starego i Nowego Roku na linii NFZ – lekarze Porozumienia Zielonogórskiego. Wiadomo, poszło o pieniądze, zbyt małe by zadowolić prywatnych świadczeniodawców usług POZ. Szytne w tej sprawie stanowisko obu stron i eskalacja wybuchłego protestu, aż do groźby zamknięcia po pierwszym styczniu prywatnych gabinetów w kilkunastu województwach, wyzwoliły łańcuch nerwowych reakcji i prowokacyjnych wypowiedzi prominentnego członka PiS-owskiego rządu. Takiego straszaka na niepokornych - wojskowych kamaszy - nie używał nikt od czasów gomulkowskiego PRL-u. Czyżby obudził się demon drzemący w podświadomości pana ministra? Do tego dołączył jeszcze jeden, nie mniej perfidny pomysł złamania zapowiedzianego oporu siłami lekarzy wojskowych. Jednych przeciwstawić drugim, rozbić lekarską jedność, korporacyjną solidarność, zastraszyć – czyż nie o to chodziło? Przecież „garstka” lekarzy wojskowych i tak nie byłaby w stanie udźwignąć ciężaru zadania jakim chciano ich obarczyć. Oburzenie i jednoznaczna reakcja nie tylko lekarskiego środowiska w pełni więc były uzasadnione. Konflikt ostatecznie udało się wygasić bo minister zdrowia prof. Z. Religa obiecał znaleźć w kasie dodatkowe środki finansowe, przy okazji kładąc na szali swój autorytet i zapowiedź własnej dymisji, gdyby obietnica nie znalazła pokrycia. Na dictum ministra L. Dorna nie pozostał milczącym także VIII Krajowy Zjazd Lekarzy obradujący w Warszawie, który wystosował list otwarty z żądaniem dymisji pana ministra. Można przyjąć, że odpowiedzi nie było. Bo i po co. Rzecz by się chciało – „psy szczekają, karawana idzie dalej”.

W takich uwarunkowaniach trudno myśleć, że ma się ku lepszemu, co zresztą widać gołym okiem. Problemów nijak nie ubywa. Ot choćby brak ustawowych rozstrzygnięć dotyczących ratownictwa medycznego. Uchwalona przed laty ustawa nigdy nie weszła w życie, zdążyła wskutek ciągłego odkładania na lepsze czasy umrzeć śmiercią naturalną, ze starości. Jak twierdzi minister zdrowia – nie przystaje do dzisiejszej rzeczywistości, do innych już uwarunkowań oraz

rzeczywistych i potencjalnych zagrożeń. Nie mam podstaw sądzić, że tak w istocie rzeczy nie jest. Faktem jednak pozostaje nie tylko brak spójnego systemu ratownictwa, sieci szpitali posiadających dobrze wyposażone oddziały ratunkowe (SOR-y), ale też istnienie w tej materii swoistej „partyzantki” uprawianej lepiej lub gorzej w różnych regionach kraju. Podobno, po decyzjach obecnego rządu, nowa ustawa ma zacząć działać od 2007 roku. Na razie rząd przyjął założenia do ustaw o ratownictwie medycznym i o zarządzaniu kryzysowym, które to – jak mówi premier – ściśnięte są ze sobą powiązane. Nie jest tajemnicą, że i w tej dziedzinie szkopuł tkwi w pieniądzach, a raczej w ich braku. Na ratownictwo medyczne w budżecie państwa na rok bieżący znalazły się one tylko w śladowej ilości. Styczniowa tragedia w Katowicach, masowość ofiar katastrofy budowlanej i zorganizowany wysiłek wszystkich zaangażowanych w akcję ratowniczą pokazały dobitnie jak bardzo potrzebny jest sprawnie działający system ratownictwa. Póki co, minister zdrowia zachęca wojewodów do czerpania z wzorców wypracowanych na Śląsku. Docelowo sieć szpitali posiadających oddziały ratunkowe obejmować ma 250 takich placówek. Jedną z nich 2 lutego br., 4 Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu, wizytował premier Kazimierz Marcinkiewicz, który uznał, że dobrze zorganizowany i funkcjonujący w tym szpitalu oddział ratunkowy może być godnym upowszechnienia przykładem. Jako że nie jest to bynajmniej jedyny taki oddział w szpitalach wojskowych możemy odczuwać pewną satysfakcję z dotychczasowych dokonań w resorcie obrony narodowej.

Finansowanie sektora zdrowia w Polsce na jednym z najniższych poziomów w Europie, niespełnione dotychczasowymi reformami służby zdrowia oczekiwania społeczeństwa, degradacja placówek służby zdrowia i skandalicznie niskie wynagrodzenia pracowników tego sektora zaowocowały zawianiem Koalicji Teraz Zdrowie. Koalicja ta jest inicjatywą organizacji zrzeszających lekarzy, pielęgniarki i położne, farmaceutów, pacjentów i menedżerów służby zdrowia, firmy farmaceutyczne oraz producentów sprzętu medycznego, jest otwarta na wszystkie środowiska, organizacje i osoby chcące doprowadzić do poprawy jakości systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zdaniem Koalicji reforma systemu ochrony zdrowia powinna stać się priorytetową reformą państwa, co oznacza konieczność przeznaczenia na ten cel dodatkowych środków finansowych w wysokości porównywalnej do tych jakie przeznaczane były na inne reformy jak np. samorządową, emerytalną czy górnictwa. Sygnatariuszami podpisanej deklaracji koalicji są m.in.: Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Izba Aptekarska, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, OZZL. Swoją działalność Koalicja Teraz Zdrowie rozpoczęła 10 lutego 2006 roku, w przeddzień XIV Światowego Dnia Chorego, konferencją, w której wzięli udział wicemarszałek Sejmu RP Andrzej Lepper, wicepremier i minister finansów prof. Zyta Gilowska, minister zdrowia prof. Zbigniew Religa. Do omawianych problemów zapewne nie raz będziemy wracać, z nadzieją że nie skończy się tylko na ich artykułowaniu.

Zbigniew Ułanowski

13 stycznia 2006 r. zginął tragicznie
nasz kolega i przyjaciel

por. lek. Dariusz Uszko

Złączeni w głębokim żalu i smutku z rodziną zmarłego

koledzy z XXXV kursu WAM

CZEŚĆ JEGO PAMIĘCI!

Delegaci postulują

Wtrakcie obrad XXI Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej delegaci zgłosili do Komisji Uchwał i Wniosków szereg postulatów, które następnie zostały przyjęte przez Zjazd. Ich zbiór przedstawiamy poniżej czytelnikom „Skalpeła”. Obligują one **Radę Lekarską WIL** do:

1. udzielenia pełnego poparcia wnioskowi NRL w sprawie ustalenia urlopu edukacyjnego (2 tygodnie) oraz umożliwienia odpisywania od dochodu kosztów kształcenia;
2. w szerszym niż dotąd zakresie analizowania problemów oficerów lekarzy z jednostek wojskowych i uczestniczenia w konstruktywnym ich rozwiązywaniu;
3. rozpatrzenia możliwości odtworzenia delegatur WIL w wybranych rejonach kraju i uwzględnienia w budżecie Izby ewentualnych środków na ich funkcjonowanie;
4. reaktywowania działalności Koła Młodych Lekarzy Wojskowych i zapraszania przedstawiciela koła na posiedzenia Rady Lekarskiej WIL;
5. popierania tworzenia w terenie Wojskowych Kół Lekarzy Seniora oraz rekomendowania Naczelnej Izbie Lekarskiej tworzenia takich kół, w ramach współpracy lekarzy seniorów cywilnych i wojskowych;
6. wystosowania apelu do pracujących lekarzy emerytów wojskowych o opłacanie, w miarę możliwości, składki członkowskiej w wysokości wyższej niż obligatoryjnie ich obowiązującej;
7. ustosunkowania się do uchwały zgromadzenia sędziów Sądu Lekarskiego IV kadencji WIL w sprawie wyróżnienia honoro-

wą statuetką zasłużonych sędziów i zatrudnienia radcy prawnego do obsługi prawnej Sądu Lekarskiego WIL;

8. rekomendowania obligatoryjnej prenumeraty czasopisma „Lekarz Wojskowy” przez członków WIL, jako fachowego pisma lekarzy wojskowych;
9. rozpatrzenia potrzeby i możliwości pozyskania w najbliższym czasie własnej siedziby przez WIL;
10. skierowania apelu do lekarzy pozostających w czynnej służbie wojskowej o uczestniczenie w zjazdach, konferencjach itp. zgromadzeniach w mundurach wojskowych;

• *wystąpienia do Szefa Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia – Pełnomocnika Ministra Obrony Narodowej ds. Resortowej Opieki Zdrowotnej:*

1. o bezwzględne, bez wyjątków, przedstawianie do opiniowania przez Radę Lekarską WIL wszystkich kandydatów na kierownicze stanowiska w wojskowej służbie zdrowia;
2. o przygotowanie opartej o obowiązujące przepisy jasnej i czytelnej koncepcji kształcenia podyplomowego lekarzy wojskowych w zakresie fachowym i służbowym, z uwzględnieniem aktualnych potrzeb wojska i trendów w ochronie zdrowia w czasie „P” i „W”;
3. o wyposażenie Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych w niezbędny sprzęt i materiały sanitarne pozwalające w pełni realizować szkolenie na oczekiwanym poziomie;
4. z zapytaniem czy obecny system kierowania na kursy,

tak w zakresie przygotowania na pierwszy stopień oficerski jak również na kolejne stopnie wojskowe, służy właściwie wojskowej służbie zdrowia i zapewnia jej rozwój;

• *i do Ministra Obrony Narodowej:*

1. z apelem o szybkie opracowanie, we współpracy z Radą Lekarską WIL, modelu przebiegu służby oficerów lekarzy i lekarzy dentystów. W ramach modelu zawrzeć zasady wyznaczania na stanowisko, awansowania w stopniach wojskowych, rozwoju fachowego i służbowego;
2. z prośbą o przeanalizowanie dotychczasowych zasad funkcjonowania Rad Społecznych w wojskowych SP ZOZ i powoływanie ich w przyszłości zgodnie z obowiązującymi przepisami w służbie zdrowia;
3. o podjęcie konstruktywnych rozmów MON z Radą Lekarską w sprawie utworzenia w wojsku, w obecnej strukturze organizacyjnej wojskowej służby zdrowia, etatów rezydenckich lub działań organizacyjnych zapewniających bezkolizyjne podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez oficerów lekarzy;
4. poprzez Pełnomocnika Ministra Obrony Narodowej ds. Resortowej Opieki Zdrowotnej, o przedstawienie jasnej koncepcji naboru kandydatów do służby i zasad ich przygotowania do pracy na stanowiskach lekarzy w jednostkach wojskowych;
5. z pytaniem czy obecny status finansowania SP ZOZ w wojsku umożliwi pełną realizację potrzeb wojska i spełnia oczekiwania oficerów lekarzy;
6. skierować apel o wnikliwie zainteresowanie się przyczyną złej obecnie sytuacji w jakiej znalazło się wojskowe lecnicstwo stomatologiczne pomimo licznych, wcześniejszych i konstruktywnych propozycji naprawy zgłaszanych przez Radę Lekarską WIL.

(red.)

Uwaga absolwenci VI Kursu WAM!

II Jubileuszowy Zjazd Towarzyski VI Kursu WAM odbędzie się w dniach 9-11.06.2006 r. w Jadwisinie k. Zegrza.

Chętnych do udziału w zjeździe prosimy o kontakt z organizatorami:

kol. Wiesław Raszewski - tel. 604 17 99 45

kol. Andrzej Modrzewski - tel. 601 314 329.

Posiedzenie Prezydium RL WIL

13 stycznia 2006 r.

W posiedzeniu Prezydium Rady Lekarskiej WIL, które odbyło się 13 stycznia br. wzięło udział 10 członków Prezydium oraz Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL prof. Krzysztof Chomiczewski, przewodniczący Sądu Lekarskiego WIL dr Sławomir Marat, przewodniczący Komisji Wyborczej WIL – dr Ryszard Zachar, członek RL WIL – dr Artur Płachta, dyrektor Biura WIL – dr Kazimierz Cieślak, i redaktor naczelny biuletynu „Skalpel” – dr Zbigniew Ulanowski. Przewodniczył posiedzeniu prof. Marian Brocki.

Na wstępie przewodniczący WIL prof. M. Brocki oraz delegaci WIL na VIII Krajowy Zjazd Lekarzy kol. E. Dziuk, J. Staszczyc i K. Maćkowiak złożyli relację z przebiegu obrad Zjazdu i wyborów nowych władz oraz poinformowali o podjętych przez Zjazd uchwałach. Przewodniczącym NRL na kolejną kadencję został wybrany dr Konstanty Radziwiłł, a Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej NIL została dr Jolanta Maria Orłowska-Heitzman z Krakowa. Z Wojskowej Izby Lekarskiej do organów NIL zostali wybrani: kol. J. Staszczyc – do Krajowej Komisji Wyborczej, prof. B. Stawarz – do Sądu Lekarskiego, kol. J. Małecki wybrany został na zastępcę Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a prof. J. Kruszewski do NRL – poinformował prof. M. Brocki. Prof. E. Dziuk dodał, że do Naczelnej Rady Lekarskiej, poza prof. J. Kruszewskim, wchodzi z urzędu przewodniczący WIL. Prof. M. Brocki powiedział, że Prezes K. Radziwiłł zobowiązał się do złożenia za 2 lata sprawozdania z wykonania postulatów Zjazdu na Nadzwyczajnym Zjeździe Lekarzy. Na KZL wiele uwagi poświęcono

żądaniu podwyższenia uposażeń dla lekarzy i innego personelu medycznego. Ten postulat spotkał się ze zrozumieniem i wyraźnym poparciem ministra zdrowia prof. Z. Religi. Ważnym wydarzeniem było sformułowanie listu otwartego Zjazdu, będącego reakcją na wypowiedzi i podjęte działania przez ministra spraw wewnętrznych i administracji L. Dorna w związku z protestem lekarzy Porozumienia Zielonogórskiego – mówił kol. Konrad Maćkowiak.

Prezydium RL WIL pozytywnie zaopiniowało kandydaturę kpt. lek. **Jacka MILAKA** na stanowisko Przewodniczącego Terenowej Wojskowej Komisji Lekarskiej w Gliwicach.

Na wniosek przewodniczącego Komisji ds. Rejestru Lekarzy, Prawa Wykonywania Zawodu i Prywatnych Praktyk kol. Z. Zaręby prezydium podjęło jednogłośnie uchwałę **nr 42/06/V** – w sprawie skreślenia z ewidencji WIL trzech lekarzy z powodu przeniesienia do innych okręgowych izb lekarskich:

1. lek. Paweł Burek, nr p.w.z. 1183737 – do OIL w Olsztynie;
2. lek. Aleksander Lenda, nr p.w.z. 7766175 – do OIL w Zielonej Górze;
3. lek. Maciej Łukomski, nr p.w.z. 5173808 – do OIL w Zielonej Górze

oraz uchwały dotyczące wydania zezwoleń na wykonywanie indywidualnych ogólnolekarskich i specjalistycznych praktyk lekarskich, dodania kolejnych miejsc praktyki i wykreślenia miejsc wyko-

nywania praktyki oraz skreślenia z rejestru praktyk.

Omawiano też sprawy lekarzy, którzy zwrócili się do WIL z prośbą o pomoc w rozwiązaniu ich problemów pozostających w związku z wykonywaniem zawodu i kształceniem podyplomowym. Prezydium RL WIL postanowiło zwrócić się o dodatkowe wyjaśnienia w ich sprawach do szefa Zarządu Wojskowej Służby Zdrowia SG WP.

Prezydium rozważało też sprawę kontynuowania umowy o zakup „Lekarza Wojskowego” dla jednostek wojskowych. Problem stanowią wysokie koszty tego przedsięwzięcia, zwłaszcza w obliczu drastycznego obniżenia się wpływów ze składek, co stanowi istotne obciążenie dla WIL – przypomniał skarbnik. Decyzję odłożono, a na wniosek przewodniczącego prezydium powołało komisję, której zadaniem będzie dokonanie wnikliwej analizy i oceny problemu. Wnioski komisja przedstawi Radzie Lekarskiej na jej najbliższym posiedzeniu. Komisja ta ma także wybrać oferenta, z którym zawarta zostanie umowa na druk biuletynu „Skalpel”.

Na koniec Prezydium podjęło kilka decyzji odnośnie indywidualnych wniosków lekarzy o zwolnienie z opłacania składek członkowskich, uregulowania należności za przedstawione faktury, zaakceptowało wydatki związane ze zmianą podłączenia telefonów w biurze WIL.

Z. U.

Praca w Poznaniu

111 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Poznaniu zatrudni pilnie lekarzy: anestezjologów, kardiologów, okulistów, ortopedę, internistę, radiologa oraz magistrów farmacji.

Zgłoszenia – dział kadr: tel. 061-857-47-70.

W skrócie...

W dniach 5-7 stycznia 2006 roku obradował w Warszawie **VIII Krajowy Zjazd Lekarzy**.

Sprawozdanie, komentarze, uchwały dotyczące zjazdu zamieszczono w „Gazecie Lekarskiej” (2/2006) oraz na stronie internetowej NIL (www.nil.org.pl). Na stanowisko prezesa NIL na V kadencję powtórnie wybrano lek. **Konstantego Radziwiła**.

Od czterech lat „Puls Medycyny” organizuje wybory na **Listę Stu** najbardziej wpływowych osób w polskiej ochronie zdrowia w minionym roku. Dziennikarze magazynu proponują kandydatów (w tym roku ponad 300), z których to 10 ekspertów zaproszonych przez redakcję wybiera najbardziej wpływową setkę. Kandydaci oceniani są w skali 0-10, w czterech kategoriach:

- ◆ osiągnięcia/dokonania w poprzednim roku,
- ◆ reputacja zawodowa,
- ◆ kontakty, sieć powiązań i wpływów,
- ◆ siła publicznego oddziaływania.

Za najbardziej wpływową osobę w polskiej ochronie zdrowia w roku 2005 został uznany **prof. Zbigniew Religa** – kardiochirurg, minister zdrowia. Na kolejnych miejscach w pierwszej dziesiątce znaleźli się:

2. Jerzy Miller, prezes NFZ, Warszawa;
3. Konstanty Radziwiłł, lek. rodzinny, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Warszawa;
4. Jarosław Pinkas, dr n. med. podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, Warszawa
5. Marek Balicki, lek. psychiatra, b. minister zdrowia, Warszawa;
6. Arkadiusz Nowak, ksiądz, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Warszawa;
7. Andrzej Sośnierz, dr n. med., neurolog, poseł RP, Katowice
8. Elżbieta Radziszewska, lek., poseł RP, Piotrków Tryb.;

cd. na str. 7. ►

W numerze 1/2006 r. „Skalpela” (str. 27-29) prezentowaliśmy artykuł pt.: *Optymalizacja struktur organizacyjnych wojskowej służby zdrowia w procesie zabezpieczenia medycznego czasu „P”*.

Komendant Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych w Łodzi – płk dr n. med. Piotr JAMROZIK przesłał do redakcji swoje uwagi dotyczące treści przedstawionych w tym artykule:

Czy to dobry kierunek?

Termin „optymalizacja”, znany z wielu opracowań, sugeruje pewną przemyślaną, „naukową” koncepcję reorganizacji wojskowej służby zdrowia. Czy tak się stanie to pokaże dopiero przyszłość. Pozwolę sobie jednak przedstawić kilka uwag odnośnie wybranych problemów, które zostały zaprezentowane we wspomnianym artykule.

1. Zdjęcie lekarzy wojskowych z etatów jednostek wojskowych spowoduje całkowite zaprzestanie działalności służby zdrowia na ich terenie. Jeżeli praca lekarza wojskowego polegałaby tylko na działalności leczniczej to zaproponowane rozwiązania można byłoby zaakceptować. Pojawia się jednak pytanie – kto zatem odpowiadać będzie za całość zabezpieczenia medycznego jednostki wojskowej? Czy opuszczenie struktur wojskowych przez wojskową służbę zdrowia nie doprowadzi w krótkim czasie do pojawienia się pomysłu „ucywilnienia” Garnizonowych Ośrodków Wojskowej Służby Zdrowia (GOWSZ), tak jak to się stało z częścią szpitali wojskowych i wszystkimi WSPLekami.
2. Garnizonowy Ośrodek Wojskowej Służby Zdrowia bardzo przypomina strukturą organizacyjną Garnizonowe Izby Chorych, których działalność skończyła się całkowitym fiaskiem,

m.in. z powodu sprzecznych zadań jakimi byli obarczani pracujący tam lekarze wojskowi. Pozostaje pytanie gdzie znaleźć nieruchomości posiadające infrastrukturę spełniającą wymogi określonych przepisów, szczególnie dla wydzielonego oddziału szpitala wojskowego. Skąd wziąć w mniejszych garnizonach lekarzy, którzy nie tylko będą leczyć, ale zabezpieczać także szkolenie poligonowe, rejsy okrętów, loty samolotów, strzelania, zajmą się medycyną pracy oraz stanem sanitarno-higienicznym jednostki? Nie zapominajmy także o stałym podnoszeniu przez nich swoich kwalifikacji, pracy dodatkowej, a ponadto odwiedzaniu najbliższej rodziny, która często mieszka kilkaset kilometrów dalej. Jeśli uważamy, że lekarze tych Ośrodków zgodnie i sprawiedliwie podzielą się niemałymi obowiązkami przy istniejących brakach etatowych, to należałoby mocno się zastanowić nad formowaniem nowych struktur organizacyjnych.

3. Nie bardzo rozumiem powody włączenia Ośrodków w system Obwodu Profilaktyczno-Leczniczego na czas „P”, zwłaszcza, że SP ZOZ-y (szpitale, wojskowe przychodnie specjalistyczne) są jednostkami prowadzącymi działalność rynkową i pozyskują środki finansowe z kontraktów z NFZ. Poza tym czy

obecna struktura organizacyjna Komendanta Obwodu pozwala na sprawne kierowanie tak dużymi zasobami ludzkimi. Przedstawione w artykule koncepcje nie są w tym miejscu spójne. W pierwszej części pisze się o podporządkowaniu GOWSZ fachowo i służbowo Komendantowi Obwodu Profilaktyczno-Leczniczego, a w drugiej części o podległości służbowej pod dowódcę garnizonu, a fachowo wspomnianemu wyżej Komendantowi. Kto zatem prawdę będzie decydować o działalności Ośrodka? Ciekawi mnie opinia dyrektorów WSPLeków, których należałoby zgodnie z przedstawioną koncepcją zdjąć ze stanowisk, a przychodnie włączyć do GOWSZ.

4. Na temat reorganizacji struktur medycznych i systemu zabezpieczenia medycznego powstało wiele artykułów, prac badawczych, wygłoszono dziesiątki referatów – jednakże jakoś bez wyraźnych efektów. Moim skromnym zdaniem, ktoś w końcu powinien określić pewne standardy w zakresie zabezpieczenia medycznego, dostosowane do poziomów udzielania pomocy.
5. Chciałbym w tym miejscu wyrazić swoją opinię na temat braku lekarzy w jednostkach wojskowych. Jest to kwestia podnoszona w wielu gremiach i budząca spore emocje. Zgadzam się, że podawana liczba 300 brakujących lekarzy jest ogromna i będzie się stale powiększała, ale w tej chwili problem ten nie dotyczy młodych lekarzy. Dość dokładnie monitorowałem tę sprawę, opierając się na dokumentach, jednakże jeżeli nie podejmiemy szybkich decyzji to doprowadzimy do tragedii. Pomijany jest problem niedostatku lekarzy posiadających specjalizacje, zwłaszcza te szczególnie potrzebne w wojsku. Jeżeli ta

sprawa nie zostanie uregulowana w najbliższym czasie, to nastąpi masowy odpływ młodych lekarzy z wojska. Zapewne rok 2006 będzie rokiem sprawdzającym pewne koncepcje pozytywności dla wojska kadr medycznych, ale jeżeli to się nie uda, to chciałbym podkreślić, że kandydaci na Wydziale Wojskowo-Lekarskim Uniwersytetu Medycznego są, ale pozostaje stworzenie jasnych warunków ich naboru do wojska. Moim zdaniem należy natychmiast rozwiązać dziwną, wręcz absurdalną sytuację braku w jednostkach wojskowych etatów podporuczników, skoro lekarze chcący przyjść z cywila nie mogą objąć innego stanowiska. Poza tym, czy lekarz cywilny funkcjonujący w danym środowisku i mający możliwość pracy w mundurze w pobliskiej jednostce chciałby być rzucony na drugi koniec Polski (a przecież wystarczyłoby zapewnienie, że trafi do miejsca gdzie chciałby służyć i jest tam vacat).

6. Uważam, że wojskowa służba zdrowia nie jest przygotowana do propozycji wydzielenia etatów lekarzy z jednostek wojskowych, bo przeczy to m.in. doświadczeniom z innych armii, np. Bundeswehry. Natomiast funkcjonowanie służby zdrowia, szczególnie centrali na zasadzie odrębności od rodzajów Sił Zbrojnych jest do rozważenia, choć sugerowane pozbawienie jej przede wszystkim samodzielności logistycznej, braki etatowe i sprzętowe sprawią wiele problemów.
7. Liczby 75% i 25% dotyczące finansowania GOWSZ nie zostały poparte odpowiednimi kalkulacjami, chociaż powszechnie wiadomo, że preferencje rynkowe nie są zbieżne z potrzebami Sił Zbrojnych. Moim zdaniem funkcjonowanie tego Ośrodka

cd. na str. 8. ►

W skrócie...

dokończenie ze str. 6. ▼

9. Maciej Piróg, dr nauk med., pediatra, dyrektor Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa;
 10. Krzysztof Bukiel, lek. chorób wewnętrznych, przewodniczący ZK OZZL, Bydgoszcz
- Z dumą i radością odnotowujemy fakt, że na Liście Stu (na poz. 83) znalazł się również członek Wojskowej Izby Lekarskiej, przewodniczący WIL III kadencji – **prof. dr hab. n. med. Jerzy Kruszewski**. Wyrazy uznania dla Pana Profesora!

Wśród wyróżnionych znaleźli się również, m.in. członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej: prof. Tadeusz Chruściel (poz. 23), dr Krzysztof Makuch (poz. 37), dr Wojciech Marquard (poz. 53), lek. Andrzej Włodarczyk (poz. 93).

Wszystkim wybranym i nominowanym gratulujemy.

Więcej informacji na temat Listy Stu znaleźć można na stronie internetowej „Pulsu Medycyny” (www.pulsmedycyny.pl).

Od 15 do 24 lutego br. grupa lekarzy wojskowych odbywała w Centrum Szkolenia Wojskowych Służb Medycznych w Łodzi staż z zakresu bioetyki, prawa medycznego i orzecznictwa lekarskiego. To już niestety ostatni stażysci wojskowi. Na razie nie wiadomo jak ostatecznie w przyszłości wyglądać będzie nabór i kształcenie lekarzy na potrzeby wojska. Staż zorganizowała WIL, od lat ściśle współpracująca z Zakładem Bioetyki i Prawa Medycznego WIM w Łodzi oraz z łódzkim Oddziałem ZUS. Lekarze stażysci mieli okazję spotkać się z przewodniczącym WIL, prof. M. Brockim, który zawsze uczestniczy w otwarciu cyklu szkoleń stażowych. Inauguracyjny wykład prof. S. Orkisz – dyrektora CEM dostarczył młodym lekarzom wielu cennych informacji nt. LEP-u.

(oprac. red.)

dokończenie ze str. 7. ▼

powinno być oparte na fundamentalnej zasadzie, że finansowanie świadczeń medycznych dla żołnierzy służby czynnej powinno odbywać się ze środków budżetowych. Jak udowodnić, że zatrudniony w GOWSZ personel medyczny jest potrzebny dla zabezpieczenia potrzeb Sił Zbrojnych, a jednocześnie pozyskiwać na ten cel środki z NFZ, stanowiące istotną część budżetu placówki? Brak służby logistycznej w GOWSZ spowoduje ubezwłasnowolnienie działań Komendanta w jego najprostszych poczynaniach.

8. Propozycja ustanowienia stanowiska oficera medycznego, tj. paramedyka po studiach licencyjnych z ratownictwa medycznego wymaga zmian w ustawie pragmatycznej, odpowiedniego wyszkolenia i stworzenia takich stanowisk. Chciałbym podkreślić, że obecni ratownicy medyczni z ukończonym licencjatem służą na stanowisku kaprała i nieprędko będą oficerami.
9. Znaczący odpływ kadry ze struktur wojskowej służby zdrowia ma głębokie korzenie i rozliczne przyczyny. Zawodzą przepisy kadrowe: niskie etaty, brak możliwości awansu, a przede wszystkim brak możliwości kształcenia się lekarzy w różnych specjalnościach medycznych. Jest to jednak materiał na osobny artykuł. Należy jednak sądzić, że stworzenie warunków dla podnoszenia swoich kwalifikacji przez lekarzy jednostek wojskowych w trakcie specjalizacji i po specjalizacji w szpitalach w ramach godzin służbowych (choćby dwie godziny dziennie) znacznie poprawiłoby sytuację.

płk dr n. med. **Piotr JAMROZIK**
Komendant
Centrum Szkolenia Wojskowych
Służb Medycznych
w Łodzi

W Gnieźnie samorząd miejski finansuje rzadko stosowaną procedurę przedszpitalną

Leczą zawał już w karetce

Skuteczne leczenie pacjenta z zawałem można rozpocząć już w domu i kontynuować w karetce. Od wielu miesięcy udowadniają to lekarze z pogotowia ratunkowego w Gnieźnie. Wdrożonej w tym mieście przedszpitalnej procedury podawania leków fibrynolitycznych i przeciwplatek najnowszej generacji nie stosuje się szerzej w Polsce, bo nas na to nie stać.

NFZ nie finansuje tak zaawansowanych procedur. Nawet w najbogatszych państwach zachodnich tego typu leczenie nie jest dostępne powszechnie w publicznej służbie zdrowia.

Mieszkańcy Gniezna mogą na nie liczyć, bo prezydent miasta, Jaromir Dziel, jest kardiologiem. Wspólnie z innymi lekarzami przekonał radnych, że za najlepsze leki nasercowe warto zapłacić z miejskiej kasy. W 2005 roku przeznaczono na ich zakup ponad 200 tysięcy złotych.

– *Ten program działał już tyle dobrego, że nie ma od niego odwrotu* – mówi prezydent J. Dziel.

Lekiem w skrzep

W kraju, lekarze pogotowia wzywani do chorych z zawałem serca mają zwykle do dyspozycji standardowy zestaw specyfików stosowany w takich przypadkach: polopiryna, zmniejszająca krzepliwość krwi heparyna i łagodząca ból morfina.

– *Teraz nasze ambulanse są dodatkowo wyposażone w podawany strzykawką lek fibrynolityczny rozpuszczający skrzepy w naczyniach wieńcowych: tenekteplazę oraz lek przeciwplatekowy: kłopidogrel, zapobiegający powstaniu ponownych skrzepów* – tłumaczy Maciej Szymańczyk, kierownik działu pomocy doraźnej ZOZ w Gnieźnie.

Od maja ub.r., spośród ponad 50 pacjentów z rozległym, świeżym zawałem, którym jeszcze w domu lekarz pogotowia zaordynował wspomniane dodatkowe specyfiki i kontynuował leczenie w karetce, zmarło trzech.

Wszystko zaczęło się kilka lat wcześniej, kiedy w regionie wdrożono finansowany przez Ministerstwo Zdrowia wielkopolski program leczenia ostrych zespołów wieńcowych. Program porównywał wyniki osiągnięte w terapii zawału u pięciu grup pacjentów: leczonych inwazyjnie w pracowniach hemodynamiki – w Poznaniu i w Kaliszu, leczonych preparatem acetylowym, czyli ekteplazą (przy spełnionym kryterium podania w ciągu 4 godzin od momentu wystąpienia bólu u pacjenta poniżej 70. roku życia), leczonych standardowo poprzez podawanie streptokinazy do 12 godziny od początku bólu oraz leczonych zachowawczo – tych, którzy zwrócili się o pomoc zbyt późno, by było możliwe stosowanie leczenia inwazyjnego lub przy użyciu leku fibrynolitycznego.

To działa

Program kierowany przez profesora Stefana Grajka z I Kliniki Kardiologii Akademii Medycznej w Poznaniu objął m.in. Gniezno. W tym mieście, jedynym w Wielkopolsce, lekarze pogotowia podjęli udane próby podawania alteplazy już w domu chorego. Chodziło o wygranę z czasem. Lekarz stosował ten lek w sytuacji, gdy wiedział, że z podaniem alteplazy zmieści się jeszcze w 4-godzinne oknie terapeutycznym a jednocześnie dowiezie pacjenta do szpitala poza czasem okna terapeutycznego wykluczając już możliwość podania leku. Taką przedszpitalną procedurę zastosowano u około 50% chorych z zawałem, którzy zostali zakwalifikowani do poda-

nia leku trombolitycznego. Wyniki uzyskane przez lekarzy z Gniezna przy udziale zespołów pogotowia były najlepsze w regionie. Takie, jakie uzyskali lekarze na Zachodzie w podobnym, uchodzącym za wzorcowe, badaniu CAPTIM.

Czas, czas...

W Polsce, podobnie zresztą jak w wielu innych krajach Europy, nie istnieje rozwinięte leczenie zawałów w fazie przedszpitalnej.

– *Panuje niestuszne przekonanie, że lepiej jest wieźć chorego do pracowni hemodynamicznej, niż wdrażać kosztowne leczenie przedszpitalne, bo u tych pacjentów i tak trzeba wykonywać angioplastykę* – mówi profesor Stefan Grajek. – *Pamiętać jednak trzeba, że to, jak rozległą część mięśnia sercowego zdołamy uratować, zależy od tego, czy przywrócimy przepływ krwi w naczyniu wieńcowym w czasie trzech godzin. Jeśli otworzymy naczynie później, możemy uchronić chorego przed ryzykiem powikłań i kolejnego zawału, ale nie uratujemy już bezpowrotnie utraconej masy mięśniowej.*

Czas dotarcia chorego z zawałem do pracowni hemodynamiki, szczególnie z małych miast i terenów wiejskich, najczęściej wykracza poza 3-godzinne okno terapeutyczne. Przy czym ten czas należy liczyć od pierwszego bólu odczuwanego przez pacjenta do momentu rozprężenia balonu w naczyniu.

– *Jeżeli lekarz wie, że nie trafi z chorym do pracowni hemodynamiki do 3 godzin, to trzeba wdrożyć szersze leczenie farmakologiczne, żeby zmniejszyć spadek efektywności leczenia przezskórną angioplastyką wieńcową (PTCA)* – przekonuje profesor Stefan Grajek.

Przetrenowali tę sztukę

Podczas trwania programu wielkopolskiego, w warunkach gnieźnieńskiego pogotowia ta „sztuka” i tak udawała się. Zespoły karetek włożyły wiele wysiłku w przetrenowanie i nauczenie się tej procedury. Program runął w 2004 r., kiedy zabrakło pieniędzy na kontynuację. – *Powiedziano nam: „Alteplazę możecie państwo stosować tylko wtedy, gdy będą przeciwwskazania do stosowania streptokinazy”* – wspomina doktor Andrzej Głównka,

kardiolog koordynujący program w Gnieźnie.

Sposób postawienia sprawy praktycznie wykluczył możliwość fibrynolitycznego leczenia przedszpitalnego, bo streptokinazy nie podaje się w karetkach ze względu na problemy techniczne i brak efektów takiego leczenia. Doktor A. Głównka dodaje: – *W 2004 roku na 120 zawałów, z uniesieniem odcinka ST (co nie znaczy, że wszystkie musiały być leczone fibrynolitycznie, zwykle wymagało tego 65-70% przypadków) – jedynie trzem chorym podaliśmy alteplazę, u pozostałych była stosowana streptokinaza. Niestety, śmiertelność spowodowana zawałami wzrosła.*

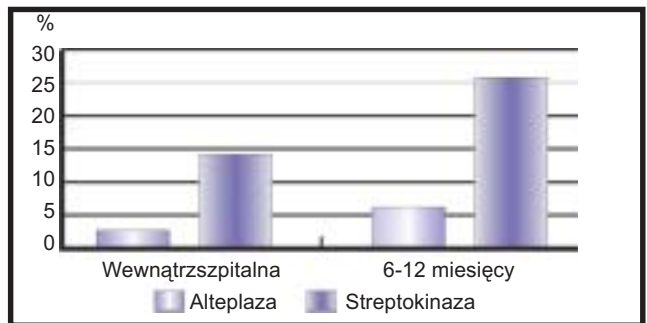
W zastrzyku i tabletkach

Wtedy z pomocą przyszedł samorząd. Za miejskie pieniądze zakupiono nowoczesny i łatwiejszy w stosowaniu lek fibrynolityczny: tenekteplazę (koszt terapii ok. 5 tys. zł) oraz kolejny lek nasercowy – przeciwplatekowy kłopidogrel.

– *Tenekteplazę nabiera się z ampułki do strzykawki i w ciągu kilku sekund podaje choremu w jednym bonusie. To idealny lek dla pogotowia, nie wymaga stosowania pomp infuzyjnych* – opowiada doktor Andrzej Głównka. – *Do tego leczenia dołączamy również heparynę w bonusie od 4 tys. do 5 tys. jednostek dożylnie, w zależności od wagi ciała i 300 miligramów polopiryny oraz 600 miligramów kłopidogrelu, który okazał się drugim lekiem wyraźnie zwiększającym szanse na uratowanie pacjenta i też łatwym do podania, bo ma postać tabletek.*

Tak leczeni chorzy z zawałem, którzy pewnie w innych warunkach przegraliby walkę z czasem, najczęściej trafiają do Szpitala Miejskiego w Gnieźnie, gdzie już w warunkach pododdziału kardiologicznego kontynuowana jest dalsza terapia. Po kilku dniach są kierowani na zabieg angioplastyki w Klinice Kardiologii w Poznaniu.

– *Mieliśmy przypadki, że po podaniu leku, do Szpitala Miejskiego chorzy dojeżdżali w karetce już z otwartą tętnicą dozawalową, bez bólu, z redukcją*



Śmiertelność chorych z zawałem po podaniu leków trombolitycznych* (program wielkopolski).

* 47% chorych otrzymało alteplazę

uniesienia odcinka ST – zaznacza dr Andrzej Głównka.

Około 20 proc. chorych, ci u których wymagane jest podjęcie błyskawicznej procedury ratunkowej z powodu braku reperfuzji, trafia natychmiast do poznańskiej kliniki. Pozostali w normalnym trybie. – *Wszyscy chorzy, którzy do naszej kliniki przyjechali z Gniezna nie na ratunek, ale w normalnym trybie, mieli pootwierane naczynia i przepływ był zachowany, czyli była to idealna sytuacja: jest uratowany mięsień sercowy i jest niezamknięte naczynie, które potem można spokojnie zastentować* – dodaje profesor Stefan Grajek.

Jest entuzjastą leczenia przedszpitalnego w ostrych stanach wieńcowych. Zalecił podawanie w gnieźnieńskich karetkach dodatkowo jeszcze kłopidogrelu. Zwiększona dawka tego leku przyjęta przez pacjenta już w domu pozwala uniknąć tworzenia się nowych skrzepów. Co najbardziej ciekawe, lek osiąga stężenie terapeutyczne już w 3-4 godzinie. Umożliwia to dużo bezpieczniejsze wykonanie stentowania tętnic wieńcowych jeszcze w czasie trwania okna terapeutycznego.

Koszt oszczędności

Profesor S. Grajek uważa, że koszt przewlekłego leczenia kłopidogrelem jest dla polskiego chorego trudny do zaakceptowania, ale w ostrych stanach wymagających ratowania życia jest nieduży.

– *Opakowanie tabletek za ok. 280 zł wystarczy dla ponad 3 chorych leczonych w fazie przedszpitalnej.*

cd. na str. 10. ►

dokończenie ze str. 9. ▼

O ile chory przyjeżdża do pracowni hemodynamiki „nasycony” klopidogrelem, to bardzo często nie trzeba już podawać blokerów IIb/IIIa. Przy stosowaniu takiej procedury zużycie bardzo drogich blokerów IIb/IIIa spadłoby w takich przypadkach o połowę – dodaje profesor S. Grajek, opierając się na wynikach światowych badań i na doświadczeniach kliniki.

Na razie analizą tak postawionych wniosków nikt nie jest zainteresowany.

– *Jeżeli rozmawiam na ten temat, to już tylko w urzędzie marszałkowskim. Może tam uda się znaleźć trochę pieniędzy w programach profilaktycznych* – podsumowuje prof. Stefan Grajek.

Piotr WRÓBEL

Przedruk z czasopisma „Rynek Zdrowia” (nr 1/2006) dzięki uprzejmości redakcji.

**Sekcja Okulistyki Wojskowej
Polskiego Towarzystwa Okulistycznego
zaprasza na
I warsztaty chirurgii okulistycznej,
które odbędą się
w dniach 8-10.06.2006 r. w Juracie**

Tematy główne:

„Powikłane przypadki chirurgii okulistycznej”

Miejsce obrad:

Hotel „Bryza” w Juracie, ul. Świętopelka 1

Zgłoszenia pracy – tylko filmów na nośniku DVD, CD – zawierające: tytuł, nazwiska autorów i streszczenie w języku polskim należy przesłać na adres: Kierownik Kliniki Okulistycznej WIM prof. dr hab. n. med. Andrzej Stankiewicz 00-909 Warszawa, ul. Szaserów 128 z dopiskiem „Powikłane przypadki chirurgii okulistycznej” do 31.03.2006 r.

Opłatę uczestnictwa w wysokości: członkowie Sekcji Okulistyki Wojskowej PTO – 100 PLN; pozostali uczestnicy – 150 PLN należy wnieść do 30.04 br. na konto „Bryza” Sp. z o. o.: Bank PEKAO S.A. V/O Gdańsk **67 1240 2920 1111 0000 4499 0156** z dopiskiem PTO Sekcja Okulistyki Wojskowej (liczba miejsc ograniczona).

Zakwaterowanie:

Rezerwacji noclegów prosimy dokonywać osobiście na hasło „PeTeO” w hotelu „Bryza” w Juracie faxem. fax: 0-58 67 55 430 lub 480; tel. 0-58 67 55 430 lub 0 692 417 169 – p. Jadwiga Zielke.

Ceny promocyjne dla uczestników spotkania. Pokój jednoosobowy – 180 PLN/ dobę; miejsce w pokoju dwuosobowym – 145 PLN/ dobę. Gwarancją rezerwacji jest dokonanie przedpłaty w wysokości 100% wartości pobytu na podane wyżej konto do dnia 30.04 2006 r.

Nowe akty prawne

W dwóch ostatnich numerach „Skalpeła” zaniedbaliśmy – z braku miejsca – ten dział pisma. Stąd w tym wydaniu aż tyle aktów prawnych. Najważniejsze, naszym zdaniem, wyróżnione są na zielono.

- **Dziennik Ustaw RP nr 141 z 29 lipca 2005 r.** poz. **1183** Ustawa Sejmu RP z dnia 1 lipca 2005 r. zm.: ustawę o ochronie zdrowia psychicznego.
- **Dziennik Ustaw RP nr 142 z 1 sierpnia 2005 r.** poz. **1196** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 lipca 2005 r. zm.: rozporządzenie w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków.
- **Dziennik Ustaw RP nr 145 z 4 sierpnia 2005 r.** poz. **1219** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2005 r. Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy.
- poz. **1220** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca 2005 r. Depozyt wartościowych rzeczy pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej.
- **Dziennik Ustaw RP nr 152 z 11 sierpnia 2005 r.** poz. **1270** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 2005 r. Staż adaptacyjny i test umiejętności w toku postępowania o uznanie kwalifikacji do wykonywania medycznych zawodów regulowanych.
- poz. **1271** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 2005 r. Zakres niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakres i sposób ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw.
- **Dziennik Ustaw RP nr 158 z 23 sierpnia 2005 r.** poz. **1333** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2005 r. zm.: rozporządzenie w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich.
- **Dziennik Ustaw RP nr 159 z 24 sierpnia 2005 r.** poz. **1335** Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 29 lipca 2005 r. zm.: rozporządzenie w sprawie równoważników pieniężnych przysługujących w zamian za umundurowanie i wyposażenie.
- **Dziennik Ustaw RP nr 160 z 24 sierpnia 2005 r.** poz. **1356** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2005 r. zm.: rozporządzenie w sprawie substancji, preparatów, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagenym w środowisku pracy.
- poz. **1357** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2005 r. Szczegółowe warunki i tryb ponoszenia i regulowania opłat za świadczenia zdrowotne udzielane żołnierzom wojsk obcych i ich personelowi cywilnemu.
- **Dziennik Ustaw RP nr 167 z 1 września 2005 r.** poz. **1399** Ustawa Sejmu RP z dnia 28 lipca 2005 r. Lecznictwo uzdrowiskowe, uzdrowiska i obszary ochrony uzdrowiskowej oraz gminy uzdrowiskowe.
- **Dziennik Ustaw RP nr 169 z 6 września 2005 r.** poz. **1425** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 września 2005 r. Wykaz cen urzędowych hur-

towych na produkty lecznicze i wyroby medyczne nabywane przez zakłady lecznictwa zamkniętego

- **Dziennik Ustaw RP nr 174 z 9 września 2005 r.**
poz. 1456 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2005 r. Opłata za wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów.
- **Dziennik Ustaw RP nr 175 z 12 września 2005 r.**
poz. 1461 Ustawa Sejmu RP z dnia 29 lipca 2005 r. zm.: ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty.
- **Dziennik Ustaw RP nr 180 z 20 września 2005 r.**
poz. 1496 Ustawa Sejmu RP z dnia 29 lipca 2005 r. Zmiana ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej oraz zmiana ustawy o służbie zastępczej.
- **Dziennik Ustaw RP nr 186 z 28 września 2005 r.**
poz. 1557 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 19 września 2005 r. zm.: rozporządzenie w sprawie należności pieniężnych żołnierzy zawodowych pełniących służbę poza granicami państwa.
poz. 1563 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2005 r. Wzory formularzy zgłoszeń dodatkowych wyników badań laboratoryjnych w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz sposób ich przekazywania.
poz. 1564 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2005 r. zm.: rozporządzenie w sprawie wzorów formularzy zgłoszeń podejrzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną, rozpoznania zachorowania na chorobę zakaźną oraz podejrzenia lub stwierdzenia zgonu z powodu choroby zakaźnej oraz sposobu ich przekazywania.
- **Dziennik Ustaw RP nr 189 z 30 września 2005 r.**
poz. 1589 Rozporządzenie Prezydenta RP z dnia 26 września 2005 r. Określenie wielokrotności kwoty bazowej stanowiącej przeciętne uposażenie żołnierzy zawodowych.
poz. 1590 Rozporządzenie Rady Ministrów RP z dnia 13 września 2005 r. Krajowy Program Zwalczenia AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV
poz. 1592 Rozporządzenie Rady Ministrów RP z dnia 20 września 2005 r. Uposażenie zasadnicze i inne należności przysługujące żołnierzom zawodowym i żołnierzom pełniącym służbę kandydacką w razie ogłoszenia mobilizacji, ogłoszenia stanu wojennego i w czasie wojny.
- **Dziennik Ustaw RP nr 191 z 3 października 2005 r.**
poz. 1607 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 września 2005 r. Określenie sposobu i organizacji leczenia krwią w zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami.
- **Dziennik Ustaw RP nr 196 z 7 października 2005 r.**
poz. 1631 Ustawa Sejmu RP z dnia 22 stycznia 1999 2005 r. Ochrona informacji niejawnych
- **Dziennik Ustaw RP nr 197 z 10 października 2005 r.**
poz. 1643 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
- **Dziennik Ustaw RP nr 200 z 13 października 2005 r.**
poz. 1661 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. Kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.
- **Dziennik Ustaw RP nr 201 z 14 października 2005 r.**
poz. 1674 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2005 r. Wykaz substancji niebezpiecznych wraz z ich klasyfikacją i oznakowaniem.
- **Dziennik Ustaw RP nr 205 z 19 października 2005 r.**
poz. 1692 Rozporządzenie Rady Ministrów RP z dnia 27 września 2005 r. Sposób, zakres i tryb udostępniania danych zgromadzonych w rejestrze publicznym.
poz. 1700 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 11 października 2005 r. zm.: rozporządzenie w sprawie dodatków do uposażenia zasadniczego żołnierzy zawodowych.
- **Dziennik Ustaw RP nr 206 z 21 października 2005 r.**
poz. 1718 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 października 2005 r. Warunki i tryb przyznawania nagród i zapomóg żołnierzom zawodowym.
poz. 1719 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 października 2005 r. zm.: rozporządzenie w sprawie wypłacania żołnierzom zawodowym dodatkowego wynagrodzenia.
poz. 1720 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 6 października 2005 r. Przekazywanie środków funduszu socjalnego między wojskowymi organami emerytalnymi.
poz. 1721 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 6 października 2005 r. Umieszczanie osób uprawnionych do wojskowego zaopatrzenia emerytalnego oraz członków ich rodzin w domu emeryta wojskowego
poz. 1724 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2005 r. Sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.
- **Dziennik Ustaw RP nr 207 z 24 października 2005 r.**
poz. 1735 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 5 października 2005 r. Zasady tworzenia, przekształcania, likwidacji, organizacji, zarządzania i kontroli zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej.
- **Dziennik Ustaw RP nr 208 z 25 października 2005 r.**
poz. 1740 Rozporządzenie Rady Ministrów RP z dnia 11 października 2005 r. Warunki otrzymywania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych żołnierzom w służbie czynnej i pracownikom wojska.
- **Dziennik Ustaw RP nr 213 z 28 października 2005 r.**
poz. 1779 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. Specjalizacje lekarzy i lekarzy dentyistów.
poz. 1780 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. Tryb i sposób przekazywania preparatów służących przeprowadzaniu obowiązkowych szczepień ochronnych.
- **Dziennik Ustaw RP nr 214 z 28 października 2005 r.**
poz. 1816 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. Zakres zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Zmiany w prawie

- **Dziennik Ustaw RP nr 216 z 31 października 2005 r.**
poz. 1827 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 19 października 2005 r. Zakaz używania munduru wojskowego lub jego części.
- poz. 1828 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 19 października 2005 r. zm.: rozporządzenie w sprawie szczegółowych warunków zakwaterowania tymczasowego i odpłatności za to zakwaterowanie.
- poz. 1829 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 20 października 2005 r. Fundusz socjalny dla emerytów i rencistów wojskowych.
- **Dziennik Ustaw RP nr 243 z 14 grudnia 2005 r.**
poz. 2064 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 2 grudnia 2005 r. zm.: rozporządzenie w sprawie wypłacania żołnierzom zawodowym dodatkowego wynagrodzenia.
- **Dziennik Ustaw RP nr 245 z 15 grudnia 2005 r.**
poz. 2087 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 14 grudnia 2005 r. zm.: rozporządzenie w sprawie dodatków do uposażenia zasadniczego żołnierzy zawodowych.
- **Dziennik Ustaw RP nr 250 z 21 grudnia 2005 r.**
poz. 2113 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 listopada 2005 r. Wykaz stanowisk pracy oraz szczepień ochronnych wskazanych do wykonania pracownikom podejmującym pracę lub zatrudnionym na tych stanowiskach.
- poz. 2115 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2005 r. zm.: rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.
- **Dziennik Ustaw RP nr 253 z 23 grudnia 2005 r.**
poz. 2130 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 29 listopada 2005 r. zm.: rozporządzenie w sprawie orzekania o zdolności do zawodowej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach.
- **Dziennik Ustaw RP nr 266 z 30 grudnia 2005 r.**
poz. 2241 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 22 grudnia 2005 r. zm.: rozporządzenie w sprawie trybu wyznaczania żołnierzy zawodowych na stanowiska służbowe i zwalniania z tych stanowisk.
- **Dziennik Ustaw RP nr 267 z 30 grudnia 2005 r.**
poz. 2256 Ustawa Sejmu RP z dnia 16 grudnia 2005 r. zm.: ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
- **Dziennik Ustaw RP nr 1 z 2 stycznia 2006 r.**
poz. 3 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 grudnia 2005 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
- **Dziennik Ustaw RP nr 2 z 5 stycznia 2006 r.**
poz. 14 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2005 r. Wykaz stanów chorobowych i zaburzeń funkcjonowania psychologicznego wykluczających możliwość wydania pozwolenia na broń i rejestracji broni.
- **Dziennik Ustaw RP nr 8 z 19 stycznia 2006 r.**
poz. 49 Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 2 stycznia 2006 r. Środki dopuszczone do skażania alkoholu etylowego.
- **Dziennik Ustaw RP nr 11 z 23 stycznia 2006 r.**
poz. 55 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2006 r. Przekazywanie informacji o realizacji zadań związanych ze służbą zastępczą.
- **Dziennik Ustaw RP nr 12 z 25 stycznia 2006 r.**
poz. 62 Ustawa Sejmu RP z dnia 16 grudnia 2005 r. zmieniająca ustawę o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych.
- poz. 65 Ustawa Sejmu RP z dnia 16 grudnia 2005 r. zmieniająca ustawę o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.
- poz. 67 Ustawa Sejmu RP z dnia 29 grudnia 2005 r. zmieniająca ustawę o świadczeniach rodzinnych.
- poz. 74 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 6 stycznia 2006 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie funduszy i gospodarki finansowej Wojskowej Agencji Mieszkaniowej.
- poz. 75 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 10 stycznia 2006 r. Orzekanie o inwalidztwie żołnierzy zawodowych, żołnierzy zwolnionych z zawodowej służby wojskowej oraz emerytów i rencistów wojskowych, a także właściwość i tryb postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach.
- **Dziennik Ustaw RP nr 14 z 29 stycznia 2006 r.**
poz. 94 Prezydent: dokument wypowiedzenia z dnia 24 lutego 2005 r. Dokument wypowiedzenia przez Rzeczpospolitą Polską Porozumienia między Rządem Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej i Rządem Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich o równoważności dokumentów o wykształceniu, stopniach i tytułach naukowych wydawanych w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej i Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich, podpisanego w Warszawie dnia 10 maja 1974 r.
- poz. 95 Oświadczenie rządowe Rady Ministrów z dnia 14 października 2005 r. Wypowiedzenie przez Rzeczpospolitą Polską Porozumienia między Rządem Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej i Rządem Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich o równoważności dokumentów o wykształceniu, stopniach i tytułach naukowych wydawanych w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej i Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich, podpisanego w Warszawie dnia 10 maja 1974 r.
- poz. 96 Prezydent: dokument wypowiedzenia z dnia 5 stycznia 2005 r. Dokument wypowiedzenia przez Rzeczpospolitą Polską Porozumienia między Rządem Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej i Rządem Socjalistycznej Federacyjnej Republiki Jugosławii o wzajemnym uznawaniu równoważności świadectw szkolnych i dyplomów szkół wyższych, uzyskanych w obu państwach, podpisanego w Belgradzie dnia 15 września 1978 r.
- poz. 97 Oświadczenie rządowe Prezydenta RP z dnia 14 listopada 2005 r. Wypowiedzenie przez

Rzeczpospolitą Polską Porozumienia między Rządem Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej i Rządem Socjalistycznej Federacyjnej Republiki Jugosławii o wzajemnym uznawaniu równoważności świadectw szkolnych i dyplomów szkół wyższych, uzyskanych w obu państwach, podpisanego w Belgradzie dnia 15 września 1978 r.

● **Dziennik Ustaw RP nr 16 z 31 stycznia 2006 r.**

poz. 126 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2006 r. Szczegółowy tryb i sposób działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

● **Dziennik Ustaw RP nr 17 z 2 lutego 2006 r.**

poz. 129 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 stycznia 2006 r. Orzekanie o konieczności sprawowania przez poborowego bezpośredniej opieki nad członkiem rodziny.

poz. 130 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2006 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie służby wojskowej żołnierzy zawodowych wyznaczonych na stanowiska służbowe w instytucjach cywilnych.

poz. 135 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 13 stycznia 2006 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie bezpłatnego żywienia żołnierzy zawodowych i kandydatów na żołnierzy zawodowych.

poz. 136 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 16 stycznia 2006 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie żywienia żołnierzy odbywających czynną służbę wojskową.

● **Dziennik Ustaw RP nr 18 z 3 lutego 2006 r.**

poz. 142 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 stycznia 2006 r. Komisje lekarskie oraz wynagradzanie za udział w ich pracy.

● **Dziennik Ustaw RP nr 19 z 6 lutego 2006 r.**

poz. 144 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 stycznia 2006 r. Tryb udzielania obywatelom polskim zgody na służbę w obcym wojsku lub w obcej organizacji wojskowej.

poz. 147 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 25 stycznia 2006 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wewnętrznych służb ochrony działających na terenach komórek i jednostek organizacyjnych resortu obrony narodowej.

poz. 148 Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 25 stycznia 2006 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ochrony przez specjalistyczne uzbrojone formacje ochronne terenów komórek i jednostek organizacyjnych resortu obrony narodowej.

● **Monitor Polski nr 3 z 13 stycznia 2006 r.**

poz. 48 Obwieszczenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 3 stycznia 2006 r. Wykaz jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowanych.

● **Monitor Polski nr 7 z 31 stycznia 2006 r.**

poz. 107 Postanowienie Prezydenta RP z dnia 30 stycznia 2006 r. Przedłużenie okresu użycia Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Tymczasowych Siłach Organizacji Narodów Zjednoczonych w Republice Libańskiej.

Klinika Neurochirurgii, 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 5
tel.: (0-52) 378 70 93, 0-607 640 434; fax: (0-52) 378 70 94
e-mail: marekharat@10wsk.mil.pl; adamszolna@wp.pl



Zjazd Neurologów i Neurochirurgów WP

Bydgoszcz, 19-21 maj 2006 r.

Komitet Organizacyjny Zjazdu Neurologów i Neurochirurgów Wojska Polskiego ma zaszczyt zaprosić Państwa do uczestnictwa w Zjeździe, w terminie 19-21 maja 2006 r. w Bydgoszczy.

Jak nazwa wskazuje, będzie to wspólne spotkanie neurologów i neurochirurgów związanych obecnie bądź w przeszłości z wojskową służbą zdrowia. Zjazd odbędzie się w Bydgoszczy w dniach 19-21 maja 2006 r. pod patronatem dowódcy Północnego Okręgu Wojskowego, gen. dywizji Zbigniewa Głowienki i Szefa Wojskowej Służby Zdrowia, gen. bryg. Marka Kondrackiego.

Planowana jest sesja poświęcona Jubileuszowi 25-lecia kierowania Kliniką Neurochirurgii WAM przez prof. Andrzeja Radka i trzy sesje naukowe poświęcone nowościom w neurologii i neurochirurgii polskie.

Szczegółowy plan Zjazdu i karta zgłoszeniowa umieszczone są na stronie internetowej WIL.

por. dr n. med. **Adam SZOLNA**
Sekretarz Zjazdu

Serdecznie pozdrawiamy i prosimy o potwierdzenie uczestnictwa w zjeździe wraz z potwierdzeniem opłaty (fax, ksero) na adres Kliniki Neurochirurgii 10 WSzKzP w Bydgoszczy.

Ostateczny termin zgłaszania uczestnictwa na zjeździe upływa **31 marca 2006 r.** Formularze streszczeń prosimy przysyłać do dnia 31 marca 2006 r. na adres Kliniki Neurochirurgii 10 WSzKzP w Bydgoszczy:
ul. Powstańców Warszawy 5
85-915 Bydgoszcz.

Umożliwi to druk streszczeń w indeksowanym czasopiśmie „VALETUDINARIA – Postępy medycyny Klinicznej i Wojskowej” – 3,31 pkt. *Index Copernicus*.

Zachęcamy do przygotowania pracy zgodnie z wymogami druku pisma „VALETUDINARIA”.

Nadesłanie tak przygotowanych prac umożliwi druk w numerze „VALETUDINARIA” razem ze streszczeniami.

płk prof. dr hab. med. **Marek HARAT**
Kierownik Kliniki Neurochirurgii 10 WSzKzP SP ZOZ



Chirurg polowy z asystentem udziela pomocy rannemu na polu bitwy. Drzeworyt z XVI wieku.

Od najdawniejszych czasów w służbie królów, książąt i hetmanów polskich pozostawali liczni lekarze. Wykształceni poza granicami kraju, we Włoszech, Francji lub Niemczech, a od II połowy XIV wieku także i w Polsce, towarzyszyli władcom w wyprawach wojennych oraz w ich dworskim życiu.

Przez długie wieki rycerstwo polskie i prości żołnierze nie korzystali z pomocy medycznej z powodu braku lekarzy, a nawet cyrulików. W czasie działań wojennych szli za wojskiem jedynie różnego rodzaju balwierze i łaziebnicy, oferując rannym i chorym stojące na wątpliwym poziomie usługi. Jedyną humanitarną formą opieki nad rannymi było zbieranie ich na polu bitwy, aby nie ginęli z ręki wroga. Tak było podczas wyprawy kijowskiej Bolesława Śmiałego oraz wyprawy na Czechy Bolesława Krzywoustego.

Pierwszą wzmiankę o działalności lekarza na polu walki przekazał nam w XII w. kronikarz polski Anonim Gall pisząc, że pod Międzyrzeczem Pomorskim medyk książęcy ocalił życie stolnikowi Bolesława Krzywoustego – Wojśławowi przez zręczne wyjęcie potrzaskanych kości z czaszki.

Za czasów piastowskich na dworach królów i książąt polskich było niewielu lekarzy. Do roku 1364 nie było również w Polsce jakiegokolwiek szkoły medycznej, a tylko nieliczni

Lekarze w służbie królów i hetmanów polskich

Polacy wyruszali do obcych krajów po wiedzę lekarską.

Pierwszym lekarzem władców piastowskich, znanym z imienia i nazwiska, był dr Mikołaj z Polski (ok. 1235-1290), który po ukończeniu Uniwersytetu Montpellier, przez 20 lat pozostawał w tej uczelni jako profesor. W roku 1276 powrócił do Polski i podjął funkcję lekarza przybocznego Bolesława Wstydlwego (1226-1279), a następnie Leszka Czarnego (1240-1288).

W XIV wieku lekarzem książąt piastowskich na Śląsku był Tomasz z Wrocławia (1297-1378). Wykształcony we Włoszech i Francji przez długie lata leczył Henryka IV (1294-1335), Bolesława II księcia świdnickiego (1312-1368), Bolesława III księcia brzesko-legnickiego (1291-1352), a także cesarza niemieckiego Karola IV.

Największą sławę lekarską w XVI wieku zdobył jednak dr Jan z Grodkowa (?-1382), lekarz przyboczny króla duńskiego Waldemara, a następnie Kazimierza Wielkiego (1310-1370), autor dzieła „O zachowaniu zdrowia”. Towarzyszył królowi w licznych wyprawach wojennych, utwierdzając wielkiego budowniczego w przekonaniu o potrzebie wznoszenia fortec, zamków i murów warownych, a także budowy szkół i akademii dla kształcenia młodzieży polskiej.

W tym samym czasie sławą lekarską cieszył się dr Jan Radlica. Podobnie jak jego imiennik z Grodkowa, wykształcony we Włoszech, przez wiele lat z dużym powodzeniem leczył królów francuskich i węgierskich. Po powrocie do kraju został lekarzem przybocznym królowej Jadwigi (1374-1399), a także króla Władysława Jagiełły (1348-1434).

W walnej bitwie pod Grunwaldem wojskowa służba medyczna faktycznie nie istniała. Liczni ranni ginęli nawet od prostych uszkodzeń ciała. Opiekę na inwalidami rozciągały klasztory. Jak wspomina Jan Długosz – król Władysław Jagiełło

w bitwie pod Koronowem kazał swemu lekarzowi przybocznemu opatrzyć rany jeńcom krzyżackim.

Lekarzem nadwornym, doradcą i powiernikiem króla Kazimierza Jagiellończyka (1427-1492) był przez długie lata dr Jan Stanko (ok. 1430-1493). Przyjaźń ich była tak wielka, że król uczynił Stankę opiekunem swoich synów: Władysława Jagiellończyka, późniejszego króla Czech i Węgier, Kazimierza – króla Węgier, Fryderyka Jagiellończyka – arcybiskupa gnieźnieńskiego, Aleksandra Jagiellończyka i Zygmunta I Starego – późniejszych kolejnych władców państwa polskiego.

U boku Kazimierza Jagiellończyka, obok dr. Jana Stanki było wielu sławnych lekarzy. Należeli do nich: profesor Marcin Król z Żurawicy, dr Jan Liberanth oraz najwybitniejszy lekarz polskiego Odrodzenia, profesor Maciej Miechowita (1457-1523). Ten ostatni – chociaż wywodzący się z nizin społecznych – nigdy nie pogodził się z rolą dworskiego lekarza. Nie dając się skusić obietnicami królów służył im swoją wiedzą i talentem, pozostając przede wszystkim ozdobą Akademii Krakowskiej i nauki polskiej.

Na dworze Jana Olbrachta (1459-1501) funkcję lekarza królewskiego pełnił dr Jan Liberanth. Wielce ofiarna musiała być jego praca, jeżeli królowa Elżbieta w roku 1493 nagrodziła go dożywotnio dwiema podkrakowskimi wioskami: Starym i Nowym Łobzowem.

Aleksandra Jagiellończyka (1461-1506) leczył dr Adam z Bochymia, zwany również Adamem z Łowicza (?-1514). Był on absolwentem Akademii Krakowskiej i Uniwersytetu w Padwie. W latach 1510-1511 piastował godność rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wyróżniał się postępowością i radykalizmem.

Wśród dotychczasowych władców polskich najliczniejsza gromadka lekarzy otaczała dwór Zygmunta Starego (1467-1548). Był wśród

nich lekarz nadworny dr Wojciech Baza (?-1569), chirurg królewski Jan Frycz, chirurg obozowy Wojciech Trzciański, aptekarz królewski Marcin z Grodziska, alchemik dr Baltazar Smosarski oraz lekarz królowej Bony, dr Jakub Ferdinand z Bari. Częstymi konsultantami na dworze królewskim byli ponadto: prof. Maciej Miechowita, dr Adam z Brzezina i dr Szymon z Łowicza. Najwybitniejszym lekarzem, stale czuwającym przy królu, był dr Jan Benedykt Solfa (1483-1564). Górował on nad innymi wielkim doświadczeniem oraz szczególnymi uzdolnieniami w leczeniu chorób zakaźnych. Nagrodzony szlachectwem i dobrami zyskał miano pierwszego lekarza dworskiego w epoce zygmunto-wskiej.

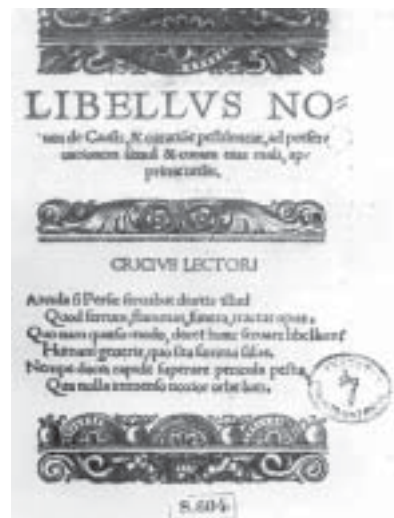
Nad zdrowiem Zygmunta Starego czuwał także lekarz młodszego pokolenia, prof. Józef Struś (1510-1568). Po ukończeniu Akademii Krakowskiej i studiów lekarskich w Padwie towarzyszył królom w licznych wyprawach wojennych. Zasłynął stosując skuteczne metody przeciw epidemicznym. Pierwszy podjął się organizowania pomocy medycznej na polu walki. Książka „Nauka o tętnie” dała mu trwałą pozycję w historii medycyny światowej.

W tym czasie duże zasługi we wprowadzaniu zasad higieny wojskowej położył kanclerz wielki koronny Jan Łaski (1455-1531), autor zbioru statutów i przywilejów koronnych zwanych „Statutem Łaskim”. W nich czytamy m.in.: „Do rot tacy mają być pisani coby duszę i ciało, siłę i moc po temu mieli... Miejsce na obóz winno mieć wodę ku i piciu i ku warze-

niu dobrą, także ku innym potrzebom, jako praniu, umywaniu...”, „Bawierz, cyrulik z przynależnymi rzeczami jest potrzebny, aby rannym i chorym pomagał: bańkami, krwią i innymi według swej umiejętności.”, „... Zbytki w rotach, w picciu, jadłe w wojsku nic dobrego nie czynią... miara a trzeźwość zdrowie dawa, zbytki a rozpusta zabija jako rajtarowie.”

U boku Zygmunta Augusta (1520-1572) czuwało wielu medyków. Należeli do nich: wyżej wspomniany profesor Józef Struś; dr Zachariasz Stopius, który za trudy wojenne obdarzony był ziemią, poddanymi i prawem wyrębu lasu; dr Jakub z Biskupic (1502-1554), absolwent Uniwersytetu w Padwie, cieszący się wielkim zaufaniem obu Zygmunto-w; dr Stanisław Nartolanus – uczestnik wypraw włoskich (1561-1563), zasłynął w armii nie tylko jako doskonały lekarz, ale również rycerz i dowódca – Zygmunt August nadał mu szlachectwo z herbem Nałęcz i liczne przywileje; dr Marcin z Urzędowa (1500-1573), profesor Akademii Krakowskiej, autor „Herbarza Polskiego”, najznakomitszego polskiego dzieła renesansu z zakresu botaniki lekarskiej; dr Hieronim Spiczyński, doskonały lekarz i botanik XVI stulecia; dr Stanisław Chrościejewski (1515-1583), absolwent Uniwersytetu w Padwie, który po zakończeniu służby lekarskiej na dworze królewskim przez wiele lat był burmistrzem Poznania.

Lekarzem nadwornym Stefana Batorego (1533-1568) był dr Wojciech Oczko (1537-1600), należą- cy do najwybitniejszych lekarzy pol-



Karta tytułowa „*Libellus novus de consis*” J. B. Solfa, Kraków 1521 r.

skiego Odrodzenia. Stworzył on dzieła wnoszące istotny wkład do światowej balneologii. W okresie wielu lat spędzonych na dworze królewskim, dr W. Oczko zaszczycony został przyjaźnią władcy. Odbył z Batorem wyprawę wojenną do Gdańska, Inflant i Rosji. Za zasługi wojenne król nagroził go sownicę, pisząc „Z narażeniem się na niebezpieczeństwa wniósł wielki trud, podczas gdy uczestniczył w przez nas podjętych wyprawach wojennych, uznaliśmy za rzecz słuszną, aby za jego zasługi otrzymał dowód wdzięczności naszej”.

Godnym następcą dr. W. Oczki u boku Batorego był Mikołaj Bucella. Troszczył się on nie tylko o zdrowie władcy, ale także okazywał dbałość o zdrowie dworzan. „Nie odmawiał swej pomocy na wsiach, do których był proszony, do zranionych czy chorujących, wysokiego czy niskiego stanu”. Dr M. Bucella w 1589 r. nagrodzony został szlachectwem.

Król Stefan Batory, jeden z najwybitniejszych strategów XVI wieku, był rzeczywistym twórcą polskiej wojskowej służby zdrowia. Świątły król wiedzę w tym zakresie czerpał zapewne z dzieł hetmana wielkiego koronnego Jana Tarnowskiego (1488-1561). Przede wszystkim z traktatu wojennego „*Consilium rationis bellicae*”, w którym hetman domagał się utworzenia szpitali dla



Scena badania moczu, kąpeli leczniczej i puszczania krwi (Jan z Głogowa, *Almanach*, Kraków 1506/07).



Fot. obok: karta tytułowa pierwszego wydania „Chronica Poloniarum” z roku 1519.

rannych żołnierzy i utrzymania ich królewskim kosztem, zaś w obozie wojennym zatrudnienia lekarzy i cyrulików.

Spod pióra hetmana Jana Tarnowskiego wyszły również pierwsze w Polsce przepisy o higienie obozowej, nakazujące pod surową odpowiedzialnością utrzymanie w nim porządku i ochędóstwa. „... Plugaństwo wszelkie należy głęboko zakać, konie zdechłe wywłóczyć za obóz, bo i choroby, i mór z tego bywa”. Na latryny kazał wyznaczać osobne miejsca. Nie wolno było bić bydła w obozie. Zabroniony był również wstęp „niewiastom wszetecznym” do obozu. Artykuły hetmańskie nakazywały żołnierzom „życie skromne, bez zbytków, wszeteczństwa i opilstwa”.

Mądre ustawy hetmana Jana Tarnowskiego znalazły godnego realizatora w królu Stefania Batorem. Tu jednak na przeszkodzie stanął brak wykształconych lekarzy oraz wykwalifikowanych chirurgów i cyrulików. Mimo obiektywnych trudności, u boku króla znalazło się wielu dobrych lekarzy i chirurgów. Obok dr. Wojciecha Oczki i dr. Mikołaja Bucello należy wymienić: Wilhelma Lucembergera, Henryka Seclera, Michała Ungarusa, Adama Szolca, Henryka Hellera, Walentego Tobiasza, Michała Frenidy, Jakuba Dawida, Pawła Gulaye, Bartosza Mayera, Macieja Yillina, Janusza Himmerle, Kacpra Bendońskiego, Anioła Coborti, Stopiusa Zachariasza, Adama Czecha, Jerzego Baldrota i wielu innych.

Pierwszemu z tej gromadki, chirurgowi Wilhelmowi Lucembergowi Batory po bitwie pod Pskowem powierzył ponad 1000 rannych, wyprawiając ich z pola walki na tyły celem dalszego leczenia. Król był również pierwszym z tych, którzy z własnych funduszy łożyli na przytułki dla kalek, ofiar wojny (inwalidów). Powstały wówczas szpitale żołnierskie w Warszawie oraz w Techymirowie na Ukrainie dla wojska kozackiego.

Warto przypomnieć, że pierwszy szpital w Polsce ufundował Mieszko II w roku 1170, dając tym aktem fundament pod rozwój lecznictwa zamkniętego. Ostatni z tej grupy, dr Jerzy Blandrot, urodzony w Piemencie w 1515 r., absolwent Uniwersytetu w Montpellier, przybył do Polski w roku 1539 na dwór królowej Bony. Przez wiele lat był lekarzem przybocznym księcia Mikołaja Radziwiłła, a następnie wielkiego księcia Siedmiogrodu Stefana Batorego. Obok obowiązków lekarskich piastował ponadto funkcję sekretarza królewskiego.

Za czasów Stefana Batorego podjęto dalsze prace nad ulepszeniem higieny wojskowej. W roku 1563 wydana została książka dr. Antoniego Schneebergera pt. „*De bone militum valetudine conseryanda liber...*”, składa się z siedmiu rozdziałów traktujących o powietrzu, jego rodzajach i wpływie na wojsko, o śnie i czuwaniu, o wyczerpaniu organizmu i o zaburzeniach psychicznych.

Lekarzem przybocznym hetmana wielkiego koronnego Jana Zamojskiego (1542-1605) w wyprawach wojennych na Moskwę, Mołdawię i Wołoszczyznę był dr Stanisław Skwierniewicki, późniejszy profesor Akademii Zamojskiej.

O zdrowie Zygmunta III Wazy (1566-1632) dbał wspomniany już dr Mikołaj Bucella, a po nim dr Paweł Chrapkowski (?-1622), pochodzący z Bochni. Po ukończeniu Akademii Krakowskiej odbył studia lekarskie w Bolonii. Stopień doktora medycyny otrzymał w r. 1586. Jako lekarz nadworny Zygmunta III miał opinię „męża o szczególnej biegłości w sztuce lekarskiej”. Osiągnął znaczny majątek. Zmarł w Warszawie w 1622 r., a jego prochy spoczęły w kaplicy św. Stanisława.

Znanym i cenionym lekarzem wojskowym Zygmunta III był też dr Paweł Abramowicz. Król przyjął go do służby w r. 1596 i skierował na stanowisko naczelnego lekarza wojsk polskich na Rusi. P. Abramowicz początkowo towarzyszył hetmanowi wielkiemu koronnemu Stanisławowi Żółkiewskiemu (1547-1620) w wojnach z Moskwą, Szwecją, Tatarami i Turkami.



Drzeworyt z „Kronik” Marcina Bielskiego, Kraków 1554 r.



Amputacja nogi (XVI wiek).



Stefan Batory (1533-1586), król Polski od 1576 r., twórca wojskowej służby medycznej.



Jan Zamoyski (1542-1605) kanclerz i hetman wielki koronny.

W służbie tegoż władcy byli także dr Wawrzyniec Lemki z lubelskiego, któremu król za wierną służbę nadał liczne przywileje oraz dr Daniel Becker (1594-1654) z Gdańska, późniejszy profesor i rektor Uniwersytetu w Królewcu.

Trwałą pozycję przy królu Zygmuncie miał także doktor Maciej Letow z Wilna, absolwent Uniwersytetu w Padwie, uczestnik wypraw przeciw arcyksięciu austriackiemu Ferdynandowi, lekarz przyboczny hetmana polnego litewskiego Krzysztofa Radziwiła w wyprawach wojennych

Ryciny z prawej strony:

1. Jan Łaski (1455-1531), kanclerz wielki koronny, autor statutów i przywilejów koronnych (u góry);
2. Stanisław Żółkiewski (1547-1620) hetman i kanclerz wielki koronny (w środku).

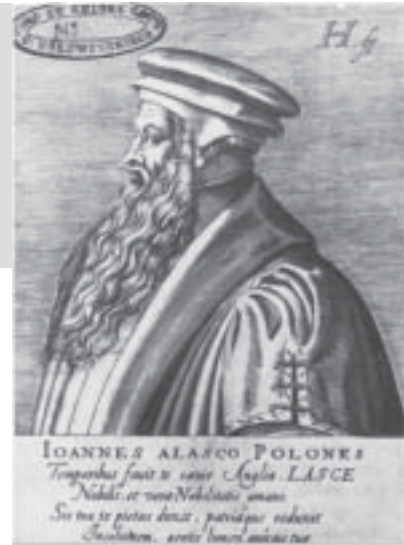
do Rygi przeciwko Gustawowi Adolfowi oraz w wyprawie smoleńskiej (1632-1634). Dnia 16 stycznia 1635 roku Maciej Letow mianowany został lekarzem przybocznym króla Władysława IV (1595-1648). Król nadał mu szlachectwo, podnosząc w przywileju nobilitacyjnym jego zasługi wojenne.

U boku Władysława IV pozostawali następujący lekarze: Marcin Anczewski, Jakub Gidelczyk, Andrzej Lewinski, Jan z Szamotuł i Marcin Bernitz. Doktor Marcin Anczewski pełnił także obowiązki sekretarza królewskiego u czterech kolejnych władców: Władysława IV, Jana Kazimierza, Michała Korybuta i Jana III. Dr Jakub Gidelczyk (zm. 1650) towarzyszył hetmanowi wielkiemu koronnemu Stanisławowi Konięcpolskiemu (1594-1646) w wyprawach wojennych na Moskwę, Turcję i na Tatarów. Dr Andrzej Lewinski przez 40 lat uczestniczył we wszystkich wyprawach wojska polskiego za czasów Zygmunta III i Władysława IV i za to w roku 1642 w nagrodę otrzymał dożywotnią stancję w domu zwanym Giełdą przy ul. Freta w Warszawie.

Nad zdrowiem Władysława IV czuwał również jeden z najsławniejszych lekarzy XVII wieku – Jan z Szamotuł (1603-1675); sławę lekarską przyniosły mu wielkie dzieła z zakresu medycyny, zoologii i botaniki i mineralogii, a także praktyka lekarska na dworze królewskim Stanisława Leszczyńskiego.

Lekarzem i sekretarzem trzech kolejnych władców – Władysława IV, Jana Kazimierza i Michała Korybuta – był dr Marcin Bernitz. Towarzyszył on królowi Władysławowi w licznych wyprawach wojennych, za to w nagrodę otrzymał szlachectwo.

Fot. obok: dr Wojciech Oczko (1537-1600).



Dawna medycyna wojskowa

Nad zdrowiem Jana Kazimierza (1609-1672), obok wspomnianych lekarzy M. Anczewskiego i M. Bernitza, czuwali również dr Andrzej Knoeffel, który 24 grudnia 1658 r. zmarł w obozie pod Toruniem i dr Erbeniusz Lubertus – wierny towarzysz hetmana wielkiego koronnego Mikołaja Potockiego w bitwach pod Korsuniem, Beresteczkiem i Białą Cerkwią, gdzie odznaczył się jako waleczny dowódca oddziału. Pod Korsuniem wraz z hetmanem dostał się do niewoli tatarskiej. W roku 1625 Jan Kazimierz mianował go swoim lekarzem nadwornym.

Wśród lekarzy i chirurgów wojskowych tego okresu historia odnotowała ponadto Antoniego Laciosi, Kacpra Staneriusa, Andrzeja Babby i Jaka Leo, a wśród cyrulików Abrahama Zabłockiego, Johana Mentzla i Filipa Adrusa.

W czasach Jana Kazimierza miały miejsce dość liczne przypadki ofiarności magnackiej wobec rannych i chorych. W roku 1632 we Lwowie w kościele św. Marcina, Aleksander Zborski ufundował przytułek żołnierski. W rok później marszałek Wielkiego Księstwa Litewskiego Krzysztof Wiesiołowski założył w Tykocinie szpital żołnierski „na użytek wojowników zasłużonych, którzy mężnie stawali w obronie Ojczyzny, usuwali od niej niebezpieczeństwa, sami narażając się na nie, porzucali majątki swoje,

a mężni duchem życie jej poświęcili”. W roku 1659 Jan Sobieski zbudował we Lwowie własnym sumptem szpital dla żołnierzy przy kościele św. Wawrzyńca na Łyczakowie. Po śmierci fundatorów szpitaliki te niestety uległy upadkowi. Królowi Janowi III (1629-1696), dbałem o los wiernego rycerstwa, w wyprawach wojennych towarzyszyła zawsze liczna grupa lekarzy. Przewodził jej lekarz przyboczny, Wenecjanin, dr Alojzy Anzelm, będący równocześnie zaufanym sekretarzem królewskim. Do grona lekarzy dworskich należeli ponadto: szlachcic polski dr Janusz Abraham Gehema, lwowianin dr Ludwik Alembek, późniejszy ordynator Szpitala Bonifratrów we Lwowie, dr Wawrzyniec Braun (?-1690), zasłużony lekarz przyboczny, wyróżniony przez króla gruntami, a w 1673 r. szlachectwem.

Omawiany tu rozdział historii medycyny świadczy dobitnie, że w Polsce – podobnie jak w innych krajach Europy – istniało dość duże zainteresowanie władców i wodzów sprawami zdrowia i życia żołnierzy. Królom polscy do swoich lekarzy odnosili się z dużym szacunkiem, a wielu było ich powiernikami.

W miarę upływu czasu, gdy broń stawała się doskonalsza, a śmierć zbierała coraz obfitsze żniwo, wielcy wodzowie polscy – Jan Tarnowski, Stanisław Żółkiewski i Stefan



Scena wykładu akademickiego Jana z Głogowa (Kraków, 1507 r.).

Chodkiewicz – problem opieki zdrowotnej traktowali nie jako przejaw dobrej lub złej woli władcy, ale jako obowiązek Rzeczypospolitej wobec swych obrońców. Ten humanitarny nakaz zaczął realizować dopiero król Stefan Batory, szczególnie czuły na los rannego i chorego żołnierza.

Warto przy tym podkreślić, że Polska miała zawsze dzielnych żołnierzy. Młodzież szlachecka przez długie stulecia do obowiązków rycerskich przygotowywała się od pacholeństwa na dworach książęcych, w obozach wojennych i na polach bitewnych. Od najmłodszych lat uczone jazdy konnej, fechtunku, pływania, strzelania z łuku i broni palnej. Umilowaną rozrywką młodzieży były turnieje, polowania, zawody. Nabywane tą drogą sprawności wyróżniały Polaków wśród innych narodów dzielnością, bojowością i zdrowiem. Sławę tę ugruntowały wielkie sukcesy wojenne pod Legnicą, Wrocławiem, Grunwaldem, Kłuszynem, Kirholmem, Chocimiem i Wiedniem.

W XVIII wieku nastąpił upadek gospodarczy państwa, a wraz z nim jego siły zbrojne. Tragiczne w skutkach rządy Sasów wywarły swoje piętno na postawach młodzieży szlacheckiej. Na Polskę nadsięgnęły dni klęski i rozgromu. Stańliśmy w obliczu niewoli narodowej, która trwała przez 123 lata.

doc. dr hab. **Witold LISOWSKI**



Dwie strony traktatu Józefa Strusia „Nauka o tętnie” wydanego w Bazylei w roku 1555.

Jest dobrze

Jak dobrze pójdzie, niniejszy tekst dotrze do PT Czytelników w okresie rozkwitającej wiosny, co dodatkowo podniesie optymizm zawarty w tytule. Oczywiście, szanowna Redakcja może tekstu nie wydrukować, wiosna się nie pojawi na czas, ale ważny jest moment powstawania artykułu. Za oknem przepięknie śnieżna zima, mróz umiarkowany a w polityce świętowanie 100 dni pracy rządu. Pewien opozycyjny polityk, rodem z mego rodzinnego miasta, wskazuje na znaczenie stu dni w prognozowaniu sukcesu bądź klęski na całą kadencję. Czego bowiem nie rozpoczęto i nie zaplanowano w ciągu tych pierwszych stu dni, tego się – zdaniem owego polityka – już przez pozostałe dni, tygodnie i miesiące nie zrobi. XXI Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy w dniu 19 listopada 2005 r. wybrał nowe władze naszej Izby. Można wyliczyć, że owe znamienne 100 dni dla władz Izby wypadnie 27 lutego 2006 r. Tak się szczęśliwie składa, że 24 lutego wyznaczone zostało posiedzenie Wojskowej Rady Lekarskiej, na którym niewątpliwie Pan Przewodniczący przedstawi konkretne działania dotyczące realizacji manifestu programowego ogłoszonego w ramach Szpalty Prezesa w ostatnim numerze „Skalpela” (nr 1 stycznia-luty, rok XV 2006 – str.1).

Mankamentem naszego biuletynu jest cykl wydawniczy powodujący, iż tekst powstający w środku zimy dociera do Czytelników w rozkwitającej wiosnie. Mając w pamięci żarliwe dyskusje na forum Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej o ogromnych możliwościach internetu w zakresie szybkiego przepływu informacji (to przy okazji zakusów na likwidację „Skalpela”) śledzę z uwagą, jakież to zmiany w przekazywaniu nowości wprowadziła Wojskowa Rada Lekarska, działająca już od kilku miesięcy. Ponieważ pierwsze posiedzenie Wojskowej Rady Lekarskiej wyznaczono na dzień 12 grudnia 2005 r., kiedy kończyłem wędrowanie po deszczowo-słonecznej Italii, a o terminie posiedzenia Prezy-

dium nie zawiadamia się postronnych członków Rady, sięgnąłem do internetu licząc na oficjalne protokoły oraz aktualne informacje. Wejściu na stronę www.wil.oil.pl towarzyszą pewne trudności, albowiem otwierają się inne strony z WIL, w tym zaprzyjaźnionej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. Nie wiem, czy jest to wpływ jednego z Wiceprezesów naszej izby (pracuje w Poznaniu) czy też miernoty mojego laptopa tudzież nieumiejętności korzystania z dobrodziejstw techniki. Drugie podejście (tym razem przez neostradę) jest uwięzione sukcesem. W witrynie Wirtualnej Polski ukazuje się aż 6 pozycji z WIL (naszej Izby). Na pierwszym miejscu jest Wojskowa Izba Lekarska w Warszawie. Na drugim Posiedzenie RL WIL z 12.03.04 r., na trzecim miejscu posiedzenie RL WIL z dn.28.01.05 r., na czwartym XVIII Zjazd Lekarzy Delegatów WIL (ostatnio był XXII!), na piątej i szóstej znowu WIL. Ponieważ szukam tylko sprawozdań z posiedzenia Rady Lekarskiej z dnia 12.12.2005 r. oraz Prezydium ze stycznia 2006 r., nie bardzo interesują mnie informacje historyczne. Nie sprawdzam więc, na czym polega ponadczasowość i przełomowość (z racji odrębnego umieszczenia) wybranych dwóch posiedzeń Rady Lekarskiej WIL z roku 2004 i 2005 oraz XVIII Zjazdu (przypominam – w listopadzie 2005 r. był XXI Zjazd). Sprawdzam dalsze strony, ale kolejne dwa wejścia są nieudane – pojawia się napis HTTP ERROR.

Oficjalna strona naszej Izby stanowi nagrodę za cierpliwość. Prezentuje się okazale, zawiera informacje zbiorcze dla wszystkich izb oraz serwis lokalny. Z odrębności dla naszego środowiska wymieni należy dwie oferty pracy z ośrodków, dla których minister obrony narodowej jest organem założycielskim, informacje o konferencjach naukowych, dane osobowe członków organów izby. Jest też bardzo czytelna informacja o ostatnim Zjeździe (19.11.05 r.), z odesłaniem do oficjalnego dokumentu. Aktualnych informacji o terminach posiedzeń Wojskowej Rady

Lekarskiej oraz jej Prezydium brak (stan na dzień pisania niniejszego artykułu czyli 12.02.06 r.).

Jest dobrze. Znajduję czytelną informację o komisjach problemowych Wojskowej Rady Lekarskiej. Z dużym zainteresowaniem zaczynam od najbardziej mnie interesującej: komisji organizacyjno-legislacyjnej. Po kliknięciu pojawia się informacja o przewodniczącym komisji (kolega Stefan Antosiewicz). Usiłuję wejść dalej, albowiem żywo interesuje mnie skład komisji, jej program działania i przede wszystkim, co już zrobiła przez minione dwa miesiące w kwestii ograniczenia dla członków WIL w zakresie wykonywania praktyk prywatnych w miejscu wezwania (*vide* mój artykuł w ostatnim Skalpelu). Ta dociekliwość wynikała z faktu, że w trakcie Krajowego Zjazdu (5-7.01.06 r.) rozmawiałem na ten temat z kolegą z Naczelnej Rady Lekarskiej odpowiedzialnym za sprawy legislacyjne, który sprowadził powyższą kwestię do przypadkowego błędu legislacyjnego. Prosił jednak o oficjalne wystąpienie. Niestety, poza nazwiskiem kolegi Przewodniczącego komisji i jego danych, strona nie zawierała żadnej innej informacji.

Otwieram kolejną stronę – komisja kształcenia i doskonalenia zawodowego. Jest kolega przewodniczący: Jan Błaszczuk. Wchodzę dalej – prezentacja danych osobowych Pana Przewodniczącego. Dalszych informacji co do składu komisji, zamierzeń, uzgodnień z przełożonymi i ewentualnych dokonań w ciągu minionych dwóch miesięcy brak. A przecież sprawie kształcenia delegaci poświęcali najwięcej uwagi, oczekując od Rady rychłego i konkretnego działania.

Nie jest dobrze. Z rosnącym niepokojem otwieram stronę kolejnej, newralgicznej komisji: do spraw współpracy z organami służbowymi. Tutaj nie ma już żadnej informacji.

Szukam dalej. Może jest gdzieś dostępna informacja o możliwości kontaktu z przewodniczącymi poszczególnych komisji, terminach dyżurów w siedzibie izby? Przeglądam skład biura naszej izby oraz godziny pracy, usiłując znaleźć odpowiedź. Posiłkuję się dodatkowo informacją podaną w Skalpelu. Bez rezultatu.

Z redakcyjnej poczty

W kolejnym poszukiwaniu usiłuję znaleźć, w jakich dniach i godzinach można przyjechać (zadzwoić), aby uzyskać pomoc prawną naszego radcy prawnego. Tutaj akurat myślę wyłącznie o innych członkach WIL, albowiem w rozwiązywaniu prawnych problemów pomiędzy mną a urzędnikami w MON korzystanie z usług radcy prawnego naszej izby byłoby niefortunne i niezręczne dla obydwu stron. Niestety, poszukiwanie pozostaje bez efektu.

Próbuję dalej. Z racji znacznej liczby gabinetów oraz wymogów formalnych usiłuję znaleźć aktualny skład osób upoważnionych przez obecną Wojskową Radę Lekarską do wizytowania i kontrolowania gabinetów prywatnych. Nie znajduję.

Zmieniam tematykę. Obserwując nominacje kapituły do najwyższego wyróżnienia naszej izby z końca ostatniej kadencji, do których to decyzji Rada musi tylko przyklasnąć, usiłuję odszukać aktualny skład osobowy tego szacownego gremium oraz jego statut. Nie potrafię znaleźć.

Na koniec szukam jeszcze strony dyskusyjnej WIL, forum członków naszej izby, rozsianych po całej Polsce, a nawet po całym wręcz świecie z racji uczestnictwa w misjach. Szukam ale nie mogę takiej strony znaleźć. I nie wiem, czy wynika to z mojej nieumiejętności obsługi komputera, czy po prostu władze naszej izby nie przewidują takiej możliwości spontanicznego kontaktowania się.

Z mieszanymi uczuciami zadaję sobie pytanie – jest dobrze? Chyba tak, albowiem pomimo zbliżania się do prognostycznie znamienych 100 dni pracy nowej (również w nazwie) Wojskowej Rady Lekarskiej jest po staremu, czyli dobrze. A o tym akurat, że kiedy przełożonym wydaje się, że jest dobrze a nie jest dobrze, pisałem przez lat kilka. Nie tylko zresztą pisałem – w kilku kwestiach wypowiedzieli się sędziowie sądów administracyjnych, korygując tok myślenia ważnych decydentów. Do tej pory nie mogą tego zapomnieć przełożeni i ich następcy. I również niektórzy koledzy. Dlatego jest dobrze.

Ponieważ jest dobrze, nie ma potrzeby abym szanownych PT

Czytelników biuletynu „Skalpel” zajmował kolejnymi opisami tego, co dobre. W razie potrzeby Redakcja może natomiast sięgnąć do moich tekstów sprzed lat i zmienić tylko datę. Treść będzie aktualna. P.S.

Z racji kolejnego wyboru przez VIII Krajowy Zjazd Lekarzy na funk-

cję Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz zadań stawianych przez nowego Naczelnego Rzecznika, tej pracy poświęcę więcej uwagi.

Janusz MAŁECKI

Może będzie lepiej (odpowiedź redakcji)

Nie wiem skąd wzięły się obawy p. dr. Janusza Małeckiego (członka Wojskowej Rady Lekarskiej), że jego tekst nie zostanie wydrukowany. Pracuję w „Skalpelu” już dziewiąty rok i jak na razie tylko raz nie wydrukowaliśmy listu do redakcji i to nie z powodu krytycznych uwag dotyczących naszej pracy czy pracy biura lecz z powodu anonimowych oskarżeń wobec innego lekarza, których nie byliśmy w stanie sprawdzić. Tak więc redakcja artykuł wydrukowała, a wiosna najprawdopodobniej (prędzej czy później) pojawi się.

Poza pełnieniem roli sekretarza redakcji i technicznym przygotowaniem pisma do druku, w ramach moich obowiązków etatowego pracownika biura WIL zajmuję się również naszą stroną internetową. Dlatego chciałabym odnieść się do uwag (częściowo słusznych, a częściowo nie) Pana Doktora, dotyczących właśnie strony WIL oraz „Skalpela”.

Też boleję nad częstotliwością wydawania naszego pisma, czyli co dwa miesiące. Oczywiście korzystniejszy byłby cykl miesięczny, ale... wszystko rozbija się o pieniądze. W związku z malejącymi wpływami do izby, co roku niższe są również kwoty przyznawane na wydawanie biuletynu. Mimo że szukamy i znajdujemy oszczędności (np. obniżając koszt druku) nie jesteśmy w stanie bez dodatkowych funduszy wydawać „Skalpela” co miesiąc, nawet zmniejszając jego objętość.

O tym jak poruszać się po naszej stronie internetowej piszę mniej więcej raz w roku. Ponieważ jednak „*Repetitio est mater studiorum*” lub – jak wolą niektórzy – „*Repetitio mater studiorum est*”, czyli „Powtarzanie jest matką wiedzy”, wracam do tematu. Oto kilka spraw podstawowych:

1. adres strony internetowej WIL (podawany w każdym numerze „Skalpela”, w stopce redakcyjnej) to www.wil.oil.org.pl, a nie – jak wpisywał Pan Doktor – www.wil.oil.pl (w środku powinno być jeszcze **.org**). Obydwa adresy są **prawie** takie same, ale – jak wiadomo – „**PRAWIE** robi WIELKĄ różnicę”. Odnajdywanie strony WIL przez jakąkolwiek wyszukiwarkę, jak Pan Doktor sam stwierdził, nieco mija się z celem. Dlaczego? Długo by wyjaśniać, może przy innej okazji. Natomiast wpisanie adresu www.wil.oil.org.pl jest pewną drogą dotarcia do naszej strony.
2. Z powyższych zawirowań z adresem strony wzięły się również kłopoty z dotarciem do sprawozdań z posiedzeń Rady. Umieszczane są one w „Skalpelu”, również w wersji internetowej naszego pisma. Po wejściu na stronę należy wybrać zakładkę **Skalpel/ Aktualny numer** lub **Skalpel/ Przegląd numerów – archiwum**.
3. Terminy posiedzeń Rady Lekarskiej WIL czy też Prezydium RL WIL nie są podawane na stronie, gdyż dotyczą wąskiej grupy osób i każdy członek Rady/ Prezydium jest powiadamiany o terminie posiedzenia osobiście. Jeśli jednak istnieje taka potrzeba, z mojej strony nie widzę przeszkód. Wystarczy decyzja Rady.
4. Komisje problemowe – rzeczywistość przy większości z nich podane są, mam nadzieję, że jak na razie, tylko dane dotyczące przewodniczących komisji. Myślę, że po wybraniu składu osobowego i pierwszych posiedzeniach poszczególne komisje dostarczą mi więcej danych.

Natomiast Komisja ds. Rejestru Lekarzy i Wydawania Prawa Wykonywania Zawodu oraz Prywatnych Praktyk Lekarskich opracowana jest raczej dobrze. Brak członków komisji – ich nazwisk jeszcze nie znam, ale znajdzie Pan tam i formularze do ściągnięcia, i większość niezbędnych informacji, jak również poszukiwaną listę osób upoważnionych do kontroli gabinetów (wraz z numerami tel.). Po wejściu na stronę należy wybrać menu **Tematy/ Komisje problemowe/ Komisja ds. Rejestru i Prawa Wykonywania Zawodu i Prywatnych Praktyk**. Do danych tych można również dotrzeć przez zakładkę **Władze, struktura/ Jak załatwić sprawę**.

5. W zakładce **Władze, struktura/ Biuro Izby** znajdują się dane osobowe pracowników, adres biura, telefony, numery kont oraz godziny pracy biura. Tam również znajduje się informacja dot. pracowników biura obsługujących niektóre komisje: Finansowo-Budżetową,

Socjalno-Bytową i wspomnianą wyżej ds. rejestru i praktyk.

6. Radca prawny WIL nie jest etatowym pracownikiem biura (znowu te pieniądze!!!) i nie ma stałych godzin urzędowania, wzywany jest w miarę potrzeb. Skontaktować się z nim można, np. pisząc maila do izby (lub list). Wszelka korespondencja jest natychmiast przekazywana panu mecenasowi. Z tego co mi wiadomo lekarze niejednokrotnie korzystali z pomocy naszego radcy, m.in. Szanowny Pan Doktor.
7. Co do składu osobowego kapituły czy w ogóle wyróżnień przyznawanych naszym członkom, to oczywiście, poza informacją w sprawozdaniach z posiedzeń, nic takiego nie ma. Proponuję na najbliższym spotkaniu Rady zgłosić ten problem. Po otrzymaniu potrzebnych danych natychmiast umieszczę je na stronie.
8. Forum członków izby na razie nie istnieje. Uzyskałam następujące informacje z firmy LTC z Łodzi, która to jest wykonawcą i administratorem

całego serwisu: forum takie było przewidziane w założeniach serwisu i fizycznie zostało zrobione. Z braku zainteresowania ze strony władz poszczególnych izb skupionych w serwisie, nie zostało uruchomione. Obecnie młodzi lekarze z zaprzyjaźnionej izby zgłosili taką potrzebę i najprawdopodobniej w najbliższych tygodniach forum ruszy. Konieczne jest jeszcze opracowanie regulaminu korzystania z forum, z powodów oczywistych. Może jednak, na wszelki wypadek, również tę sprawę poruszy Pan na najbliższej Radzie, żeby i nasza izba oficjalnie zgłosiła taką potrzebę.

Tyle wyjaśnień, co do uwag Pana Doktora.

Proszę również innych użytkowników naszego serwisu o sugestie, informacje o nieprawidłowym funkcjonowaniu strony oraz o wszystkich błędach i niedociągnięciach. **Jest dobrze**. Może będzie lepiej. Chociaż, podobno, „lepiej już było”.

Ewa KAPUŚCIŃSKA

Postępowanie fizykalno-usprawniające u pacjentów z zaburzeniami ruchowymi w idiopatycznej chorobie Parkinsona (doświadczenia własne)

W artykule omówiono klasyczne objawy zaburzeń ruchowych w chorobie Parkinsona oraz model usprawniania fizykalno-ruchowego.

Choroba Parkinsona to postępujące schorzenie ośrodkowego układu nerwowego manifestujące się zaburzeniami ruchowymi pojawiającymi się w różnych częściach ciała.

Objawy choroby wywołane są zmianami zwyrodnieniowymi komórek nerwowych znajdujących się w jądrach podstawy, które odgrywają ważną rolę w kontroli czynności ruchowych. W jednym z tych jąder tj. w istocie czarnej znajdują się barwnikonośne komórki nerwowe, które wytwarzają ważny chemiczny neuroprzekaznik – dopaminę. Dopamina powstaje z prekursorowego związku chemicznego zwanego le-

wodopą i jest ona odpowiedzialna za koordynację czynności ruchowych. W chorobie Parkinsona komórki wytwarzające dopaminę obumierają. Nikt nie wie dlaczego. W ten sposób zostaje zaburzony, a nawet przerwany system wewnętrznych połączeń komunikacyjnych. Ponieważ mózg ma znaczne zdolności kompensacji, kliniczne objawy choroby Parkinsona pojawiają się dopiero wtedy, kiedy obumrze ok. 80% tych komórek. Na tym właśnie etapie choroby pacjent z reguły zjawia się po pomoc do lekarza. Zgłaszają się osoby głównie po 60 roku życia.

Z przeprowadzonych dotychczas badań wynika, że średni wiek zachorowania na chorobę Parkinsona wynosi 55 lat, ale odnotowano przypadki znacznie wcześniejszego zachorowania.

Starzenie się społeczeństwa w przyszłości nieuchronnie doprowadzi do zwiększania się liczby osób objętych tą chorobą. Obecnie częstość jej występowania w całej populacji wynosi ok. 0,16%. Trwają intensywne prace badawcze nad coraz to nowymi lekami. Wprowadzenie lewodopy poprawiło rokowanie w tej przewlekłej, postępującej chorobie neurologicznej. Wczesne metody lecznicze pozwalają opóźnić o kilka lat wystąpienie jej nasilonych objawów. Mimo tych osiągnięć leczenie farmakologiczne pozostaje

Rehabilitacja ruchowa w chorobie Parkinsona

staje nadal leczeniem objawowym i niestety nie powstrzymuje dalszego postępu choroby. Dopóki nie będzie poznany mechanizm uszkodzenia neuronów dopaminergicznych, dopóty powstrzymanie choroby Parkinsona nie będzie możliwe.

Wspierając się siłą nieocenionej obecnie lewodopy, współczesna fizjoterapia upatruje optymalnie duże możliwości poprzez swoje działania w usprawnianiu chorych i poprawieniu ich jakości życia codziennego.

Rola lekarza i fizjoterapeuty w uświadomieniu chorego na chorobę Parkinsona o konieczności wykonywania przez niego ćwiczeń i zadań funkcjonalnych

Wielką rolą lekarza, który ma pierwszy kontakt z chorym pacjentem jest pouczenie jak ważnym elementem terapii obok farmakoterapii jest, jakże często zaniebywana przez chorych, rehabilitacja ruchowa. Człowiek z chorobą Parkinsona popada w stany depresyjne, dlatego też niezwykle istotnym jest uświadomienie pacjentowi, że choroba ta w istocie swojej, dramatycznie pogarsza sprawność ruchową. Utrzymanie jak najdłużej ogólnej sprawności fizycznej oraz nauka sposobów zachowania się w różnych sytuacjach dnia codziennego są tak samo ważne jak przyjmowanie leków. Ruch, aktywność motoryczna wyzwala dodatkowo produkcję endorfin, które działają niezwykle pozytywnie na organizm na dodatnie emocje i ogólnie dobry nastrój człowieka.

Klasyfikacja objawów zaburzeń ruchowych w idiopatycznej chorobie Parkinsona

- Bradykineza (spowolnienie ruchowe, zmniejszona szybkość i amplituda ruchu)
- Akineza (trudności w zainicjowaniu ruchu)
- Drżenie (drżenie spoczynkowe)
- Sztywność (wzmożone napięcie mięśniowe)
- Dyskineza (nadmierna czynność mięśni. Może występować jako pląsawica, ruchy skręcające, dystonia rzadko atetozą)
- Zaburzenia równowagi

Najbardziej charakterystyczną cechą zaburzeń ruchowych w chorobie Parkinsona jest **bradykineza** – spowolnienie ruchowe. Pomimo, że zaburzenia ruchowe występują tu z reguły symetrycznie to nasilenie ich jest asyme-

tryczne. Należy bacznie obserwować prawą i lewą stronę ciała. Charakterystyczna jest w bradykinezi u osób dotkniętych chorobą Parkinsona coraz mniejsza amplituda ruchu w trakcie wykonywanych czynności sekwencyjnych. Łatwo to zjawisko zaobserwować u chorego w trakcie chodu. Im dłuższy dystans do pokonania tym krótsze i wolniejsze kroki wykonuje chory.

Osoby z chorobą Parkinsona mają trudności z zainicjowaniem ruchu. Często bywa tak, że nawet podczas nagłej przerwy w ruchu i próbie ponownego jego rozpoczęcia występuje absolutne zablokowanie ruchu i wręcz niemożność wykonania go tzw. **akineza**. Takie sytuacje występują np. przy zmianie podłoża. Wystarczy, że podczas chodzenia po gładkiej podłodze chory przechodzi na podłogę o innej fakturze, stopniu twardości np. pokrytą miękką wykładziną lub dywanem i następuje nagłe zatrzymanie, „blok”, „zamrożenie” w wykonywaniu następnych kroków.

Drżenie spoczynkowe to następna bardzo charakterystyczna dolegliwość i zaburzenie ruchowe u osób cierpiących na chorobę Parkinsona. Typowe drżenie wykazuje tu amplitudę od 4 do 6 Hz. Osiągając wyższe wartości niemożliwe do zaakceptowania przez chorego powinno się leczyć metodami chirurgicznymi (talomotomia – zabieg, podczas którego chirurgicznie niszczy się niewielki obszar struktury wzgórza osiągając zmniejszenie drżenia, z pozytywnym skutkiem aż u 90% chorych).

Z moich obserwacji wynika, że chory z nasilonym drżeniem nie jest w stanie na tyle skoncentrować się na zadaniach ruchowych, aby przystąpić do programu usprawniania. Jest to problem niezwykle istotny dla fizjoterapeuty, bowiem drżenie o bardzo wysokiej amplitudzie praktycznie wyklucza u chorego możliwość wykonywania ruchów celowanych. Mniejsze wartości drżenia spoczynkowego nie stanowią przeszkody w podjęciu usprawniania ruchowego, bowiem drżenie to zanika w trakcie wykonywania ruchu.

Sztywność to następna charakterystyczna cecha choroby Parkinsona. Przejawia się w nieprawidłowo wzmożonym napięciu ruchowym. Występuje pod postacią tzw. koła zębatego, gdzie drżenie pojawia się wraz ze sztywnością. Może też występować pod postacią tzw. rury łożwianej, gdzie biernie poruszana kończyna

chorego wykazuje opór ciężki do pokonania.

Dyskineza to inny charakterystyczny objaw idiopatycznej choroby Parkinsona. Objawia się u części chorych jako bezcelowe ruchy mimowolne, skręcające, nieprzewidywalne i niemożliwe do świadomego opanowania, oraz jako dystonia pozycyjna szyi, tułowia, rąk i nóg. Stan tej nadmiernej aktywności niektórych grup mięśniowych utrzymuje się w czasie dnia i z reguły zanika w czasie snu.

Zaburzenia równowagi to stała cecha występująca u osób z chorobą Parkinsona.

Zadania fizjoterapeuty przed przystąpieniem do zaplanowania programu usprawniania:

- analiza wydolności w wykonywaniu zadań funkcjonalnych
- reakcja zaburzeń ruchowych i jej wpływ na koncentrację
- Współpraca z lekarzem prowadzącym dot. informacji o wpływie leków stosowanych aktualnie przez chorego na zaburzenia funkcji ruchowych

Ustalając cel i strategię swoich działań fizjoterapeuta posługuje się wieloma testami. Ocenia również **stadia niesprawności chorego** na podstawie **skali Hoehn i Yahr** Jest to pięciostopniowa skala, w której stopień pierwszy oznacza najmniejsze nasilenie objawów. Niekiedy stosuje się wartości pośrednie np. 2 i 1/2.

Stadium I niesprawności

Objawy tylko jednostronne, zwykle z minimalnym lub bez upośledzenia czynnościowego.

Stadium II niesprawności

Objawy obustronne lub osiowe, bez zaburzeń równowagi.

Stadium III niesprawności

Pierwsze objawy upośledzenia odruchów postawnych. Ujawnia się to jako niestabilność podczas odwracania się lub, kiedy chory poprzez pochnięcie zostanie wytracony z równowagi podczas stania ze złączonymi stopami i zamkniętymi oczami. Pacjent jest nieco ograniczony funkcjonalnie w zakresie codziennych czynności, ale wykazuje pewien potencjał do pracy zawodowej zależny od rodzaju zatrudnienia. Fizycznie pacjenci są w stanie prowadzić niezależne życie, a ich niesprawność ma małe lub umiarkowane nasilenie.

Stadium IV niesprawności

W pełni rozwinięta choroba powodująca niesprawność, pacjent jest jesz-

cze w stanie chodzić i stać bez pomocy, ale jest to znacznie utrudnione.

Stadium V niesprawności

Przy braku pomocy przywiązanie do łóżka lub wózka inwalidzkiego.

Postępowanie fizykalno-usprawniające

W oparciu o ww. skalę i inne testy fizjoterapeuta opracowuje program postępowania fizykalno-usprawniającego. Musi on być dostosowany indywidualnie do stanu podmiotowego i przedmiotowego każdego pacjenta. Należy go wzbogacać sukcesywnie w miarę poprawy funkcji ruchowych chorego, ale także zmniejszać jego trudność w razie zaistnienia takiej konieczności.

W leczeniu fizykalnym stosowano:

- masaż klasyczny mięśni obręczy barkowych;
- relaksacyjny hydromasaż wybranych grup mięśniowych;
- zmienne pole elektromagnetyczne niskiej częstotliwości na okol. głowy (natężenie 2,5 mT (mili Tesli), częstotliwość 15-20 Hz sinus bipolarny) 20 minut codziennie w kuracji dwutygodniowej, a następnie 2-3 razy w tygodniu.

W postępowaniu kinezyterapiacynym stosowano:

- ćwiczenia oddechowe;
- ćwiczenia ogólnousprawniające;
- ćwiczenia służące wykonywaniu określonych zadań funkcjonalnych dnia codziennego np.: nauka zmiany pozycji w łóżku, nauka wstawania itp.;
- ćwiczenia koordynacyjne;
- ćwiczenia manipulacyjne rąk;
- ćwiczenia równoważne;
- ćwiczenia zapobiegające powstawaniu i utrwalaniu się przykurczów mięśniowych.

Ćwiczenia te stosowano w celu utrzymania oraz wypracowania możliwości wykonywania funkcjonalnych czynności życia codziennego.

U osób z chorobą Parkinsona mamy do czynienia z nieprawidłową z czasem mocno przygarbioną sylwetką. Należy dbać o wykonywanie dużej ilości ćwiczeń oddechowych oraz rozciągających mięśnie klatki piersiowej, a także wzmacniających siłę mięśni prostowników grzbietu. Dobrze jest zalecić pacjentowi codzienną półgodzinną drzemkę na brzuchu i na plecach bez wysokiego ułożenia głowy. Zwracanie uwagi na przyjmowanie prawidłowej postawy ciała jest rzeczą nie-

zwykle istotną od samego początku zaistnienia choroby.

Duży nacisk kładziemy na ćwiczenia pozwalające jak najdłużej utrzymać optymalnie najlepszą siłę mięśni kończyn górnych i dolnych. Ponadto zaleca się pacjentowi wykonywanie ćwiczeń takich jak: przysiady, półprzysiady, jazdę na cykloergometrze rowerowym, chód po nierównym podłożu, wstawanie z pozycji siedzącej na różnej wysokości (wyższe, niższe siedzisko). Dużym problemem jest tu pochylenie ciała do przodu, co znacząco utrudnia przeniesienie środka ciężkości w przód i przejście z pozycji siedzącej do stojącej. Zaleca się pacjentowi lekkie rytmiczne wychylenie się do przodu i w tył co w ostateczności zwiększa amplitudę ruchu i jego szybkość, poprawia pracę ekscentryczną i koncentryczną mięśni i ułatwia wykonanie ruchu. Wiele czasu powinien poświęcić fizjoterapeuta na ćwiczenia chodu. Hipokineza chodu dotyka niemal każdego chorego na chorobę Parkinsona. Rytmiczna muzyka czy wystukiwanie rytmu pomagają w utrzymaniu szybkości chodu i długości kroków. Dodatkowo zaleca się pacjentowi wysokie unoszenie kolan. Pomaga to w zapobieganiu drobienia i skracania kroków oraz szurania stopami. Ważnym zadaniem jest strategia nauczania pacjenta wstawania z łóżka oraz obracania się w nim na boki. Osoby cierpiące na chorobę Parkinsona mają potrzebę częstego oddawania moczu co jest niezwykle kłopotliwe nocą kiedy muszą wielokrotnie wstawać. Dlatego też sprawą priorytetową dla terapeuty jest utrzymanie jak najdłużej u osoby chorej na zespół Parkinsona efektywnej umiejętności obracania się i wstawania z łóżka.

Ważną grupą ćwiczeń prowadzoną u tych chorych są ćwiczenia równoważne, np. pokonywanie przeszkód, kontrolowane wytrącanie z równowagi, odwracanie się o 180° i 360° itp. Nie sposób pominąć ćwiczeń manipulacyjnych dłońmi. Jako zadania dla pacjenta zalecamy ćwiczenia samodzielniego zapinania i rozpinania guzików, np.

przy ubieraniu i rozbieraniu się, sięgania po przedmioty o zróżnicowanych kształtach i wielkości, przelewanie wody z naczynia do naczynia, otwieranie zamka w drzwiach, pisanie (na papierze w linie) ze zwróceniem uwagi na właściwą wielkość liter (od linii do linii). Ważnym jest, by przy wykonywaniu ćwiczeń pacjent mógł się maksymalnie koncentrować i aby zadania ruchowe nie były zbyt złożone, ponieważ stają się wtedy niewykonalne. Dobre efekty ruchowe daje stosowanie strategii zadaniowej przy uczeniu bardziej złożonych sekwencji ruchowych i nazywaniu głośno (bądź skandowaniu) każdej następnej czynności ruchowej prowadzącej ostatecznie do wykonania zadania w całości.

Wnioski:

Warunkiem skuteczności postępowania fizykalno-usprawniającego u osób z chorobą Parkinsona jest:

- 1) Indywidualne dostosowanie programu ćwiczeń do aktualnej sprawności chorego
- 2) Systematyczność ćwiczeń
- 3) Trening funkcjonalny w formie zadaniowej
- 4) Konsekwentna współpraca oraz edukacja i zmotywowanie chorego i jego rodziny przez lekarza i fizjoterapeutę do prowadzenia permanentnych działań zmierzających do utrzymania optymalnej sprawności.
- 5) Zapewnienie przez rodzinę, osobie chorej na zespół Parkinsona, pomocy w zakresie dostosowania otoczenia w ułatwieniu poruszania się i bezpieczeństwa (np.: maty antypoślizgowe w wannie, brodziku, uchwyty w łazience, wysokie siedzisko ulubionego przez chorego krzesła czy fotela itp.)

mgr rehabilitacji ruchowej

Marzenna BAZAN

Zakład Medycyny Fizykalnej
Klinika Rehabilitacji CSK MON WIM

Warszawa

Kierownik Zakładu

płk doc. dr hab. n. med. **W. Kuliński**

Piśmiennictwo:

1. Bond J., Morris M. E., : Goal-directed secondary motor tasks: their effects on gait in subjects with Parkinson's disease. Arch. Phys. Med. Rehabil., 2000;
2. Yekutiel M. P., Pinhasov A., Shahar G., Sroka H.: A clinical trial of the re-education of movement in patients with Parkinson's disease. Clinical Rehabilitation, 1991;
3. Meg E. Morris: Movement disorders in people with Parkinson disease Physical Therapy, 2000;
4. Rivest J., Quinn N., Marsden C., „Dystonia in Parkinson's disease, multiple system atrophy, and progressive supranuclear palsy” Neurology 2000;
5. Antoni Prusiński „Podstawy neurologii klinicznej” PZWL Warszawa 1977.

Różnice w systemach motywacyjnych lekarzy cywilnych i wojskowych na przykładzie Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

Autor jest starszym asystentem w Klinicznym Oddziale Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Leczenia Oparzeń WIM w Warszawie, kierowanym przez ordynatora dr. n. med. Wojciecha Witkowskiego.

Niniejszy artykuł jest streszczeniem pracy magisterskiej autora, powstałej podczas studiów na kierunku Marketingu i Zarządzania w programie Master of Business Administration dla Kadry Medycznej, w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźmińskiego w Warszawie.

Inspiracją do napisania tego artykułu była praca autorstwa Dariusza Rudasia i Jerzego Muszaka pod tytułem „Motywacja do pracy w wojsku”, która ukazała się w „Skalpelu” nr 5/2005. Praca wyżej wymieniona, pomimo pewnych pozytywnych doniesień w postaci

przedstawienia większości teorii na temat motywacji, nie odnosi się w ogóle do realiów w wojsku, pomimo, iż tytuł pracy wskazywałby na to.

W związku z powyższym, postanowiłem stworzyć cykl dwóch artykułów, który przybliży i usystematyzuje czytelnikom zagadnienia motywacji.

W pierwszej części, publikowanej w niniejszym numerze „Skalpela”, wyjaśnię podstawowe i ogólne mechanizmy systemów motywacji. W drugiej części, publikowanej w kolejnym numerze Skalpela, wyjaśnię metodologię jaką posłużyłem się przy badaniach i pisaniu pracy magisterskiej oraz jej wyniki.

Obie publikacje będą stanowiły całość, która mam nadzieję w sposób skrótowy, ale jasny wyjaśni zagadnienia podane w temacie pracy.

Wytłumaczenie mechanizmów motywacji od zawsze wiązało się z próbą wyjaśnienia pojęcia *postępowanie* bądź *zachowanie*. Niektóre teorie posługiwały się przesłankami motywacyjnymi, takimi jak: *wiedza*, *instykt*, *wola*, *hedonizm* oraz *natura ludzka* i kierujące nią *motywy*. Znalezienie odpowiedzi na pytanie o warunki osiągnięcia *cnoty*, czyli zasad właściwego *postępowania*, było jednym z podstawowych problemów, jakim zajmowali się m.in. Sokrates, Platon i Arysto-

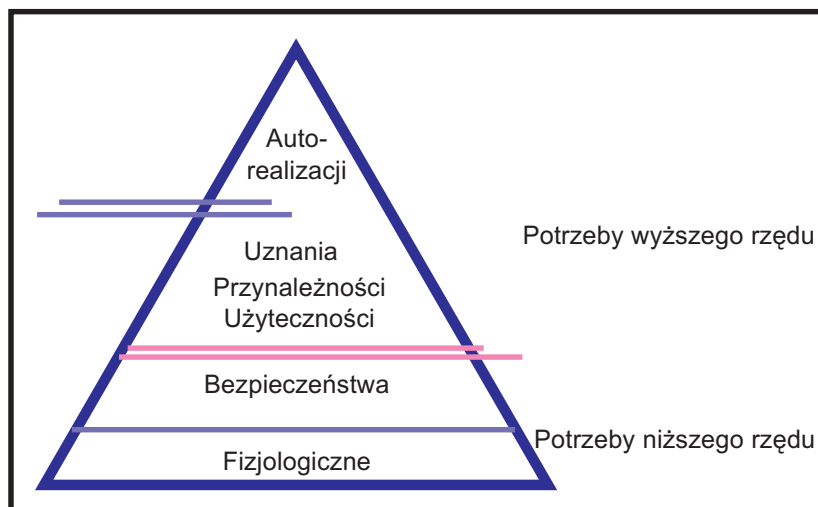
teles. Zakładali oni, iż *wiedza* i *cnota* są tożsame, a człowiek dzięki swojej mądrości postępuje zawsze dobrze, tzn. we właściwy sposób.

Szkola stoicka wprowadziła pojęcie *instynktu*, które zmieniło spojrzenie na motywację. Według teorii stoików instykt posiadają także zwierzęta i to on kieruje ich zachowaniem tak, aby mogły zaspokoić określone potrzeby biologiczne dla zachowania gatunku. Św. Tomasz z Akwinu przyznawał, że w aktywności człowieka impulsy zmysłowe

odgrywają znaczącą rolę, ale motywowany on jest racjonalnym wglądem w związek między aktem a jego celem, którym jest osiągnięcie dobra. W ten sposób próbowano wyjaśnić zachowania zwierząt bez przypisywania im rozumu czy duszy.

Rozwój arystotelesowskiej myśli etycznej zakładał istnienie *wolnej woli*. Był to rodzaj zdolności, której zadaniem było panowanie nad zwierzęcymi instyktami natury ludzkiej. *Wola* była związana z rozumem i uczuciem, była jednak od nich niezależna. Czołowym przedstawicielem takiego myślenia był I. Kant. Również A. Schopenhauer podporządkował jej intelekt, świadomość i wiedzę. Głosił pierwotność czynników pozaintelektualnych w postępowaniu człowieka i tym samym przeciwstawiał się racjonalistycznej interpretacji ludzkiego zachowania.

Problematyka motywacji dotyczy mechanizmów psychologicznych, dzięki którym człowiek zawiaduje i gospodaruje swoją energią. Termin *motywacja* w psychologii opisuje wszelkie mechanizmy odpowiedzialne za uruchomienie, ukierunkowanie, podtrzymanie i zakończenie zachowania. Bierze



Rys. 1. Piramida potrzeb według Masłowa.

się tu pod uwagę zarówno mechanizmy zachowań prostych, jak i złożonych, a także mechanizmy wewnętrzne, jak i zewnętrzne, afektywne i poznawcze. Jednoznaczne zdefiniowanie motywacji jest niemożliwe, gdyż można ją rozumieć rozmaicie, w zależności od przyjętej koncepcji psychologicznej.

P. Young pisał: „Pojęcie motywacji jest niezmiernie szerokie – tak, że psychologowie usiłują je zawęzić, eksponując ten lub inny aspekt złożonych procesów determinacji zachowania. Dwa najważniejsze aspekty to aspekt energetyczny oraz regulacja i ukierunkowanie. Możemy definiować badania nad motywacją szeroko, jako poszukiwania wszelkich czynników determinujących działania zwierząt i ludzi. Jest to proces wzbudzający działanie, utrzymujący je w toku i regulujący jego przebieg...”

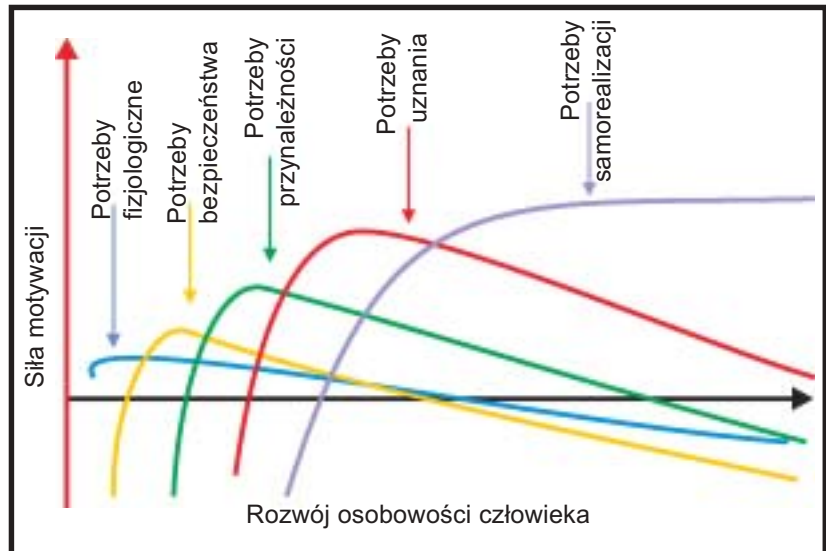
G. Murphy uważa motywację za: „...ogólną nazwę dla faktu, że działania organizmu są częściowo zdeterminowane jego własną naturą, czyli wewnętrzną strukturą...”

N. Maier używa pojęcia motywacji w celu „...wskazania procesu determinującego sposób zachowania się lub określania zależności przyszłego sposobu zachowania się od skutków, do których takie zachowanie prowadzi...”

D. Hebb napisał natomiast: „...główny problem, którym interesują się psychologowie zajmujący się motywacją, nie dotyczy wzbudzenia działania, lecz kierunku i prawidłowości rządzących jego przebiegiem...”. Według niego pojęcie motywacji odnosi się więc do:

- ◆ istnienia zorganizowanej sekwencji fazowej,
- ◆ jej kierunku i treści,
- ◆ utrzymania danego kierunku lub trwałości treści.

J. W. Atkinson mówi, że: „...termin *motywacja* odnosi się do wzbudzenia tendencji do działania, której dana osoba doświadcza jako chęci czegoś [...]; szczególny cel konkretnego stanu motywacyjnego jest określony przez sytuację...”



Rys. 2. Zmienność potrzeb w czasie zgodnie z teorią Masłowa, wg Penca.

Czołowy badacz zagadnień motywacji – A. Maslow uważał, że: „...trafna teoria motywacyjna powinna zakładać, że motywacja jest stała, nigdy nie zanikająca, podlegająca wahaniom i złożona oraz że jest prawie uniwersalną właściwością praktycznie każdego stanu organizmu”.

Teorie motywacji stanowią organiczne składniki wielkich systemów psychologicznych, czy też psychologicznych koncepcji człowieka. W każdym ujęciu motywację pojmuję się jako zespół mechanizmów powodujących uruchomienie, podtrzymanie i zakończenie zachowania. Mechanizmy te są jednak odmiennie opisywane w poszczególnych koncepcjach. Na potrzeby niniejszego opracowania poddano dokładniejszej analizie teorię A. Masłowa i ją też wykorzystano jako podstawę narzędzia badawczego.

Teoria Abrahama Masłowa, wyjaśnia, w jaki sposób ludzie okazują swoje potrzeby mające swój hierarchiczny porządek. Potrzeby ludzkie ujęte w pięć grup stanowią razem poziomy tzw. piramidy potrzeb (rys. 1).

W omawianej teorii po zaspokojeniu potrzeb niższego rzędu człowiek kieruje swoją uwagę na zaspokajanie potrzeb umieszczonych wyżej w hierarchii. W pracy człowiek

ma możliwość zaspokajania potrzeb z każdego poziomu. Wynagrodzenie umożliwi utrzymywanie się przy życiu (potrzeby fizjologiczne) i daje poczucie bezpieczeństwa (stałe zatrudnienie). Gdy potrzeby te zostaną zaspokojone, człowiek nawiązuje kontakty z otoczeniem, czyli ze współpracownikami, realizując swoje potrzeby społeczne przez współpracę, przyjaźń, koleżeństwo. Zapewnienie zaspokojenia wymienionych potrzeb generuje konieczność doceniania i uznania ze strony otoczenia. Wreszcie jednostka może skupić się na osobistych dokonaniach i spełnieniu zawodowym.

Z teorii Masłowa można wyciągnąć wniosek, że potrzeby wyższego rzędu – potrzeby uznania i samorealizacji – stanowią najsilniejsze bodźce motywacji i stają się coraz silniejsze w miarę ich zaspokajania. Potrzeby niższego rzędu natomiast – gdy są zaspokajane – słabną. Jednak praca nie zawsze zaspokaja ludzkie potrzeby, szczególnie w przypadku gdy polega na wykonywaniu prostych, rutynowych czynności nie wymagających kwalifikacji. Zmienność potrzeb w czasie zgodnie z teorią Masłowa obrazuje rys. 2.

Hierarchia potrzeb Abrahama M. Masłowa jest często i chętnie wykorzystywana w praktyce, rzad-

Systemy motywacyjne

ko dociera się jednak do jej sedna. Według Masłowa potrzeby pracownika są ściśle uporządkowane: od najbardziej podstawowych do coraz bardziej wyrafinowanych. Pracownik zatem nie będzie czuł motywacji do pracy, nawet w przypadku szybkiego awansu, jeżeli wcześniej nie będzie miał zapewnionego bytu na odpowiednim poziomie. Musi więc mieć wystarczającą ilość pożywienia i odzienia dla siebie i swojej rodziny, a także – o czym ostatnio coraz częściej zapomina się – musi mieć wystarczającą ilość snu. Warto zapamiętać właściwą kolejność zaspokajania tych potrzeb, bo inaczej cały wysiłek pracodawcy zostanie zmarnowany. Należy je więc zaspokajać w następujący sposób: w pierwszej kolejności wszystkie wspomniane już potrzeby fizjologiczne, a następnie potrzeby: bezpieczeństwa, afiliacji, szacunku oraz samorealizacji. Jeśli chodzi o potrzebę bezpieczeństwa, to zalicza się do nich potrzebę stabilizacji,

czyli pewnej niezmienności zastanego stanu rzeczy. Trzeba pamiętać, że nie wszyscy pracownicy chcą i mogą pracować w szalonym tempie, np. co tydzień w innym mieście; trzeba żywić nadzieję, że ta tendencja należy już raczej do przeszłości.

O wiele ważniejsza staje się potrzeba pewności: zatrudnienia, zależności, opieki, wolności od obaw i lęków. W dłuższej perspektywie nie uda się zmotywować do większego wysiłku człowieka, który nieustannie obawia się o swoje jutro i przyszłość swojej rodziny.

Do potrzeb afiliacji zalicza Masłow potrzebę miłości, czułości i przynależności, co w warunkach pracy przekłada się na potrzebę przebywania w lubianym przez siebie towarzystwie, na odpowiednie stosunki interpersonalne, na dobre układy z przełożonymi. Z kolei potrzeba szacunku to pragnienie osiągnięć i prestiżu, czyli chęć zdobycia jak najważniejszej pozycji w firmie. Najwyższą klasę potrzeb sta-

nowi potrzeba samorealizacji, zwana także potrzebą rozwoju. Wchodzi tu w grę pragnienie samourzeczywistnienia, czyli tendencja do zrealizowania się z wykorzystaniem wszystkich swoich możliwości.

Stosując koncepcję Masłowa przy opracowywaniu systemu motywacji w przedsiębiorstwie należy uwzględnić różnice potrzeb poszczególnych grup pracowników. Każdy pracownik ma bowiem inne doświadczenia życiowe, jego potrzeby kształtowały się więc pod wpływem różnorodnych czynników, takich jak: wykształcenie, zawód, sytuacja życiowa. Generalnie jednak należy zacząć od pewnych wspólnych wszystkim potrzeb.

Wniosek z koncepcji Masłowa jest następujący: skuteczność motywowania zależy w głównej mierze od stopnia znajomości potrzeb pracowników i dostosowania środków motywacyjnych do odpowiedniego poziomu ich potrzeb.

Paweł SZYMAŃSKI

KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA PTHiT

„Hematolog przy łóżku chorego”

Jachranka k. Warszawy, 9-11 czerwiec 2006 r.

Klinika Hematologii Wojskowego Instytutu Medycznego ma zaszczyt zaprosić lekarzy i pielęgniarki na ww. konferencję stanowiącą kontynuację doskonalenia w praktycznej problematyce chorób krwi.

SKRÓCONY PROGRAM KONFERENCJI

- 9.06.06 r. (piątek) wieczór – otwarcie konferencji z wykładem inauguracyjnym
10.06.06 r. (sobota) Wywiad i badanie przedmiotowe w hematologii
Sztuka porozumiewania się z chorym
Możliwości i ograniczenia nowoczesnych technik diagnostycznych
Chorzy z: limfadenopatią, gammadopatią monoklonalną, erytrocytozą, cytopeniami, zespołem lizy guza, hiperkalcemią

SESJA PLAKATOWA

- 11.06.06 r. (niedziela) Diagnostyka cytomorfologiczna CMPD
Zaburzenia hematologiczne w ciąży i porodzie
Dyżurowe problemy transfuzjologiczne
Trombophilia w praktyce ambulatoryjnej
Skazy krwotoczne: przygotowanie chorego do inwazyjnej diagnostyki i zabiegu operacyjnego

10-11.06.06 r. SESJE DLA PIELEŃNIAREK

ORGANIZATOR: Klinika Chorób Wewnętrznych i Hematologii WIM w Warszawie
Przewodniczący Komitetu Naukowego: *prof. Andrzej Hellmann*
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: *prof. Kazimierz Sułek*

TERMINY: Przesyłanie streszczeń referatów do sesji plakatowej napisanych zgodnie z wymogami „Acta Hematologica Pol.” do 15 marca br.

Zgłoszenie uczestnictwa i rezerwacji noclegów do 30 marca br.

Informacje szczegółowe dostępne na stronie internetowej.

Oплата uczestnictwa – 300 PLN na konto działającej przy klinice fundacji „WYLECZYĆ BIAŁACZKĘ”:
Komitet Organizacyjny Konferencji PTHiT 2006, 00-909 Warszawa, ul. Szaserów 128

Nr konta: 41-1030-0019-0109-8534-0000-1583, Citibank Handlowy VII O/W-wa, ul. Ostrobramska 75A

INFORMACJE: sekretariat Kliniki – p. Maria Piętka tel. 0-22 6817160; fax: 0-22 610 83 90

Adres: Klinika Hematologii WIM, 00-909 Warszawa 60, ul. Szaserów 128 (dopisek: Konferencja PTHiT)

Adres elektroniczny: milhem@wim.mil.pl

Adres internetowy: www.hemprakt2006.pl

Medycyna w literaturze

Można by zacząć od stwierdzeń encyklopedycznych:

Medycyna jest dziedziną wiedzy, najogólniej mówiąc, zajmującą się funkcjonowaniem człowieka, jako istoty żywej, nie zawsze w pełni sprawnej i wówczas przywracaniem jej do zdrowia, czyli najprościej ujmując: **zachowaniem równowagi procesów życiowych;**

Literatura, lapidarnie i nieco żartobliwie podsumowując, jest to zbiór liter, słów, zdań, utworów, tworzących określone pojęcia, hasła, idee. Wg encyklopedii – **to ogół twórczości piśmienniczej, danego narodu, epoki lub całej ludzkości.** Niektórzy autorzy dodają, że: **charakterystyczny tylko w odniesieniu do człowieka.**

Jednak tytułując artykuł „Medycyna w literaturze” z góry postawiłem sobie na straconej pozycji. Nie sposób bowiem sformułować w miarę poprawnie problem zbyt go uogólniając, ferując tezy z gruntu nie do końca prawdziwe, zadawalając się jakąś realnie dodatnią aprobatą słuchaczy. Bo można podać się schematom i powierzchownym sformułowaniom w rodzaju: Medycyna i literatura wzajemnie się uzupełniają, przenikają i istnieją od początku cywilizacji, podając przykłady od: Arystotelesa, Dantego, Kartezjusza, Czechowa, Lorenca, po Stanisława Lema, czy wyliczając tytuły książek klasyki literatury światowej w których bohaterami byli lekarze. Powiedzmy od „Egipcjanka Sinuhe” poprzez „Czarodziejską Górę”, „Doktora Żiwago”, „Zazdrość i medycynę”, „Pan i władca na końcu świata” po „Doktora Dolitte i jego zwierzęta”.

Samo wymienienie tej lub innej pozycji natychmiast znajdzie adwersarza, dla którego ważniejsza będzie inna książka, innego autora lub też postać innego lekarza (np. Doktora Judyma, dr. Jeykill’a, dr. Watsona czy dr. Jordana). Oczywiście, że adwersarz będzie miał rację. Uznałem więc za konieczne, aby sformułowanie takie przebrnąć w miarę logicznie zawężając temat

dwóch wątków: **1.** Wymienienie niektórych lekarzy (z wykształcenia), którzy wpisali się do historii świata, pisząc dzieła literackie (nie podręczniki medyczne) oraz **2.** Pożonglować słowami hasła: „Serce w medycynie i literaturze”, nazywając ten schemat myślowy emocjonalnie „Anatomią uczuć”.

Istniejąca od wielu stuleci aktywność literacka lekarzy, pisze we wstępie do „Encyklopedycznego słownika lekarzy pisarzy w literaturze światowej” Bronisław Seyda, nie stanowi żadnej odrębności, ani jakościowej ani ilościowej... Wpływa to niewątpliwie z jednej strony na humanizację medycyny, a z drugiej wywiera wpływ na pogłębianie istoty ludzkiej, co wzbogaca również literaturę... (koniec cytatu).

W wymienionym wyżej słowniku na 391 stronach, autor prezentuje sylwetki 1207 lekarzy, uprawiających wszystkie formy literackie, od poezji po dramaty, w ciągu wieków. Autor zamieszcza krótkie biografie lekarzy pisarzy 65 narodowości od Chińczyków poprzez Czeczenów do Wenezuelczyków. Najwięcej, bo 137 wymienia Niemców, następnie Polaków – 135, Austriaków – 109. Po kilkadziesiąt nazwisk mają Włosi, Rosjanie, Anglicy, Francuzi, Czesi, Rumuni, Hiszpanie, Holendrzy. Jeszcze mniej jest Szwedów, Greków, Duńczyków. Są to głównie Europejczycy. USA reprezentują 43 nazwiska, inne kraje zaledwie po kilka. Zastanawiające, że osobno nie ma narodowości żydowskiej, choć kilkanaście osób wymienione jest jako pochodzenia żydowskiego, ale uważających się np. za Niemców, Austriaków czy Amerykanów. Wymienianie samych nazwisk zajęłoby godzinę, więc w dalszej części tekstu wspomnę tylko kilkanaście najbardziej znaczących, których opinia publiczna często zna jako filozofów, pisarzy, kompozytorów, nie wiedząc, że uprawiali oni zawód lekarza.

Inna rzecz, że przed XX wiekiem, wiekiem specjalizacji, z reguły studiowano kilka dziedzin jednocześnie,



ZBIGNIEW STANISŁAW JABŁOŃSKI

Lekarz medycyny, internista, homeopata, komandor marynarki wojennej, redaktor, poeta. Urodził się 15 listopada 1940 r. w Szwelicach k. Pułtuska.

Absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku (1963 r.).

W marynarce wojennej służył od 1965 r., zaczął jako lekarz Izby Chorych Marynarki Wojennej w Helu, następnie pracował w 115 Szpitalu Wojskowym w Helu, gdzie w latach 1989-1997 był komendantem.

Poeta i redaktor, członek Unii Polskich Pisarzy Lekarzy (wiceprezes w latach 1990-95), autor tomików: „Pustynne piaski” (1982 r.), „Helskie Pory Roku” (1987 r.), „Ginąca Półwysep” (1989 r.), „Helskie Listopady” (1991 r.), „Wiersze Helskie” (1993 r.), „Rapsodia Gdynska” (1997 r.), „Jesteś Morze” (200 r.), prozy (reportaż literacki – wyd. książkowe, 120 stron): „Przez Bałtyk po rekord świata” (1995 r.). Zastępca red. nac. miesięcznika „Wiadomości Gdynskie” (lata 1998-2001), czasowo p.o. red. naczelnego (2002 r., styczeń). Wiele publikacji w książkach zbiorowych piszących medyków („Spektrum”), artykułów publicystycznych i wierszy, m. in. w: „Literaturze”, „Poezji”, „Dzienniku Bałtyckim”, „Czasie”, „Wybrzeżu”, „Głosie Wybrzeża”, „Banderze”, „Służbie zdrowia”, „Nowym Medyku”, „Żołnierzu Polskim”, „Żołnierzu Wolności”, „Gazecie Mławskiej”, „Wiadomościach Gdynskich”.

Mieszka w Gdyni-Dąbrowie.

a z uniwersyteckich dziedzin, obok filozofii czy nauk ścisłych była studiowana medycyna.

Najbardziej znane z historii światowej literatury nazwiska to (wymieniam w kolejności alfabetycznej): Dante Alighieri, Arystoteles, Avicenna, Claude Bernard, Aleksander Borodin (bardziej znany jako kompozytor), Michaił Bułhakow, Antoni Czechow, Rene Descartes (Kartezjusz), Artur Conan Doyle (twórca Sherlocka Holmesa), Zygmunt Freud, Mikołaj Kopernik, Konrad Lorenz (noblista), Carl Linne (Linneusz – autor klasyfikacji roślin i klucza do medycyny), Stanisław Lem, William Somerset Maugham („W niewoli uczuć”), Nostradamus (główne dzieło: „Kalendarze Astrologiczne”) Francois Rabelais, Albert Schweitzer, Hans Selye („Stres życia”), Tadeusz Żeleński (BOY).

Dla Polaków, poza już wymienionymi, najbardziej znanymi są: Julian Aleksandrowicz, Władysław Biegański, Józef Bogusz, Jerzy Bończak (nb. były szef sł. zdr. WP, piszący pod pseudonimem Emil Bordysz), Bolesław – Ignacy Wieniawa-Długoszewski (generał), Ludwik Gąsiorowski, Janusz Korczak („Król Maciuś Pierwszy”), Karol Kaczkowski, Waclaw Korabiewicz (autor ponad 20 książek o tematyce podróźniczej i etnograficznej), Arnold Mostowicz, Adam Majewski czy Felicjan Sławoj Składkowski.

Z patriotyzmu regionalnego dodam jeszcze Tadeusza Kielanowskiego i twórców kaszubskich: Florianą Ceynową i Aleksandra Majkowskiego. Do tego pierwszego przyznają się również Kociewiaci, twierdząc, że Kaszubą był z urodzenia, Kociewiakiem z działalności. Inni dość znani współcześnie lekarze-twórcy to: Marcin Łyskanowski, Stanisław Sterkowicz, Michał Sobków, Henryk Gaertner. Może z innej półki twórczej: Kuba Sienkiewicz (lekarz neurolog) – prof. dr hab. Jerzy Woy-Wojciechowski (prezes PTL) – kompozytorzy i autorzy wielu przebojowych piosenek. Z trójmiejskich autorów wymienię: dr. Marka Prusakowskiego – specjalistę chorób zakaźnych pracującego w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Gdańsku, prowadzące

go autorską audycję muzyczną w radio, dr. Jana Niżniukiewicza, którego wyobraźnia literacka prowadzi nas po zakamarkach starożytnego Egiptu, lek. stom: Halinę Porębską z Gdyni, Huberta Pobłockiego z Gdańska czy poetę Bogdanę Jeremina z Gdyni. Dziesiątki nazwisk, które należałoby wymienić, z oczywistych względów pominę, wymienię jeszcze tylko dwa uogólniając następującą konkluzję: Działalność kulturotwórcza pozostawiająca trwałe ślady w krzewieniu regionalizmu (wspomniani wyżej lekarze-pisarze – twórcy kaszubscy), czy utrwalaniu na piśmie, przekazywanych z ust do ust ludowych legend, starych porzekadeł, wierszy i zwyczajów, które gdyby nie nasi koleździ, prawdopodobnie z upływem czasu po prostu zostałyby zapomniane jest niezwykle cenna, w małym środowisku. Wymienię tu dr med. Nadzieję Bittel-Dobrzyńską z Gdańska, której wspomnienia z dzieciństwa w książce; „Jak wiedźma Agrypicha znachorstwa mnie uczyła”, utrwaliły nie tylko wiele urokliwych ludowych wierszy, zaklęć i sposobów leczenia schorzeń w medycynie ludowej, ale i specyficzny język, będący mieszaniną polskiego, białoruskiego, litewskiego i rosyjskiego. Drugą bliską mi osobą, bo opisującą wierzenia i legendy mazowieckie (to moje rodzinne strony), jest dr Alfred Borkowski z Ciechanowa [...].

Drugi podtytuł wystąpienia „Anatomia uczuć” czyli serce w medycynie i literaturze zacząłbym od wieszczki: **A. Mickiewicz** wypowiedział bodajże najbardziej po: „*Litwo Ojczyzno moja*” popularne zdanie: „*Miej serce i patrzaj w serce*”, to cytat z wiersza „Romantyczność”. Ale ponieważ rzeczywistość mamy nieco „skrzeczącą”, wydarzenia nie skłaniają do romantyczności, więc skonstruuję te zdania anatomicznie. Otóż, serce to:

1. mięsień poprzecznie prążkowany, 2. centrum układu krążenia, 3. pompa ssąco-tłocząca, 4. generator fal elektromagnetycznych (EKG) – reasumując: jeden z najważniejszych „organów” człowieka, którego praca rozpoczęła w życiu

plodowym kończy się w momencie „zakończenia” życia ziemskiego.

Tak można by to określić w sposób lapidarny.

Jednak... mimo postępów w nauce, szcegółowej wiedzy o procesach zachodzących w centralnym układzie nerwowym i świadomości, że to w nim generują się ludzkie emocje i twórcze procesy myślowe, trwałe pozostają tradycyjne, obiegowe schematy, że to serce a nie mózg, jest symbolicznym ośrodkiem ich wyrażania przez człowieka, a popularne powiedzenie „serce mi mówi, że...” niezmiennie przetrwało od stuleci i zapewne przetrwa na stałe, bo jak powiedział **Wolter**: „*Kto nie ma serca na swój wiek, temu się wiek we znaki daje*”. Wtórzuje mu **E. Zegadłowicz**: „*Kto słowom serca wierzy, ten nigdy nie zginie*.” **W. Szekspir** podsumowuje: „*Serce miej otwarte dla wszystkich – zaufaj niewielu*”. W bliższych nam czasach **E. Orzeszkowa** wypowiada taką myśl. „*Wszyscy mówią, że mają serce. Jest to pretensja najogólniejsza pomiędzy ludźmi i najmniej ze wszystkich uogólniona*”, zaś **A. Schweizer** powiada: „*Słuszny sposób myślenia, pozwala także sercu zabrać głos*”, tyle, że „*na przekór naszemu dążeniu do rozsądku, nieszczęsne serce ludzkie pozostanie zawsze we władzy szaleństwa*” – to **E. Zola**. I pewnie dlatego „*serce nie ma zmarszczek – ONO ma blizny*”. Tym lapidarnym stwierdzeniem francuskiej pisarki **G. Colette** – „*bez zmarszczek ale z bliznami*” – zbliżyłem literaturę z medycyną – dosłownie. Po zawale pozostają w sercu blizny – choć niewidoczne gołym okiem, bardziej dokuczają od tych zewnętrznych, może dlatego, że tkwią głęboko. Poeta mówi, że „*pozostawiają trwałe ślady w twórczości*”; lekarz, że w mięśniu, a psycholog, że w życiu. Jak jest naprawdę?

„*Piszę wiersz jakże lekkie serce a głowa pełna bzdur. Cóż, każdy chciałby coś mieć. Ja wracam do wydm, szczytów, dziur w niebie, do ryb unoszących na dno marzenia. Jakiś człowiek zapukał i wszedł, chce wiedzieć co myślę o wirusach i Jego chorobie. Pocieszam go. Przecież Ja Też.*” To mój wiersz.

Właśnie. Przecież to My, Oni, Wy, Ja... też.

Ten moment refleksji, jakby zawieszony w czasie, w sekundzie emocjonalnego zbliżenia między lekarzem a pacjentem, interferencja ich myśli, bezgłośnie porozumienie, jest szczególnego rodzaju przeżyciem, doznaniem psychicznym, którego zawody poza medyczne są pozbawione, albo odczuwają w minimalnym stopniu.

Bo przecież wrażliwość, często pod maską nerwowości, wyzwala siły wytwarzające wartości stające trwałe dorobek kultury, potwierdzający istotę człowieczeństwa, z jego ludzką, dominującą, niepowtarzalną pozycją w znanych nam formach istnienia białka. Każdy z nas ma chwile, nazwijmy to słabości, w których zastanawia się, rozważa, zadaje trudne pytania o sens życia, cierpienia, bytu, celu dalszego życia itd.

Są to pytania z dziedziny filozofii, ale przypomnijmy sobie jak w takich momentach reaguje **serce**? Jak „ściska oddech” jak „wali” w klatce piersiowej, że odruchowo trzymamy dłonie na mostku i czekamy momentu uspokojenia. Czy trudno się dziwić, że właśnie ten czas zapamiętujemy najbardziej, że utrwala się on nam jako przeżycie trudne do określenia, ale jakże piękne, lub odwrotnie – przygnębiające i deprecjonujące.

„Zdrowie... jest procesem, zdolnością do rozwoju w kierunku wyższych wartości indywidualnych i społecznych” – stwierdził prof. **K. Dąbrowski**, twórca słynnej teorii dezintegracji pozytywnej, znany również jako poeta. Ludzie są pewnego rodzaju „formą zagęszczenia fali elektromagnetycznej” usłyszałem przed czterdziestoma laty na wykładzie świetnego fizyka z Gdańskiej Akademii Medycznej, **prof. Ignacego Adamczewskiego**.

Rosyjski biolog **W. Głotow** stwierdza: „Człowiek jest w zasadzie zamkniętym obwodem subtelnych drgań energetycznych”. Ks. prof. **W. Sedlak** pisze „życie jest światłem”, a o pierwszym impulsie narodzin jako o „sprzężeniu kwantowo-mechanicznym pomiędzy elementarną reakcją che-

miczną i najprostszym procesem elektronicznym w białku”, określając tę reakcję „kwantowym szwem życia”.

Są to stwierdzenia bulwersujące a jednocześnie atrakcyjne dla współczesnego człowieka, który gubi się w natłoku informacji i którego umysł poprzez drogę impulsów nerwowych (w uproszczeniu) pobudza lub hamuje nasze serce do reakcji, którą odczuwamy w sposób demonstracyjny, to znaczy taki, że możemy próbować to opisać.

Robimy to z resztą od niepamiętnych czasów. A świadczy o tym chociażby najśłynniejsza księga świata – Biblia. Cytuję: „Z obfitości serca usta mówią, czym serce pełne, to ustami wypływa” (**Mateusz 12, 34, Łukasz 6, 45**).

„Sursum corda” – „w górę serca” – toast, który wznosimy dość często przy stole, to z biblijnych trenów Jeremiasza (3, 41) i słowa wypowiedziane przed prefacją mszalną.

A ileż mądrości i celności jest w popularnych sformułowaniach: „serce na dłoń”, czy „serce w nogach”, „w prostocie serca”, „z ręką na sercu”, „serce nie chłopiec, rozkazać mu trudno”, itp.

Często nie zdajemy sobie sprawy, że cytujemy słowa poetów, pisarzy, filozofów, mędrców, a wszystkie one na ogół dotyczą ludzkich emocji, które odczuwane są jako reakcja narządu usadowionego w klatce piersiowej, nazywanego zwyczajnie sercem. Wprawdzie wszystkie te procesy odbywają się głównie w centralnym układzie nerwowym, ale przecież poza bólem, zawrotami i nudnościami głowy, ze

strony tego narządu, pozytywnych bodźców na ogół nie odczuwamy, umiejscawiając je właśnie w sercu.

Pensjonarki, jeszcze w niezbyt odległych czasach tak wypisywały w pamiętnikach:

„Dwa serca związane,
wrzucony klucz w morze
Nikt nas nie rozłączy
tylko Ty, o Boże”.

O znanych postaciach, które przeszły do historii powstały powiedzenia najczęściej z użyciem słowa **serce**. Mówi się zatem „Serce nie nasycone” mając na myśli S. Żeromskiego, piewę naszego morza; „Serce serc” brzmi napis na grobie B. Prusa, na warszawskich Powązkach.

Dla równowagi wieszczów, wypada powtórzyć za **J. Słowackim**: „Ciągłe powiadam że kraj już się pali, I na świadectwo ciskam ognia zdroje, A to się pali...tylko serce moje” i **St. Wyspiańskim** „...serce, a to Polska właśnie”.

Na zakończenie dwa cytaty przeciwieństwa: poważny i żartobliwy. Ten pierwszy, to okrzyk żołnierza, marszałka Francji **M. Ney**a skierowany do plutonu egzekucyjnego mającego go rozstrzelać – „Żołnierze... prosto w serce”.

I żartobliwy, nie pamiętam niestety autora, ale to prawdopodobnie **J. Tuwim**. Cytat więc przybliżony, niezbyt precyzyjny a brzmi mniej więcej tak:

„Przygadał kutasik sercu, że nigdy nie staje, ...a na to mu serce tak baje, Ty głupi kutasie, ty mózdku cielący, jak ja raz stanę – Ty nie stಾನiesz więcej”.

Zbigniew JABŁOŃSKI

Praca w Warszawie

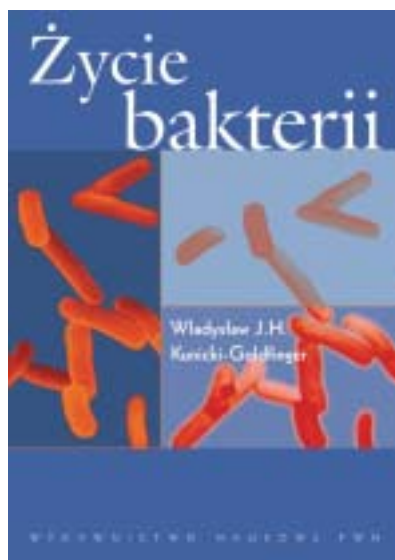
Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa SP ZOZ (Dział pobierania krwi i jej składników) zatrudni w pełnym wymiarze czasu pracy lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu lub posiadającego specjalizację z dziedzin podstawowych lub transfuzjologii. Niezbędne dokumenty: prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplom lekarza, zaświadczenie o niekaralności.

Adres: 00-909 Warszawa, ul. Szaserów 128
tel. (0-22) 6 816 707, (0-22) 6 816 673
e-mail: wckik@wop.pl

00-251 WARSZAWA, ul. Miodowa 10
infolinia 0-801-33-33-88
www.pwn.pl

Władysław J.H. Kunicki-Goldfinger
Życie bakterii

Redakcja naukowa:
Jadwiga Baj, Zdzisław Markiewicz
Wyd. nowe (7 zm. – dodruk)
s. 616, opr. miękka
format 16,8x23,8 cm, cena: 54,90 zł



Podręcznik mikrobiologii, który się po prostu czyta!

Jest to wznowienie niezwykle popularnego i znanego od lat podręcznika mikrobiologii ogólnej.

Omówiono w nim:

- rys historyczny mikrobiologii
- co to są drobnoustroje i jak się je bada
- budowę bakterii
- funkcje fizjologiczne bakterii
- genetykę, ewolucję i systematykę bakterii
- wzajemny wpływ bakterii i środowiska
- wykorzystanie mikrobiologii w praktyce.

...„Książka ta nie jest, a przynajmniej stara się nie być zwykłym podręcznikiem, lecz podręcznikiem „niezwykłym”. Prócz przedstawiania faktów, w wielu miejscach zaczyna dyskutować, wykracza poza mikrobiologię, a nawet poza biologię...”.

Z Przedślowia

...„Niech nie będzie, jak chciał profesor, tylko podręcznikiem do „uczenia się do egzaminu”, lecz podstawą w studiowaniu i poznawaniu zjawisk przyrodniczych, w których drobnoustroje odgrywają rolę podstawową.”

Z Przedmowy do nowego wydania

Podręcznik przeznaczony dla studentów: biologii – uniwersytety, akademie rolnicze i pedagogiczne; biotechnologii wszystkich typów uczelni, na których wykładana jest mikrobiologia; akademii medycznych; młodych naukowców; nauczycieli i uczniów szkół średnich.

Hans G. Schlegel
Mikrobiologia ogólna

(Allgemeine Mikrobiologie)

tłumaczenie zbiorowe pod red.:

Zdzisława Markiewicza

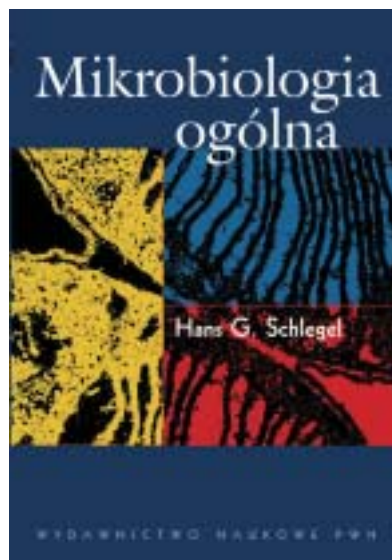
Wyd. 2 popr. (dodr.), s. 736

opr. miękka, format 14,3x20,5 cm

cena: 49,90 zł

Mikrobiologia ogólna Hansa G. Schlegela jest zwięzłym podręcznikiem zawierającym niezbędne podstawowe wiadomości z zakresu mikrobiologii ogólnej.

Książka daje przede wszystkim ogólny przegląd aktualnej wiedzy, dostarcza dokładnych informacji, ale



jednocześnie wzbudza zainteresowanie tą dziedziną nauki. Oprócz biologii, może także zainteresować czytelnika pokrewnymi dziedzinami nauki, przede wszystkim biochemią ogólną. Dlatego podano w niej podstawowe reakcje chemiczne zachodzące w procesach przemiany materii, dokładniej zaś opisano zasadnicze reakcje przemian charakterystycznych dla mikroorganizmów. Obszerniej przedstawiono też fizjologię bakterii. Cechą tego podręcznika jest uwypuklenie powiązania mikrobiologii z innymi dziedzinami nauk przyrodniczych.

Ważną rolę w zrozumieniu wielu skomplikowanych procesów i szlaków metabolicznych pełnią liczne rysunki, wykresy, schematy. Ujęcie i sposób przedstawienia tematu powoduje, że jest to podręcznik przydatny nie tylko dla mikrobiologów, lecz również dla studentów botaniki, zoologii, farmacji, rolnictwa, medycyny, fizyki i chemii.

Parazytologia i akaroentomologia medyczna. Podręcznik dla studentów, nauczycieli akademickich, lekarzy praktyków i pracowników laboratoriów

Red. nauk. Antoni Deryło

Wyd. 1, s. 508+20, opr. miękka

format 16,8x23,8 cm, cena: 45 zł

Pierwszy w Polsce nowoczesny podręcznik parazytologii i akaroentomologii medycznej, napisany przez kierowników Katedr Biologii i Parazytologii AM oraz doświadczonych nauczycieli akademickich, o uznanym dorobku naukowym, prowadzących obecnie zajęcia dydaktyczne na wszystkich akademiach medycznych. Książka prezentuje (oprócz biologii i morfologii pasożytów) wiadomości z zakresu epidemiologii, profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób pasożytniczych. Informacje o danym pasożycie podane są według schematu: rozprzestrzenienie, rozwój, cechy morfologiczne, epidemiologia, diagnostyka, leczenie i profilaktyka chorób wywołanych przez danego pasożyta. W części wstępnej zwięźle przedstawiono historię parazytologii oraz najważniejsze zagadnienia z parazytologii



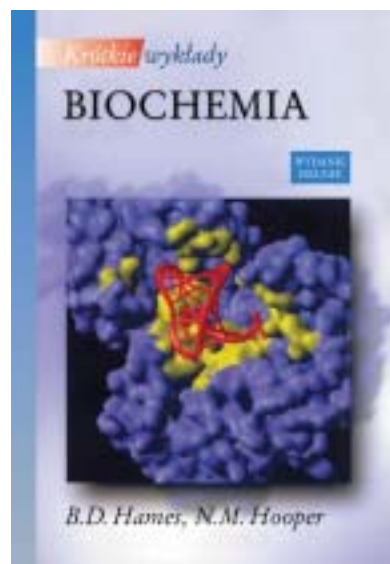
ogólnej. Podręcznik został dostosowany do ustalonego ramowego programu nauczania we wszystkich akademiach medycznych. Książka ma przejrzysty układ, zawiera bogaty materiał ilustracyjny, w tym liczne fotografie barwne.

Publikacja przeznaczona dla studentów, nauczycieli akademickich, lekarzy praktyków i pracowników laboratoriów diagnostycznych.

B. D. Hames, N. M. Hooper
Krótkie wykłady. Biochemia
 (Instant Notes Biochemistry)
 tłum. zbiorowe pod red.:
 Lilli Hryniewieckiej
 i Kazimierza Ziemińskiego
 Seria: Krótkie wykłady
 Wyd. 2 popr. i unow. (dodruk)
 s. XII+492, opr. miękka,
 format 16,8x23,8 cm, cena: 39,90 zł

Biochemia. Krótkie wykłady to zwięzłe, a jednocześnie wyczerpujące temat kompendium wiedzy z biochemii nie tylko dla studentów. Zawarte są w nim wszystkie ważne zagadnienia z dziedziny biochemii ujęte w idealnej formie, nadającej się do szybkiej nauki i powtórek. Książka ta jest w dużym stopniu unowocześnioną wersją – bardzo dobrze przyjętego, uwieńczonego powodzeniem – pierwszego wydania. Rozszerzona jest o ekspresję genów i inne aktualne tematy oraz nowe ilustracje. Książka omawia następujące tematy:

- Komórki i ich budowa
- Enzymy
- Przeciwciała
- Błony: struktura i funkcja



- Struktura i replikacja DNA
- Synteza i dojrzewanie RNA
- Synteza białka i jego modyfikacje
- Rekombinacyjna technologia DNA
- Metabolizm węglowodanów
- Metabolizm lipidów
- Oddychanie i energia
- Metabolizm azotu
- Specjalizacja komórek.

Czy jesteśmy przygotowani?

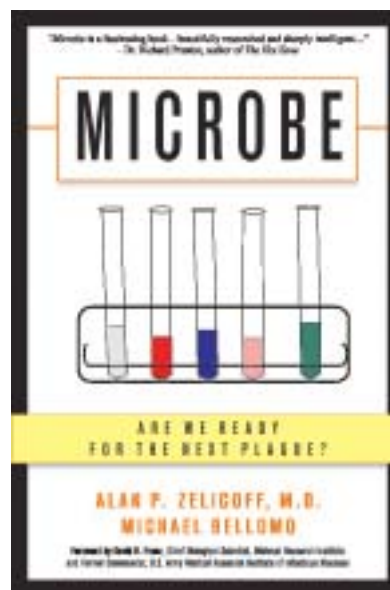
Microbe. Are we ready for the next plague?
(Mikrob. Czy jesteśmy przygotowani na następną zarazę?)

Autorzy: Zeligoff Alan P., Bellomo Michael
 Wyd. AMACOM, Nowy Jork 2005, str. 272, ISBN 0-8144-0865-6

Przełom tysiącleci pozostaje znamienny w naukach biologicznych, m.in. opanowaniem genetycznych technik badawczych. Techniki te zostały w pełni zastosowane w diagnostyce mikrobiologicznej, doprowadzając do poznania cech i właściwości zaraźliwych wielu dotychczas nieznanymi, bądź lekceważonych chorób zakaźnych. Te nowoczesne techniki badawcze ujawniły też groźne zjawisko przemieszczania się niektórych chorób zakaźnych nawet o zasięgu międzykontynentalnym. Na przykład, dla Amerykanów dużym zaskoczeniem było pojawienie

nie się na ich kontynencie wirusowego zapalenia mózgu Zachodniego Nilu i chorób wywoływanych przez hantawirusy.

Zjawiskiem, z którym obecnie borykają się rządy wielu państw, jest ptasia grypa, a właściwie jej groźba w pełni skutecznego przełamania bariery gatunkowej ptactwo – człowiek. Groźba ta zmusza władze sanitarne do podejmowania dramatycznych decyzji wybijania ptactwa w rejonach, gdzie pojawia się chociażby pojedynczy przypadek tej choroby. Jeśli dodamy do tego, na szczęście dotychczas sygnałne, ale jakże groźne



przypadki zbrodniczego wykorzystywania zaraźliwych do siania terrozu, to pytanie umieszczone w tytule książki: „Czy jesteśmy przygotowani na następną zarazę?” po-

Recenzja

zostaje w pełni uzasadnione, jak i uzasadniona jest celowość informowania o tych zagrożeniach.

Autorami omawianej książki są dwaj Amerykanie, eksperci o wyrobionych już pozycjach w swoich zawodach, lekarz A. Zelicoff i prawnik M Bellomo. Treść książki, spisana na 272 stronach, jest podzielona na 15 rozdziałów, uzupełnionych przedmową znanego eksperta od broni biologicznej, płk w st. spocz. dr wet. Dawida Franza, podziękowaniami oraz dołączonym bardzo interesującym dodatkiem.

Poszczególne rozdziały, w tłumaczeniu na język polski, są zatytułowane następująco:

1. Ptaki, które spadły z nieba – wirus Zachodniego Nilu;
2. Korona śmierci – SARS;
3. Strumień śmierci – hantawirus bez nazwy;
4. Wybuchy choroby, rezerwuary i zejścia śmiertelne gospodarzy;
5. Drobinyszka w mózgu – *Bovine Spongiform Encephalopathy* (szalona krowa);
6. Wyjście z cienia – *Legionella Pneumophila* (choroba legionistów);
7. Zgubny wiatr – ospa;
8. Naturalnie urodzeni zabójcy – dlaczego niektóre drobnoustroje stają się nieprzyjazne;
9. Coś w wodzie – cholera, kryptosporidioza;
10. Gdy liczą się godziny – ale dni nie są istotne – wąglik;
11. Zdrowszy, zdrowy tyś: naprawianie niedoskonałości systemu zdrowia publicznego;
12. Projekt Biowatch – zniknięcie próbek z zarzkiem dżumy w Teksasie;
13. Nowa broń w walce;
14. Szczepionki oparte na DNA;
15. Trzy uncje prewencji – scenariusze obejmujące grypę ptasią i bioterroryzm z użyciem ospy;
16. Wewnątrz kryształowej kuli złowrogo – spojrzenie w przyszłość.

Na podkreślenie zasługuje treść załączonego dodatku. Jest to list 4 uczonych amerykańskich na czele z noblistą J. Ledeberegem do rosyjskiego profesora Lwa Sandakczewa, dyrektora Państwowego Centrum Badawczego Wirusologii i Biotechnologii w miejscowości Kolcowo, w rejonie Nowosybirsk. Autorzy listu po przyjacielsku zwracają się z prośbą o wyjaśnienie przyczyn powstania i szerzenia się epidemii

ospy w 1971 roku w rejonie jeziora Aralsk oraz o podanie charakterystyki szczepu, który był sprawcą tej epidemii. Znając doświadczenie z próbą wyjaśnienia przyczyn powstania epidemii wąglik w Świerdłowsku, można spodziewać się, że wyjaśnienia te mogą skończyć się na wymianie uprzejmości.

Książkę należy zaliczyć do publicystyki naukowo informacyjnej, ale może być interesująca dla szerszego grona czytelników. Jest zajmująca. Nie nudzi a pobudza do wglębiania się w treść kolejnych rozdziałów, będących opowiadaniem o różnych zdarzeniach i różnych zagrożeniach.

Dr Richard Preston, autor „Hot Zone”, najlepiej sprzedawanej tego

typu książki w USA (na jej podstawie przed kilku laty został opublikowany w „Skalpelu” artykuł pod tytułem „Dzień grozy badań nad wirusem Ebola”), taką wydał o niej opinię: „*Mikrob*” jest książką fascynującą. A. R. Zelicoff i M. Bellomo napisali jedno z najlepszych opowiadań o nowopojawiających się chorobach zakaźnych w ostatniej dekadzie – opowiadanie doskonale opracowane i wysoce inteligentne...”.

Byłoby ze wszech miar pożądane, gdyby w Polsce znalazł się wydawca i zaryzykował wydanie tłumaczenia tej książki. Ryzyko ograniczonej sprzedaży byłoby być może duże, ale korzyść społeczna większa, chociaż niewymierna.

prof. dr hab. Jerzy MIERZEJEWSKI



Włocławskie Towarzystwo Naukowe

zaprasza na

XXVI Ogólnopolską Konferencję Kardiologiczną

Postępy Diagnostyki i Terapii w Kardiologii

Włocławek, 2 –3 czerwca 2006 r.

Tematyka:

- Wielonaczyniowa choroba wieńcowa
- Stent czy operacja małoinwazyjna
- Transplantacja serca
- Ryzyko operacyjne w chorobie niedokrwiennej serca
- Mechaniczne wspomaganie krążenia
- Interakcje leków kardiologicznych
- Profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych
- Leczenie zespołu metabolicznego
- Problemy leczenia miażdżycy naczyń obwodowych
- Program leczenia inwazyjnego choroby wieńcowej (ogółem 24 referaty)

Referenci:

Kierownicy Klinik Akademii Medycznych i Instytutów Naukowych wraz z zespołami współpracowników

Uczestnicy otrzymują:

- Certyfikat przyznania punktów edukacyjnych.
- Zapis książkowy XXIV Ogólnopolskiej Konferencji Kardiologicznej WTN z 2004 r. zawierający teksty 24 referatów.

Koszt uczestnictwa w Konferencji 70 zł + VAT

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego*

prof. dr hab. med. Stanisław Sterkowicz

Zgłoszenia przyjmuje / informacji udziela:

Biuro Komitetu Organizacyjnego – Włocławskie Towarzystwo Naukowe
pl. Wolności 20, 87-800 Włocławek,
tel/fax 054 232-28-08, e-mail lega@wtn.pl

RYNEK ZDROWIA

NOWE SPOJRZENIE na medycynę



Zamów prenumeratę !

Wydawca:

Polskie Towarzystwo Wspierania Przedsiębiorczości Sp. z o.o.

40-077 Katowice, ul. Jana Matejki 3

Tel. (0-32) 209 13 03, 258 11 98, 258 15 98,

fax (0-32) 782 13 01

redakcja@rynekzdrowia.pl www.rynekzdrowia.pl



Lekarzy nie pytamy o dochody



Citibank Handlowy specjalizuje się w tworzeniu oferty kredytowej precyzyjnie dopasowanej dla potrzeb wybranych grup zawodowych. Mamy duże doświadczenie w tym zakresie. Kredyt Citibank udzielany jest bez poręczycieli i zabezpieczeń, bez opłat za rozpatrzenie wniosku, na dowolny cel.

Skorzystaj ze specjalnej oferty kredytowej dla Lekarzy:

- nie wymagamy zaświadczeń o dochodach*
- oprocentowanie kredytu niższe niż w ofercie standardowej

Zadzwoń i dowiedz się, ile wyniesie rata Twojego kredytu:

0 801 65 63 64 Koszt połączenia: cena jednego impulsu + VAT wg taryfy TP za każdą rozpoczętą minutę

www.online.citibank.pl

Bank Handlowy w Warszawie SA
Sektor Bankowości Detalicznej
ul. Golezowska 6, 01-249 Warszawa

A member of  citigroup

Your Citi never sleeps



* Maksymalna kwota kredytu brutto udostępniana bez dokumentów dochodowych wynosi 64 000 złotych.