



BIULETYN LEKARSKI

Rok XXXIII, lipiec 2022, numer 173

e-active



15. Krajowy Zjazd Lekarzy
Warszawa, 12–14 maja 2022 r.

Fot. Grażyna Ignaczak-Bandych

START

W NUMERZE:

XV Krajowy Zjazd Lekarzy to nie tylko wybory	... 4	Edmund Brzozowski, tenor	... 23
Łukasz Jaśkiewicz		Małgorzata Sławińska	
Terapia HCV w dobie pandemii COVID-19*	... 6	DMP	... 25
Anna Botulińska		Jacek Tyłło	
Kronika Okręgowej Rady Lekarskiej	... 10	Fenomen tanga argentyńskiego	... 27
Zbigniew Gugnowski, Karolina Lubak		Mirosława Kozłowska	
Sukces załogi Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie	... 11	Homo homini lupus	... 29
Zbigniew Gugnowski		Apolonia Szarkowicz	
Zawieszenie prawa wykonywania zawodu – cz. 1	... 12	Zawiść, a co to takiego?	... 31
Katarzyna Godlewska		Anna Osowska	
Epidemia otyłości	... 13	Pamięci tych, którzy odeszli...	... 33
Krystyna Łaskarzewska-Resiak		Redakcja	
Olga Szwałkiewicz – wspomnienia	... 16	„ŚLEPA SOWA” w Klubie 27	... 34
Redakcja		Jerzy Kurowski	
Homocysteina	... 21	Tuż obok drogi	... 37
Roman Łesiów		Jarosław Parfianowicz	
Ahoj żeglarze!	... 22	Kącik wierszem pisany	... 39
Redakcja		Redakcja	
		Szyszki sosnowe	... 40
		Redakcja	
		Informacje biura	... 41
		Redakcja	

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy!

Po dokonanych wyborach na IX kadencję reaktywowanego samorządu we wszystkich izbach okręgowych nadszedł czas na XV Krajowy Zjazd Lekarzy, który odbył się w Warszawie w dniach 12–14 maja 2022 r.

Na łączną liczbę 492 delegatów dziesięciu to reprezentanci Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie. Mimo tej pozornie małej liczby przedstawiciele naszej Izby byli bardzo zauważalni.

Podczas części uroczystej dr n. med. Jerzy Górny, prezes II kadencji WMIL, został wyróżniony wyjątkowym odznaczeniem – Meritus Pro Medicis – które przyznawane jest osobom szczególnie zasłużonym dla środowiska samorządu lekarskiego. To już szóste odznaczenie przyznane członkowi naszej Izby.

Lekarz dentysta Leszek Dudziński oraz doktor nauk medycznych Piotr Kocbach zostali wybrani na członków Naczelnej Rady Lekarskiej IX Kadencji. W Radzie zasiadą razem z prezes WMIL, Anną Lellą, która podczas zjazdu pełniła funkcję wiceprzewodniczącej komisji skrutacyjnej oraz komisji mandatowej. Lekarz dentysta Marek Szałkowski dołączył do grona zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a członkiem Naczelnej Komisji Rewizyjnej został Bogdan Kula.

Na Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej wybrano Łukasza Jankowskiego. W głosowaniu wygrał z byłym przedstawicielem NRL – prof. Andrzejem Matyją – stosunkiem głosów 252 do 192.

Nowym Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej jest dr Zbigniew Kuzyśzyn.

Wszystkim wybranym osobom serdecznie gratulujemy i życzymy samych sukcesów w pracy na rzecz naszego środowiska!

Dziękuję naszym delegatom za aktywną postawę podczas Krajowego Zjazdu.

23 lipca 2022

Wraca inicjatywa spływu kajakowego! Dnia 23 lipca 2022 r. o godzinie 12:00 w Olsztynie rozpocznie się spływ trwający około 4 h. Finał trasy na przystani w Brąswaldzie, na miejscu czas na integrację. Zachęcamy do udziału, szczegóły i zapisy w biurze Izby.

Anna Lella



IV Światowy Zjazd Lekarzy Polskich & XI Kongres Polonii Medycznej

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy!

Z wielkim entuzjazmem ogłaszamy XI Kongres Polonii Medycznej połączony z IV Światowym Zjazdem Lekarzy Polskich. Po czterech latach od ostatniego Kongresu spotkamy się w dniach 1–4 czerwca 2023 r. w Olsztynie, stolicy Warmii i Mazur. Serdecznie zapraszamy! Jest to okazja do spotkań z rodakami z całego świata. Na kongresy przyjeżdżają lekarze identyfikujący się z kulturą i językiem polskim, rozproszeni na wszystkich kontynentach.

Olsztyn jest miastem, które szczególnie latem tętni życiem. Pobudzający do refleksji gotycki klimat zamku i bazyliki zachęcają do spacerów nad przepływającą przez śródmiejskie parki Łyną. Być może tę inspirującą atmosferę antycypował najwybitniejszy mieszkaniec miasta – astronom i lekarz Mikołaj Kopernik, który w zamku zaczął spisywać swe fundamentalne dzieło *O obrotach sfer niebieskich*...

Anna Lella
Prezes ORL Warmińsko-Mazurskiej
Izby Lekarskiej w Olsztynie

Kornelia Król
Prezes Federacji Polonijnych
Organizacji Medycznych

XV KRAJOWY ZJAZD LEKARZY TO NIE TYLKO WYBORY



XV Krajowy Zjazd Lekarzy, który miał miejsce w dniach 12–14 maja 2022 r. w Warszawie, to nie tylko wydarzenie sprawozdawczo-wyborcze. Oprócz emocji związanych z wyborem nowych władz do naczelnych organów samorządu lekarskiego to również czas pracy delegatów nad stanowiskami, uchwałami i apelami, będącymi głosem środowiska lekarsko-dentystycznego.

Krajowy Zjazd Lekarzy pierwszego dnia podjął uchwały w związku z przyjęciem sprawozdań kadencyjnych za okres 2018–2022 Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Komisji Rewizyjnej, jak również udzielono absolutorium Naczelnej Radzie Lekarskiej VIII kadencji.

Drugiego dnia zostało wypracowane stanowisko w sprawie utrzymania stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów. Po raz pierwszy pomysł likwidacji stażu podyplomowego w Ministerstwie Zdrowia pojawił się w 2011 r., wtedy po wielu rozmowach i staraniach samorządu lekarskiego, władz uczelni i studentów udało się tę fatalną de-

cyzję odwrócić, jednak pod koniec roku 2021 ponownie pojawiły się plany likwidacji stażu. Środowisko lekarsko-dentystyczne krytycznie odnosi się do tego pomysłu i niewątpliwie byłby to krok w kierunku obniżenia jakości kształcenia przyszłych młodych pokoleń medyków. Podjęto również pierwsze apele, m.in. dotyczące Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES). Skierowano apel do ministra zdrowia o podjęcie działań mających na celu poprawę organizacji PES-u, ze szczególnym uwzględnieniem przygotowania i standaryzacji pytań testowych. Podjęto kolejne uchwały zatwierdzające kadencyjne sprawozdania za okres 2018–2022 Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Naczelnego Sądu Lekarskiego i Krajowej Komisji Wyborczej.

Ostatniego dnia Krajowy Zjazd Lekarzy przyjął kolejne stanowisko, tym razem w sprawie przeglądu specjalizacji oraz powiązania kształcenia specjalizacyjnego z certyfikacją umiejętności. Podjęto również apele, m.in. do ministra zdrowia, dotyczące kształcenia

lekarzy i lekarzy dentystów wyłącznie na uczelniach akademickich, aby utrzymać jak najwyższą jakość szkolenie przeddyplomowego, jak również w sprawie uporządkowania zasad wynagradzania kierowników specjalizacji. Przyjęty ponadto został apel do okręgowych rad lekarskich o zorganizowanie lekarzom i lekarzom dentystom pomocy prawnej dostępnej całą dobę. W obecnym porządku prawnym i przy wielu zawłościach związanych czasem z interpretacją zagadnień z prawa karnego, cywilnego czy też prawa pracy niewątpliwie stanowiłoby to duże wsparcie dla środowiska lekarskiego.

Łącznie w ciągu trzech dni podjęto:

- 17 uchwał,
- 2 stanowiska,
- 14 apeli.

Treści wszystkich dokumentów przyjętych przez XV Krajowy Zjazd Lekarzy jest dostępna na stronie internetowej NIL w zakładce „Dokumenty”: „Krajowy Zjazd Lekarzy”.

lek. Łukasz Jaśkiewicz



TERAPIA HCV W DOBIE PANDEMII COVID-19*

Już przed wiekami dobry stan wątroby wiązano ze zdrowiem człowieka, mawiając: „Splucz mleko z wątroby, chceszli ujść choroby”. Czy słusznie? Zdecydowanie tak! Wątroba jest niezwykle ważnym narządem. Dlatego właśnie przy braku szczepienia przeciwko HCV tak ważne są środki zapobiegawcze i testowanie, zwieńczone – w razie potrzeby – farmakoterapią.

Epidemiologia w Polsce

Zidentyfikowany nie tak dawno, bo w 1989 r., HCV to hepatotropowy wirus zapalenia wątroby typu C. Szacuje się, że w Polsce liczba zakażonych wirusem HCV może sięgać 150 tys., z czego niemal 80% osób jest nieświadomych swojego statusu. W ostatnich latach, tj. w 2017, 2018, 2019 i 2020 r., rozpoznano ogółem (wspólnie OWZW i PWZW typu C) odpowiednio 4010, 3442, 3343 i 955 zachorowań, głównie u dorosłych. Jak widać, wpływ na liczbę wykryć miała pandemia COVID-19 i związane z nią ograniczone możliwości kontaktu lekarzy z pacjentami oraz prowadzenia pełnej diagnostyki.

Konsekwencje i objawy zakażenia

Okolo 80% przypadków zakażenia HCV prowadzi do przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C. Skutki to progresja zapalenia i włóknienia w wątrobie, co nieodwołalnie prowadzi do marskości oraz przyczynia się do rozwoju raka wątrobowokomórkowego (HCC). HCC jest najczęstszym pierwotnym nowotworem wątroby i jedną z najczęstszych przyczyn zgonu u pacjentów onkologicznych. Ryzyko rozwoju HCC wynosi 30% i wzrasta wraz z nadużywaniem alkoholu, mimo że tempo warunkują również genotyp wirusa HCV, płeć oraz wiek.

Zakażenie HCV rzadko ujawnia się w sposób klasyczny – z żółtaczką, dolegliwościami grypopodobnymi i laboratoryjnymi cechami uszkodzenia wątroby. Infekcja przebiega za-

wyczaj skąpo- lub bezobjawowo, co powoduje, że chorobę rozpoznaje się albo późno, tj. w stadium niewydolności lub marskości wątroby, albo przypadkowo, np. podczas badań wykonywanych w ciąży lub w trakcie hospitalizacji.

Przed kilkoma laty do Poradni Chorób Zakaźnych został przyjęty 42-letni pacjent z insulinopornością, licznymi „pajęczkami naczyniowymi” na całym tułowie i kończynach górnych, z ginekomastią oraz niewydolnością nerek. Chory zgłaszał pogarszanie się pamięci oraz narastające zmęczenie trwające od kilku lat. Relacjonował liczne wizyty u lekarzy różnych specjalizacji, jednak dopiero krwawienie z żyłaków przełyku przyczyniło się do ustalenia rozpoznania HCV. Niestety takich przypadków może być w Polsce o wiele więcej.

Tym bardziej więc lekarze powinni pamiętać, że choć większość przypadków PWZW typu C przebiega asymptomatycznie, to jednak u niektórych pacjentów obserwujemy ważne wskazówki. Należą do nich narastające zmęczenie nieadekwatne do wykonywanych czynności, nudności, brak apetytu, wzdęcia, bóle prawego nadbrzusza, chudnięcie, upośledzenie pamięci i koncentracji, a także zaburzenia nastroju.

Mogą pojawić się również manifestacje pozawątrobowe, co powinno skłonić do poszerzenia diagnostyki. Najczęstsza wśród manifestacji pozawątrobowych jest kriglobulinemia mieszana – u większości chorych zmiany rumieniowe poprzedzone są uczuciem palenia w zajętych obszarach. Występują również: błoniasto-rozplamowe zapalenie kłębuszków nerkowych, zespół Sjögrena, porfiria skórna późna, liszaj płaski, cukrzyca typu 2, zaburzenia limfoproliferacyjne (głównie chłoniaki nieziarnicze typu B) oraz autoimmunizacyjne zapalenie tarczycy.

Kto koniecznie powinien zrobić test na HCV?

Przed wszystkim zbadani w kierunku zakażenia HCV powinni być:

- użytkownicy substancji psychoaktywnych podawanych drogą iniekcji,

- osoby wielokrotnie hospitalizowane, szczególnie przed rokiem 1993, kiedy rozpoczęto badania krwi przed transfuzją czy przeszczepieniem,
- osoby przebywające w zakładach karnych,
- pacjenci z innym zakażeniem przenoszonym tą samą drogą (HBV, HIV),
- osoby korzystające z zabiegów z przerwaniem ciągłości skóry – piercing, tatuaże, zabiegi z zakresu kosmetologii i medycyny estetycznej, stomatologii, jeśli sprzęt nie był sterylizowany,
- po ryzykownych, niezabezpieczonych kontaktach seksualnych.

Rutynowo badani są pacjenci hemodializowani, kobiety ciężarne, osoby po ekspozycji zawodowej oraz osoby z podwyższoną aktywnością transaminaz i GGTP. W tym miejscu należy jednak dodać, że u części chorych obserwuje się normalizację parametrów.

Diagnostyka i terapia

HCV to choroba podstępna i niebezpieczna dla pacjenta, ale charakteryzująca się nieskomplikowaną diagnostyką oraz – dzięki dynamicznemu rozwojowi biologii molekularnej w ostatnich latach – możliwością skutecznego wyleczenia blisko 100% chorych.

Objawy i wyniki badań, które powinny skłonić lekarza POZ lub innej specjalności do skierowania pacjenta na test w kierunku HCV

Manifestacje wątrobowe:

- **podwyższone aktywności aminotransferaz** (mogą być wczesnym sygnałem, ale należy pamiętać, że ponad połowa osób zakażonych ma prawidłowe wartości),
- **żółtaczkę i hiperbilirubinemię** (pojawia się dopiero w zaawansowanej chorobie wątroby),
- **wodobrzusze** (pojawia się dopiero w zaawansowanej chorobie wątroby).



Manifestacje pozawątrobowe:

- **przewlekłe lub nawracające osłabienie,**
- **bóle stawów,**
- **polineuropatia obwodowa,**
- **glomerulopatia,**
- **chłoniak nieziarniczy z limfocytów B,**
- **małopłytkowość,**
- **autoimmunizacyjne zapalenie tarczycy,**
- **cukrzyca typu 2,**
- **plamica naczyniowa,**
- **liszaj płaski,**
- **łuszczyca,**
- **rumień guzowaty,**
- **rumień wielopostaciowy,**
- **porfiria skórna późna.**



Prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Podstawowym badaniem przesiewowym jest wykrywanie w surowicy przeciwciał anty-HCV, które wytwarzają się po około 6–8 tygodniach od zakażenia i obecne są zarówno u chorych, jak i wyleczonych – spontanicznie lub terapią. Stąd rozpoznanie aktywnego zakażenia HCV jest warunkowane badaniem anty-HCV, a następnie potwierdzeniem HCV-RNA. Jeśli kryteria kwalifikacji są spełnione, pacjent otrzymuje leczenie, które eliminuje wirusa z organizmu, zmniejsza ryzyko rozwoju marskości i raka wątrobowokomórkowego, przekłada się na poprawę jakości życia oraz ogranicza szerzenie się HCV.

Wielu lekarzy wciąż kojarzy terapię HCV ze stosowaniem interferonu, którego efektywność oraz działania niepożądane czyniły to leczenie niezadowalającym. Dziś nie jest ono już stosowane. Nowoczesne terapie opierają się na bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym. Poprawnie prowadzone leczenie trwa średnio dwa–trzy miesiące, zapewnia skuteczność rozumianą jako trwałą eliminację wirusa przekraczającą 95%, a w niektórych grupach 99%. Terapię stosuje się raz dziennie w formie doustnej. Ponadto możliwe jest leczenie pacjentów z niewydolnością nerek oraz chorych z marskością wątroby w okresie niewydolności. Niestety, jeśli infekcja trwa wiele lat, wyeliminowanie wirusa nie cofnie całkowicie zmian, które zaszły przez ten czas w wątrobie.

W 2016 r. WHO przyjęła strategię całkowitej eliminacji WZW typu C do 2030 r. Są kraje, które ten cel mają na wyciągnięcie ręki. Czy Polska do nich dołączy? Korzystamy już z nowoczesnego, skutecznego w wysokim stopniu leczenia. Jednak przejście HCV do przeszłości możliwe będzie jedynie przy znacznym wzroście poziomu testowania, a może i wprowadzeniu badań przesiewowych całej populacji. Niestety, pandemia COVID-19 skutecznie ograniczyła testowanie w kierunku HCV, więc na razie eliminacja tego wirusa w Polsce nie wydaje się możliwa. Do 2030 r. zostało osiem lat.

Lekarz Anna Botulińska,
Katedra Medycyny Rodzinnej i Chorób Zakaźnych,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

* Artykuł przygotowany we współpracy z Gilead Sciences Poland Sp. z o.o. PL-UNB-0133. Data przygotowania: 03.2022.

ABSOLWENCI AMG ROCZNIK 1983

Serdeczne zaproszenie na kolejny zjazd koleżeński
w dniach **16–18.09.2022** roku

w Hotelu „Orle” w Sobieszewie.

Koszt uczestnictwa przy korzystaniu z pokoju
2-osobowego indywidualnie – **1400 zł**,
przy dzieleniu pokoju z inną osobą – **1000 zł**.

Wpłaty do końca lipca 2022 roku

na nr konta Hotelu „Orle”:

mBank: **78 1140 2017 0000 4202 0490 8028**

z dopiskiem: **Zjazd AMG 83**

Telefon kontaktowy do hotelu: **583 080 797**

Kontakt: Aleksander Stanek, tel. **602 255 175**

e-mail: **Aleksander.stanek58@gmail.com**

inter
UBEZPIECZENIA
INTER LEKARZ NIERUCHOMOŚCI
JEDNA POLISA - WIELE MOŻLIWOŚCI


Szanowny Kliencie, specjalnie dla ubezpieczonych w ramach pakietu INTER Lekarz przygotowaliśmy ofertę kompleksowego ubezpieczenia nieruchomości ze zniżką do 40%.

W INTER ubezpieczysz:

- mieszkanie i/lub dom z przyległymi budynkami gospodarczymi, garażem
- wyposażenie mieszkania, czyli meble, sprzęt RTV i AGD, mienie osobiste (zegarki, biżuteria, gotówka)
- wyposażenie gabinetu lekarskiego
- mienie służbowe

Dlaczego warto?

- Minimum formalności przy zgłaszaniu szkody
- Dedykowany opiekun szkody – od momentu przyjęcia zgłoszenia
- Aplikacja mobilna – zgłoszenie i wycena szkody
- Bezgotówkowa, kompleksowa organizacja remontu lub naprawy sprzętu po stronie INTER
- Rekompensata za samodzielne zorganizowanie naprawy
- Serwis sprzętu i sprzęt zastępczy na czas naprawy
- Wypłata odszkodowania za uszkodzone mienie w ciągu 7 dni roboczych

Zapraszam do kontaktu w celu zapoznania się ze szczegółami oferty.

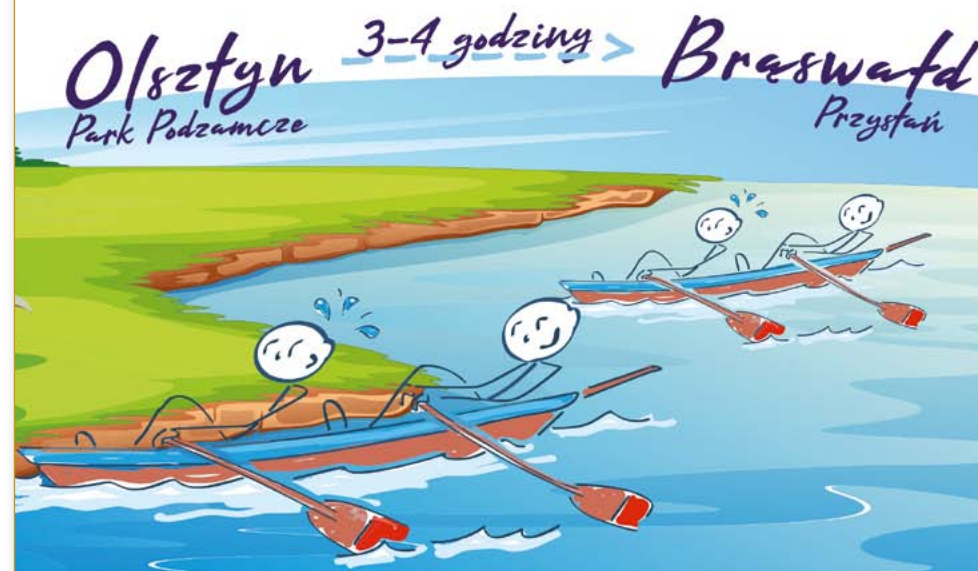
TU INTER Polska S.A. Oddział Olsztyn
Telefon 89 535 2160 lub 89 532 1720

Spytów kajakowy
23 lipca
14:00



INFORMACJE ORGANIZACYJNE:

- zbiórka o godz. 14:00 w Olsztynie w Parku Podzamcze przy fontannie Symfonia Ptaków
- w trakcie spływu będzie konieczne dwukrotne przenoszenie kajaków
- czas spływu około 3,5-4h
- możliwy jest również udział wyłącznie w ognisku na przystani w Brasławdzie o godz. 18:00
- zgłoszenia przyjmujemy do biura WMIL (liczba miejsc ograniczona)



KRONIKA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



Zbigniew Gugnowski

25 maja 2022 r.

Obradom przewodniczyła prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Anna Lella. Na wstępie złożyła sprawozdanie z obrad XV Krajowego Zjazdu Lekarzy, podkreśliła, że mimo iż Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie nie jest tak liczna jak inne izby, to jednak zaistniała bardzo wyraźnie podczas zjazdu: dr n. med. Jerzy Górny odebrał wyjątkowe odznaczenie – Meritus Pro Medicis, a reprezentacja naszej izby brała czynny udział w pracach zjazdu. Nasi przedstawiciele zostali wybrani do organów Naczelnej Izby Lekarskiej: Leszek Dudziński oraz Piotr Kocbach zostali członkami Naczelnej Rady Lekarskiej IX kadencji, Marek Szałkowski został wybrany na zastępcę Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Bogdan Kula został członkiem Naczelnej Komisji Rewizyjnej, dodatkowe miejsce w Naczelnej Radzie Lekarskiej przypada też prezesowi ORL.

W dalszej części Anna Lella pogratulowała załodze reprezentującej Warmińsko-Mazurską Izbę Lekarską zajęcia trzeciego miejsca w XV Mistrzostwach Polski Jachtów Kabiniowych Lekarzy Weterynarii o Puchar Prezesa Krajowej Rady Lekarsko-Weterynaryjnej oraz zwycięstwa w biegu długodystansowym o Memoriał im. Dr. Kurta Obitza.

W minionym okresie, po zjeździe krajowym, w Klubie Lekarza odbyła się pierwsza muzyczna integracja z zespołem The Doctors.

Fundacja Wspierania Okulistyki „OKULISTYKA 21” przekazała informację, iż prof. Andrzej Grzybowski 28 kwietnia br. został wyróżniony Laurem „Najlepszy z Najlepszych”. Jest to nagroda marszałka województwa, która ma na celu uhonorować osiągniętych sukcesy na arenie ogólnopolskiej, europejskiej i światowej. Profesor Grzybowski został wyróżniony za szczególne zasługi w promowaniu Warmii i Mazur w kraju i za granicą oraz za otrzymaną nagrodę „Founders’ Award” Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgii Refrakcyjnej. WMIL przesała pismo z gratulacjami.

Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland Oddział Olsztyn zorganizowało akcję „Zdrowie pod kontrolą”, która odbyła się w dniach 13–14 maja br. na terenie Galerii Warmińskiej. Po raz kolejny WMIL objęła wydarzenie honorowym patronatem. Akcja dotyczyła profilaktyki zdrowotnej, chętni mogli wykonać m.in. badania wydolności płuc, można było oddać krew czy też wykonać mammografię.

Kontynuując obrady, Anna Lella poinformowała, że w auli uniwersyteckiej odbyło się uroczyste wręczenie Ikon Olsztyńskiej Medycyny. Izba udzieliła patronatu tej inicjatywie i w ramach wsparcia zakupiła pamiątkowe albumy. Członkowie ORL obecni na posiedzeniu otrzymali po jednym egzemplarzu tego wydawnictwa.

Następnie na wniosek Anny Lelli ORL przyjęła uchwały:

- w sprawie wyboru lekarza do pełnienia funkcji mediatora (ORL powołała dr. Marka Zabłockiego);
- w sprawie powołania przewodniczących komisji problemowych Okręgowej Rady. ORL powołała:
 1. Roberta Budkiewicza na przewodniczącego Komisji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej;
 2. Krystynę Łaskarzewską-Resiak na przewodniczącą Komisji Emerytów;
 3. Marię Dziejowską na przewodniczącą Komisji Etyki;
 4. Jadwigę Snarską na przewodniczącą Komisji Kształcenia;
 5. Piotra Szmyta na przewodniczącego Komisji Kultury i Sportu;
 6. Mironę Flisikowską-Wilczek na przewodniczącą Komisji Lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej;
 7. Paulinę Brożek na przewodniczącą Komisji Młodych Lekarzy;
 8. Katarzynę Miśków na przewodniczącą Komisji Praktyk, Rejestrów i Prawa Wykonywania Zawodu;

9. Urszulę Kaczmarek-Mielęcką na przewodniczącą Komisji Socjalnej;
10. Katarzynę Żółkiewicz-Kabać na przewodniczącą Komisji Stomatologicznej;
11. Artura Gołębiowskiego na przewodniczącą Komisji Ubezpieczeń Lekarzy;
12. Edytę Pulińską na przewodniczącą Komisji Współpracy z Zagranicą.

Pełnomocnikiem ds. Zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów jest Agnieszka Wasilewska, a Przewodniczącym Ośrodka Historii Warmińsko-Mazurskiej Medycyny Zygmunt Trusewicz.

SUKCES ZAŁOGI WARMIŃSKO-MAZURSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W OLSZTYNIE

Miło nam poinformować, iż reprezentująca Warmińsko-Mazurską Izbę Lekarską w Olsztynie załoga w składzie: Stanisław Danieluk – sternik, Zbigniew Gugnowski, Stanisław Adamowicz i Jerzy Cygler – członkowie załogi, zajęli trzecie miejsce w XV Mistrzostwach Polski Jachtów Kabinowych Lekarzy Weterynarii o Puchar Prezesa Krajowej Rady Lekarsko-Weterynaryjnej oraz otrzymali Puchar Zwycięzcy za wygranie biegu regatowego długodystansowego o „Memoriał im. Dr. Kurta Obitza”.

Regaty odbyły się w dniach 13–15 maja 2022 r. na jeziorze Mamry w pobliżu Węgorze-wa. Baza regat zlokalizowana była w porcie Góra Wiatrów w Trygortcie. Załoga naszej izby

Na zakończenie ORL podjęła uchwałę w sprawie upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Olsztynie do działania w imieniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Olsztynie.

Na tym obrady zakończono.

Zbigniew Gugnowski, Karolina Lubak

występowała w charakterze gości – zaproszona przez Warmińsko-Mazurską Izbę Lekarsko-Weterynaryjną.

Zawody odbyły się na jachtach klasy Twister 800n. Nasza załoga z dziewięciu rozegranych biegów wygrała cztery. W ostatnim dniu odbył się jedyny wyścig długodystansowy ku pamięci dr. Kurta Obitza – lekarza weterynarii, dziennikarza, jednego z najwybitniejszych działaczy mazurskich i polityków wschodniopruskich działających na terenie dzisiejszych Mazur w dwudziestolecie międzywojennym.

Zbigniew Gugnowski



ZAWIESZENIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU — CZ. 1

Otrzymanie prawa wykonywania zawodu niewątpliwie jest bardzo doniosłą chwilą w życiu każdego lekarza i lekarza dentystry. Od tego momentu osoba, której okręgowa izba lekarska przyznała takie prawo (po sprawdzeniu spełnienia szeregu wymogów formalnych), może się w pełni zawodowo rozwijać i spełniać.

Prawo wykonywania zawodu lekarza nie jest jednak przyznawane raz na zawsze. Przepisy prawa przewidują sytuacje, w których prawo to może zostać utracone (także ograniczone) czasowo bądź na stałe. Utrata uprawnień do wykonywania zawodu, nawet jeśli nie jest długotrwała, może powodować bardzo poważane konsekwencje, jak choćby rozwiązanie umowy o pracę z lekarzem, umowy cywilnej (tzw. kontraktu) z indywidualną praktyką zawodową (IPL, PLS), a także umowy z NFZ.

Wykonując codzienne obowiązki, skupiając się na problemach pacjentów, nie zawsze ma się czas i siłę, by myśleć o takich zagrożeniach. Dlatego też w niniejszym artykule chciałabym przybliżyć instytucję zawieszenia prawa wykonywania zawodu, odpowiedzieć na pytanie, kto i w jakich okolicznościach jest uprawniony to prawo zawiesić.

W pierwszej kolejności należy wspomnieć o odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, której podlegają członkowie izb lekarskich. Zawieszenie prawa wykonywania zawodu jest bowiem jedną z kar, które mogą być orzeczone przez okręgowe sądy lekarskie, rozstrzygające sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej. Może być ono orzeczone na okres

od roku do lat pięciu. Katalog kar dyscyplinarnych jest tak skonstruowany przez ustawodawcę, że zaczyna się od kary najmniej dolegliwej, czyli upomnienia, a kończy karą pozbawienia prawa wykonywania zawodu, czyli tzw. śmiercią zawodową. Ze względu na dotkliwe konsekwencje nie może dziwić fakt, że kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu jest w tym katalogu na przedostatnim miejscu.

Uprawnienie do ingerencji w prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry posiadają również prokurator oraz sąd powszechny, w tym wypadku sąd karny. Prokurator w toku postępowania przygotowawczego może wydać postanowienie o zastosowaniu środka zapobiegawczego, tj. zawieszenia w wykonywaniu zawodu lekarza lub nakazu powstrzymania się od określonej działalności (np. nakaz powstrzymania się od dyżurów). Z kolei sąd w wyroku, obok kary, może zastosować wobec skazanego środek karny w postaci zakazu zajmowania określonego stanowiska (np. kierownika kliniki) lub wykonywania zawodu lekarza – jeżeli sprawca nadużył przy popełnieniu przestępstwa stanowiska lub wykonywanego zawodu albo okazał, że dalsze zajmowanie stanowiska lub wykonywanie zawodu zagraża istotnym dobrom chronionym prawem.

Sprawy z zakresu odpowiedzialności dyscyplinarnej i karnej to nie jedyne przypadki, w których prawo wykonywania zawodu może zostać zawieszone.

W drugiej części opiszę, jakie uprawnienia w tym zakresie ma okręgowa rada lekarska.

mec. Katarzyna Godlewska

W związku z bardzo dużym zainteresowaniem ubiegłorocznymi, pierwszymi w Polsce

Mistrzostwami Polski Lekarzy w Strzelectwie Sportowym

w dniach 10–11 września 2022 roku Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie razem z Klubem WKS 10 zorganizują ich drugą edycję. Zawody będą miały miejsce na terenie strzelnicy WKS 10 w Mątkach.

Zapraszamy do zapisów wszystkich strzelających lekarzy i lekarzy dentyistów!

EPIDEMIA OTYŁOŚCI

JESZCZE RAZ O TZW. DIECIE – W OBRONIE WĘGLOWODANÓW

Na wstępie chcę zaznaczyć, że słowo „dieta” kojarzy się ze stosowaniem posiłków głównie w okresach ostrych schorzeń, głównie po zabiegach operacyjnych, lub w stanach żywienia pozajelitowego. Na co dzień użyłabym określenia „sposób odżywiania”/ „styl życia”.

Otyłość jest uwarunkowana wieloma czynnikami: metabolicznymi, endokrynologicznymi, genetycznymi, środowiskowymi, a także psychologicznymi i behawioralnymi. Prawidłowa równowaga energetyczna człowieka zależy od właściwego zbilansowania poboru energii z jej wydatkowaniem. Jeśli jej pobór jest większy niż jej wydatek, to tłuszcz zaczyna się gromadzić w ustroju. W bilansie energetycznym dowóz energii w postaci spożywanego pokarmu jest zużytkowany na podstawową przemianę materii, wysiłek fizyczny, termogenezę. W dobowym

wydatku energii wynoszącym około 1700–2000 kcal wydatek związany z codzienną aktywnością ruchową stanowi 15–30%, termogeneza poposiłkowa – 10%, 60–74% to spoczynkowa przemiana materii. Udział aktywności ruchowej w bilansie energetycznym jest więc niewielki. Nadmiar dostarczanej energii zostaje zmagazynowany w tkance tłuszczowej – jako główną przyczynę podaje się więc czynniki środowiskowe.

Otyłość wtórna występuje w niektórych chorobach endokrynologicznych, genetycznych, przy stosowaniu leków sprzyjających tyciu, jak neuroleptyki, leki przeciwdepresyjne, przeciwpadaczkowe, sterydy, beta-adrenolityki, insulina, pochodne sulfonilomocznika. Otyłość definiowana jest obecnie na podstawie parametrów takich jak wskaźnik masy ciała – BMI (obliczanie BMI: podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości



Krystyna
Łaskarzewska-Resiak



mierzonej w metrach; norma 20–25, nadwaga 25–30, otyłość powyżej 30). Ważne jest rozmieszczenie tkanki tłuszczowej – wskaźnik talia/biodra, tj. WHR (norma dla kobiety – do 80 cm, dla mężczyzn – 94 cm). Otyłość wisceralna łączy się z wieloma czynnikami ryzyka chorób przewlekłych.

Metabolizm to wysoce zorganizowana i ukierunkowana aktywność organizmu, która przez współpracę licznych układów enzymatycznych pozwala pozyskiwać energię ze środowiska i dzięki niej realizować ważne funkcje życiowe, tj. syntetyzować różne związki chemiczne, utrzymywać gradienty elektryczne, wykonywać pracę mechaniczną, wytwarzać ciepło i światło. Proces metaboliczny umożliwia przetwarzanie energii zawartej w pożywieniu (węglowodany, białka, tłuszcze), magazynowanie jej w postaci ATP (katabolizm).

Węglowodany i tłuszcze dostarczane w pokarmach są zdecydowanie bardziej wykorzystywane jako źródło energii niż białka. Węglowodany są głównym źródłem kalorii. Do szczególnych cech należy ich samowystarczalność metaboliczna w pozyskiwaniu energii w cyklu Krebsa (szczawiooctan, acetylo-CoA). Kwasy tłuszczowe nie mogą być całkowicie przekształcane w szczawiooctan, który pochodzi z metabolizmu glukozy. Stąd słynne kiedyś określenie, że tłuszcze spalają się w ogniu węglowodanów.

Drugą cechą jest wyjątkowa zdolność do generowania ATP w warunkach beztlenowych oraz hipoksji. Z tego względu węglowodany, które dostarczają glukozę, są niezbędnym metabolitem w ustroju człowieka. Na straży prawidłowego stężenia poziomu glukozy w organizmie stoją głównie dwa hormony trzustkowe: insulina i glukagon.

Węglowodany złożone są przekształcane w cukry proste. Wszystkie komórki ludzkie zużywają glukozę w celu uzyskania energii. Niektóre komórki są całkowicie glukozależne, jak eryocyty, komórki mózgowe (mózg pracuje na glukozie), a większość tkanek wymaga glukozy do syntezy innych składników.

Małe stężenie glukozy we krwi sygnalizuje spadek stężenia poziomu insuliny w stosunku do stężenia glukagonu. Glikogen jest zapasową formą glukozy. Największe zapasy są w mięśniach szkieletowych (75%), wątrobie (25%). W wątrobie glikogen jest syntetyzowany po posiłku, gdy zwiększa się we krwi stężenie glukozy oraz poziom insuliny. Zwiększenie stężenia glukagonu i spadek stężenia insuliny w stanie głodu hamuje proces syntezy glikogenu w wątrobie.

Glukoneogeneza jest to synteza glukozy z aminokwasów i innych substratów. Prekursorami syntezy glukozy są mleczany, glicerol, aminokwasy, szczególnie alanina i glutamina.

Glukoneogeneza jest szczególnie nasiloną w wątrobie w stanie głodu lub długiego wysiłku fizycznego. Na straży homeostazy glukozy stoi też nerkowa produkcja glukozy (25%). W stanach przedłużającego się głodu tkanki zużywają energię z tkanki tłuszczowej, spada zużycie glukozy w mózgu do około 40 g na dobę, wzrasta zużycie ciał ketonowych. Ciała ketonowe powstają w wątrobie jako alternatywny produkt utleniania wolnych kwasów tłuszczowych, w stanach ketozy zastępują glukozę w szlakach metabolicznych jako źródło energii. Na dłuższą metę obciąża to wątrobę i nerki.

Tak zwana dieta ketonowa powoduje objawy uboczne: osłabienie, bóle głowy, nudności, zaparcia. Należy zachować szczególną ostrożność przy schorzeniach nerek (z obniżoną frakcją GFR), a także wątroby. Lipidy, spożywane w pokarmach (ok. 80 g na dobę), pełnią wielorakie funkcje: jako składnik energetyczny ustroju, składnik błon komórkowych, hormonów, witamin, przekaźników nerwowych. Wolne kwasy tłuszczowe są transportowane do komórek tkanki tłuszczowej, mięśni, serca, wątroby. Są to głównie nasycone kwasy tłuszczowe – palmitynowy, stearynowy. Kwasy nienasycone roślinne – olejowy, linolenowy – służą jako materiał energetyczny lub zapasowy.

Co kilka lat zmienia się tabela zalecanych pokarmów. Tak zwana piramida żywienia określa procentową ilość białka, węglowodanów, tłuszczów, soli mineralnych i witamin na dobę. Dotyczy to zarówno ilości, jak i jakości spożywanych pokarmów. Aktualnie zalecana ilość węglowodanów to 40–50%.

Nie można stosować tej samej miary w procesie odchudzania u osoby młodej i aktywnej zawodowo oraz osoby w wieku 60, 70 lat, obciążonej schorzeniami przewlekłymi.

Wszystkie stosowane diety eliminacyjne są szkodliwe dla zdrowia. Złotym środkiem jest umiar. Pierwsza zasada – jeść regularnie, druga – nie objadać się do oporu. Nie jeść w nocy – ostatni posiłek do godziny 20. Posiłki urozmaicone – bogate w warzywa, błonnik. Zapotrzebowanie kaloryczne powinno wynosić dla kobiet 1200–1500 kcal, dla mężczyzn – 1500–1800 kcal. Podczas odchudzania około 1200 kcal. Aktualnie w piśmiennictwie przytacza się trzy zestawy z ograniczeniem jednego ze składników pokarmowych: węglowodanów, tłuszczów lub białka.

Eliminacja węglowodanów dotyczy cukrów prostych, zawartych głównie w napojach słodzonych, tak popularnych miodach, dżemach, słodkich ciasteczkach. Pokarmy węglowodanowe są źródłem energii. W zależności od szybkości wchłaniania, trawienia i wzrastania stężenia cukru we krwi określa się więc indeks glikemiczny. Glukoza oznaczona jest nr

100 – należy wybierać te produkty z niskim indeksem, tj. poniżej 50. Nie powodują wtedy wzrostu insuliny, która zwiększa uczucie głodu. Pokarmy o niskim indeksie glikemicznym to: zielone warzywa, warzywa strączkowe, dziki ryż, kasze, pieczywo pełnoziarniste, błonnik.

Podstawowe znaczenie w odchudzaniu ma deficyt w bilansie energetycznym, a nie proporcja poszczególnych składników. Ważna jest też ilość wypitych płynów – osiem szklanek na dzień, bez cukru.

Diety eliminacyjne na dłuższą metę są szkodliwe dla zdrowia, bo jak długo można stosować bezkarnie jedzenie tylko mięsa i tłuszczów? Dotyczy to chorych z przewlekłą chorobą nerek, mających ograniczenia w spożyciu białka, oraz osób ze schorzeniami wątroby (głównie niealkoholowe stłuszczenie).

W profilaktyce badań pacjentów 40 plus zlecono następujące badania: MF, mocznik, glukoza, próby wątrobowe, cholesterol, TG, poziom kwasu moczowego.

Z praktyki lekarza diabetologa wiem, że większość pacjentów otyłych ma też, oprócz cukrzycy, inne składowe zespoły metaboliczne, jak wysoki poziom kwasu moczowego.

Kwas moczowy – jako efekt metabolizmu puryn – powoduje w nadmiarze ataki dny moczanowej, kamice nerkową oraz zaburzenia metaboliczne. W przypadku hyperurykემii obowiązuje dieta ubogopurynowa, a więc eliminacja głównie mięsa, tłuszczów, owoców morza, szpinaku, rabarbaru, alkoholu.

Jak widać, nie da się u jednej osoby z wieloma schorzeniami zastosować diety bogatej tylko w tłuszcze i białko, z wyłączeniem węglowodanów. Problemem jest to, że osoba, która chce zredukować masę ciała, wytrzymuje trzy miesiące na ograniczeniach, a następnie wraca do starych nawyków. A to nie tędy droga. Chodzi o przeobrażenie swojego stylu jedzenia na stałe, z drobnymi odstępstwami na urodziny czy święta.

Problemem jest kompletny brak edukacji społeczeństwa, reklama niezdrowej żywności, promocja produktów przetworzonych. Trzeba zacząć od przedszkola i szkoły. Wiemy, jakim problemem była zmiana produktów w szkolnych sklepikach. A wszystkie dziecięce imprezy gdzie się odbywają? Oczywiście w McDonaldzie.

Uzdrowienie widzę w tym, aby ceny produktów ekologicznych były dwa razy niższe niż tych przetworzonych. Ale obecnie liczy się tylko pieniądź, a nie zdrowie obywateli. To pieniądź rządzi światem, a coraz bogatsi właściciele korporacji branżowej wykorzystują coraz biedniejszych konsumentów. Powinniśmy przejrzeć na oczy – po prostu kupować mniej, a skupić się na jakości. Stara zasada – popyt napędza podaż – jest aktualna.

Czytajmy etykiety i spis zawartych składników w produktach, wszystkie na ogół zawierają cukier, a także nadmiar soli, co przyczynia się do wzrostu schorzeń narządu krążenia. Wprawdzie wprowadzono tzw. podatek cukrowy, ale koszty ponosi konsument. W poradach specjalistycznych nie ma porad co do profilaktyki, jak również psychologa.

Z badań psychologicznych wynika, że sięganie po jedzenie stało się potrzebą nie tyle fizjologiczną, ile w dużej mierze emocjonalną. U osób otyłych zjadanie emocji poprawia nastrój, ale na krótko, uczucie ulgi mija i znów sięga się po kawałek czegoś podnoszącego poziom serotoniny. Jest to mechanizm błędnego koła, które napędza cykliczne zjadanie emocji prowadzące do wzrostu masy ciała.

W zaawansowanej otyłości mamy obecnie nowoczesne leki – agoniści receptora GLP-1, ale niestety barierą jest często ich cena. Ważne są też priorytety. Często wydajemy o wiele większe pieniądze na papierosy i używki, napoje energetyczne, zaśmiecające organizm suplementy. Pozostaje jeszcze operacja bariatryczna, która obecnie jest refundowana. Ale zarówno przed zabiegiem, jak i po nim obowiązuje dyscyplina dietetyczna.

Reasumując, jak w słynnej piosence, że *Do tanga trzeba dwojga* (myślę, że więcej), potrzebujemy więcej zaangażowania w leczeniu otyłości w związku z jej masowym wzrostem na świecie.

Krystyna Łaskarzewska-Resiak
specjalista internista, diabetolog





OŚRODEK HISTORII WARMIŃSKO-MAZURSKIEJ MEDYCYNY PRZEDSTAWIA

DOKTOR NAUK MEDYCZNYCH

OLGA SZWAŁKIEWICZ

– WSPOMNIENIA

Moje początki

O Lwowie wojennym wiem mało, nie pamiętam go.

17 września przyszli sowietzi i nie było już rozpoczęcia roku szkolnego. Nie przypominam sobie, kiedy dokładnie, ale gdzieś w październiku uruchomiono szkoły. W lutym była matura. Do matury przygotowaliśmy się z dodatkowego przedmiotu. To był krótki kurs historii WKP(b) – to taki skrót znany naszemu pokoleniu, czyli kurs historii Wszechzwiązkowej Komunistycznej Partii (bolszewików). Poza zdaniem matury musiałam również zdać ten krótki kurs.

Zostałam nauczycielką i pojechałam pracować na wieś. Znaczna część dzieci pochodziła z rodzin ukraińskich, przyszło mi pracować w innym języku niż się uczyłam. Język ukraiński znałam, bo uczono go nas w szkole, tyle tylko że wtedy nazywał się ruski, a nie ukraiński.

Chciałam być nauczycielką, to było takie moje pierwotne powołanie. Tak to sobie w każdym razie wtedy wyobrażałam.

Gdy przyszli Niemcy, Ukraińcy zrezygnowali z polskich nauczycieli i zostałam zwolniona z pracy.

Zaczęła się moja nowa droga, która miała trzy etapy.

Pierwszy etap nowej drogi

Był rok 1943, kiedy we wsi Krasne w powiecie złoczowskim, wsi, w której mieszkalam, zamordowano w nocy jedenastu mężczyzn – Polaków. Po serii tych morderstw przybito nam kartkę na drzwiach, żebyśmy opuścili w ciągu 24 godzin ukraińską ziemię, bo inaczej spotka nas ten sam los. Nie czekając, zebraliśmy, co się dało, i całą rodziną pojechaliliśmy w kierunku Generalnej Guberni. Niestety, nikogo tam nie mieliśmy, ani rodziny, ani zna-



Fot. Przemysław Skrzydło

jomych, nikogo. Trafiliśmy do Łomnicy, to duża wieś w pobliżu Krynicy Górskiej (Beskid Sądecki), i tam byliśmy już do końca wojny, prawie dwa lata. Warunki naszego życia w Łomnicy były trudne, ale mimo wszystko było tam przepięknie. Pierwszy raz wdziałam góry. Wraz z moimi dwiema siostrami robiłam swetry na drutach. Najwięcej swetrów zamawiali u nas księża redemptoryści, którzy we wsi mieli swój zakon. Tym robieniem swetrów zarabiałymy na życie rodziny. To nam pomogło przetrwać.

Pamiętam Łomnicę jako bardzo dziwne miejsce. Tam, gdzie się wieś kończyła, królowało AK i tam w ogóle Niemcy nie mieli wstępu. Natomiast na dole wsi, przy torach, były rejon kontrolowane przez Niemców i *Bahnschutz* – straż ochrony kolei. Tak więc życie płynęło

nam między tym bahnschutzem a AK, do którego oczywiście wszyscy należeliśmy, zajmowaliśmy się głównie opieką nad rannymi. Wojna się skończyła, a nas Państwowy Urząd Repatriacyjny przewiózł do województwa poznańskiego.

Etap drugi

Nowe miejsce. Tu mogłam znowu kontynuować pracę nauczycielki. Nie trwało to jednak długo, bo zorientowałam się, że blisko jest Wrocław, chciałam rozpocząć studia. O medycynie kiedyś marzyłam, jednak w warunkach przedwojennych nie bardzo było to możliwe. Poprosiłam inspektora szkolnego o zwolnienie. Zdziwił się, gdy oznajmiłam, że mam pewne kłopoty z poczuciem odpowiedzialności za efekty mojej pracy.

Mijały miesiące, a ja zastanawiałam się, czy ten mój rok pracy w szkole będzie korzystny dla dzieci, czy dzieci, które uczę, będą miały z tej nauki jakąś korzyść. Gdy zaczynałam

pracę w ukraińskiej szkole na wsi i uczyłam tamtejsze dzieci, czułam się naprawdę dobrze. Na polskie święta przynoszono mi pod drzwi jakieś ciasto czy stoninę, żebym miała coś swojego. Wiedziały, że jestem Polką. Wspólnie urządzaliśmy przedstawienia. Grałam z ukraińską młodzieżą w różnych przedstawieniach teatralnych, przypominam sobie jedno – *Natałka Pottawka* – taka właśnie ukraińska sztuka teatralna.

Natomiast w Poznańskim było inaczej, tu dzieci mówiły gwarą i nie rozumiały mnie. Moje miękkie „ł” było dla nich dziwne, nieznane, miałam pewne trudności w komunikacji. Po prostu byłam obca. To, skąd pochodziłam, miało znaczenie dla późniejszych rodzinnych relacji, nawet przy wyborze partnera. Nierzadko było słyszeć pytania: „Czy musisz brać dziewczynę zza Buga?”.

Jednak poza tym wszystkim było trochę radości z tego, że jest Polska, że będą polskie szkoły. Pan inspektor Jurasz, którego nazwisko cały czas pamiętam, zapytał mnie, czy



Rok 1938. Na ulicy w Złoczowie, trzy przyjaciółki ze szkolnej ławy. Olga Szwałkiewicz – pierwsza z lewej



Rok 1957. Zespół lekarzy szpitala dziecięcego przy ul. Wyspiańskiego w Olsztynie. Wśród obecnych na zdjęciu: dr Olga Szwałkiewicz, dr Jan Orłowski, dr Barbara Lenkiewicz, dr Wanda Gross, dr Janina Luberdą, dr Hanna Kałużniacka

uwązam, że jak zostanę lekarzem, to odpowiedzialność będzie mniejsza. Odpowiedziałam mu, że nie, ale jeszcze będę miała tyle czasu, żeby się do tego przygotować.

Etap trzeci

Pojechałam do Wrocławia, który był całkowicie zburzony. Wysłuchałam tam pierwszego inauguracyjnego wykładu profesora Hirszfelda. Studentom dano karabiny, żeby bronili obiektów Akademii Medycznej przed szabrowaniem. Tam spotkałam mojego przyszłego męża. Zaproponował, żebyśmy pojechali do Poznania. Tam miasto jest ocalone.

Poznań wydawał mi się taki jak Lwów. Świeciły się światła na ulicy. Lampy paliły się w nocy. Ruiny były, owszem, ale tylko w niektórych miejscach. To był rok 1946. Pracując cały czas jako higienistka w szkole, w 1951 r. skończyłam studia. Cieszyłam się, że mogłam pogodzić studia medyczne z pracą.

Nakaz pracy i droga na Mazury

Pobraliśmy się z mężem na czwartym roku studiów. Już wtedy mąż był pracownikiem naukowym, pracował jako asystent i bardzo chciał kontynuować tę pracę. Obowiązywał nas nakaz pracy.

Poprosiliśmy więc o przydział do Białegostoku, gdzie organizowała się akademicka. Pan rektor Kielanowski, lwowiak zresztą, przyjął nas bardzo ciepło. Spędziliśmy tam kilka dni, ale nie znaleźliśmy mieszkania. Mieliśmy już wtedy syna Piotra. Białystok niezbyt spodobał się nam jako miasto, ale bardzo chcieliśmy pracować na uczelni. Niestety, z żalem wróciliśmy do Poznania.

I wtedy przydzielono nam Mrągowo, w którym się zakochałam. Pierwszy raz w życiu widziałam jezioro. W Mrągowie czuliśmy się bardzo potrzebni. Dostaliśmy piękne mieszkanie, do którego mogliśmy zabrać mamę, bo ojciec już nie żył. To był bardzo piękny okres. Aby robić specjalizację, mogłam dojeżdżać co miesiąc na jeden tydzień do profesora Jonschera, do mojej kliniki w Poznaniu, w której kiedyś byłam w kole naukowym. W Mrągowie nie miałam od kogo się uczyć. Byłam sama. Koledzy i koleżanki w Mrągowie śmiali się, że ja nie studiuje medycyny, tylko pediatrię. Ja zawsze naprawdę byłam nastawiona na dzieci i pierwszy wybór zawodu nauczycielki też o tym mówił.

W Mrągowie było czworo czy pięcioro lekarzy. Tego się nie da opisać. Jest już wolna Polska, mamy zawód, robimy to, co chcemy, i jesteśmy potrzebni. Nie było też, szczerze



Rok 1957/1958. Grono lekarzy przed szpitalem przy ul. Wyspiańskiego. Druga z prawej – dr Olga Szwańkiewicz. Wśród obecnych na zdjęciu: dr Jan Orłowski, dr Irena Rudzka-Orłowska, dr Wanda Gross, dr Barbara Lenkiewicz

mówiąc, konkurencji. To znaczy, że nie było tutejszych lekarzy. Wszyscy wyjechali. Uchował się tylko jeden. W Polsce w czasie wojny zginęło 7 tysięcy lekarzy. W tej „starej” Polsce, przedwojennej, też nie było ich tak wielu. Lekarze byli przysyłani, tak jak np. pan dr Edward Mróz. W terenie tych lekarzy nie było wcale. Każdy lekarz był tutaj potrzebny.

Współpraca z władzą przebiegała w dobrej atmosferze. Jeśli była inicjatywa oraz chęci wśród ludzi, to nie było przeszkód biurokratycznych. Albo była zgoda, albo nie, ale jak już coś się zaczęło, to jakoś powoli się to realizowało.

Nowe miejsce – Rabka

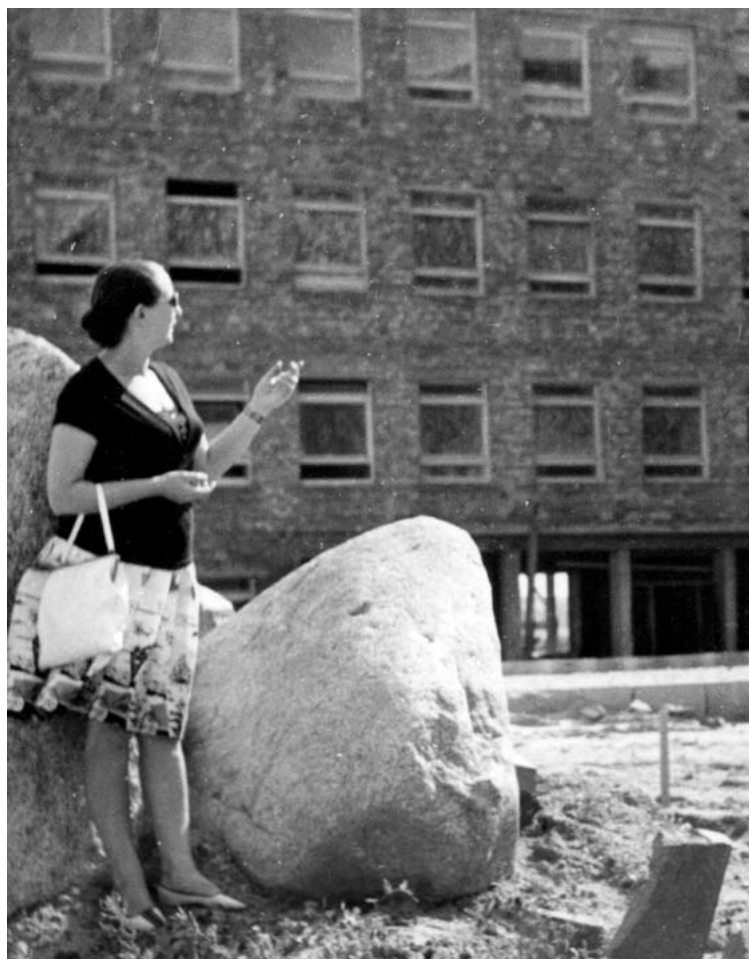
Syn Piotr niestety chorował. Mimo że szkoliłam się w pediatrii, nie bardzo umiałam sobie z tym poradzić. To była astma. Naprawdę baliśmy się o jego życie. W związku z tym, że

obowiązywał nakaz pracy, za zgodą ministerstwa udało nam się uzyskać zmianę miejsca pracy na Rabkę. Tam szybko stan zdrowia syna się poprawił. Mąż pracował w szpitalu, był nawet jego dyrektorem, a ja pracowałam w sanatorium przeciwgruźliczym dla dzieci. Było mi trochę brak praktycznej pediatrii. W międzyczasie urodzili się drugi syn Janusz i córka Ewa. W Rabce układało nam się zupełnie dobrze. Pewnego dnia złożyli nam wizytę dr Edward Mróz i dr Henryka Derferowa z Olsztyna. Ona była specjalistką wojewódzką, a on był szefem olsztyńskiej pediatrii. Złożyli nam propozycję, żebyśmy wracali do Olsztyna. Ta propozycja

nas zaskoczyła, bo próbowaliśmy już w Rabce rodzinie osiąść i urządzić się na stałe. Jednak mój mąż źle znosił klimat Rabki. Męczyły go wiatry halne i nie zaakceptował gór.

Koniec podróży, zostaliśmy w Olsztynie

Po krótkich wahaniach podjęliśmy decyzję o powrocie. Oczywiście nie było już mowy o Mrągowie, zatrzymano nas w Olsztynie. Tutaj był szpital dziecięcy przy ul. Wyspiańskiego. Potrzebni byli pediatrzy. Mąż rozpoczął pracę na chirurgii u dr. Janowicza. Wróciliśmy



Rok 1962/1963. Nowy szpital przy ul. Żołnierskiej w Olsztynie w budowie



Rok 1967. Pierwsze szkolenie pediatrów województwa olsztyńskiego w nowym Szpitalu Dziecięcym przy ul. Żołnierskiej. Z przodu, od lewej: dr Olga Szwałkiewicz, prof. Olech Szczepski (konsultant wojewódzki w latach 1959–1967), prof. Czesław Zychowicz

chętnie, zwłaszcza ja. Już za pierwszym pobytem zaakceptowałam Mazury. Pewnie gdyby nie ta choroba syna, byśmy zostali dłużej w Mrągowie, bo był to bardzo dobry okres w naszym zawodowym życiu. Zaakceptowaliśmy to środowisko. Było tam wtedy jeszcze bardzo wielu autochtonów. Ja znałam dobrze niemiecki ze szkoły, z gimnazjum, i bez trudu potrafiłam się z tymi dziećmi dogadać. Powiedziałam np. *Mundchen aufmachen* (otwórz buzię) lub *Tut weh?* (boli?), one rozumiały mnie, od razu nawiązywałam z nimi kontakt. Wciąż wracam do czasu Mrągowa, bo bardzo dobrze ten okres wspominam.

A w Olsztynie, jak szło się od olsztyńskiego dworca do wydziału zdrowia, to jeszcze wszystko było obsadzone lipami. Szłam, nie pamiętam, czy ulicą Dąbrowszczaków, czy Partyzantów, i wszystko było w zieleni. A poza tym, gdy tylko wyjechało się autobusem za miasto, to wszędzie były jeziora i wszędzie był las. Można powiedzieć, że powróciliśmy.

Moja pierwsza ważna nominacja – dyrektor szpitala

W 1956 r. wróciłam do Olsztyna po to, żeby w 1957 r. dostać nominację (bo wtedy nie było konkursów) na dyrektora szpitala dziecięcego przy ul. Wyspiańskiego, już wtedy było w nim 100 łóżek.

Trochę mnie to przeraziło. Pojechałam do ministerstwa na rozmowę z panią Eugenią Pomerską, która była dyrektorem Departamentu Matki i Dziecka. Gdy przyszłam na rozmowę i powiedziałam, że nie czuję się jeszcze kompetentna i boję się tej dyrektury, zapytała mnie, ile mam lat. Wyjąkałam, że 35. Wtedy ona odpowiedziała: „A co pani sobie myśli, a kiedy chce pani ponosić odpowiedzialność? Czy pani wie, co ja robiłam w trzydziestym piątym roku życia?”, i zaczęła mi opowiadać, czym to ona się już nie zajmowała w moim wieku. Dużo później, już nowy szpital przy ul. Żołnierskiej dostał od pani dyrektor Pomerskiej prezent. Popiersie Janusza Korczaka.

Wróciłam z tą decyzją, trzeba było wybudować nowy szpital i trzeba było się włączyć do pracy społecznej, bo inaczej niestety niewiele by można było zmienić. Wtedy też weszłam do Rady Wojewódzkiej i do Komisji Zdrowia. Poznałam trochę mechanizmy, których do tej pory w ogóle nie potrzebowałam i z których nie musiałam korzystać ani się w nich orientować.

Bezpartyjna posłanka

Będąc właściwie cały czas bezpartyjnym lekarzem, miałam pewną niezależność, ale także pomoc ze strony władz. Miałam czasem wrażenie, że im na mnie zależy. Po jednej

kadencji w Radzie padła propozycja, żebym startowała w wyborach do sejmu. Zapytałam, dlaczego właściwie ja, nie miałam bowiem ambicji politycznych. Odpowiedziano mi, że mają taki przydział, że jednym z kandydatów musi być kobieta samodzielnie pracująca i bezpartyjna. Ja im po prostu pasowałam.

Zdecydowałam się kandydować i zostałam wybrana. Z ministerstwa otrzymałam kilka stypendiów, żeby szkolić pediatrów w Warszawie, aby po otwarciu nowego szpitala mieć większy zespół lekarzy. Będąc członkiem sejmowej Komisji Zdrowia, za dużo wpływu nie mieliśmy na to, co się działo w kraju. Natomiast w Komisji można było dyskutować o potrzebach i kierunkach działań w służbie zdrowia.

Budowę szpitala bardzo mi ułatwiła właśnie możliwość upominania się o realizację naszych potrzeb.

W 1961 r. rozpoczęliśmy budowę nowego szpitala dziecięcego i zaraz potem okazało się, że potrzebny jest również szpital dla dorosłych. Temat drugiego szpitala wszedł do planu. W 1966 r. otwieraliśmy już nowy szpital dziecięcy przy ul. Żołnierskiej. Mieliśmy już przygotowaną kadrę. To było wtedy rewelacyjne tempo.

Olsztyn – moje miejsce

Siła wspomnień jest ważna. W latach 90. zdecydowałam się pojechać i odwiedzić miejsca, skąd pochodzę, skąd pochodzi moja rodzina, do Lwowa i do mojego domu, który już właściwie nie istnieje. Mieszkaliśmy nad taką niewielką rzeczką, nazywała się Gołogórka. Zupełnie inny krajobraz niż tutaj. Pojechałam, ale poza tym, że Lwów łączył mnie z moją młodością i szkołą średnią, to jednak ja czuję się tutejsza. A moje dzieci to już są zupełnie tutejsze, zwłaszcza syn Janusz jest wielkim miłośnikiem Olsztyna i regionu. Wnuczka pisała pracę magisterską o secesyjnych kamienicach olsztyńskich ulic. Dzieci i wnuczki są więc tutejsze, ale ja też się tu dobrze czuję. Nie czuję już tęsknoty za tamtymi miejscami. To zapewne dzięki temu, że Mrągowo nas tak ujęło. Potem ten powrót z Rabki, który chętnie zaakceptowaliśmy. Myśmy się czuli tutaj potrzebni.

*** Wspomnienia Olgi Szałkiewicz zamieszczamy w „Biuletynie” z okazji zbliżających się setnych urodzin Pani Doktor. Wspomnienia te zostały przygotowane przez wnuczkę Agnieszkę Walenty-nowicz i córkę Ewę Szałkiewicz-Warowicką na podstawie wywiadu przeprowadzonego w Radio Olsztyn z 2004 r. oraz źródeł rodzinnych.**

HOMOCYSTEINA



Roman Łesiów

Trwa nadal dyskusja o roli homocysteiny w powstawaniu wielu chorób cywilizacyjnych. W piśmie „International Journal of Molecular Sciences” ukazał się w październiku 2020 r. ciekawy artykuł pt. *Homocysteine and Mitochondria in Cardiovascular and Cerebrovascular Systems* autorów z Comenius University z Bratysławy, omawiający aktualną wiedzę dotyczącą tego zagadnienia.

Jak powszechnie wiadomo, homocysteina jest aminokwasem zawierającym atom siarki. Pochodzi ona z diety, ale jest również produktem metabolizmu metioniny. Z metioniny powstaje SAM, czyli S-adenozylometionina, będąca dostarczycielem grup metylowych do wielu reakcji chemicznych, m.in. metylacji DNA czy tworzenia katecholamin.

Po oddaniu grupy metylowej SAH przekształca się w SAM (S-adenozylhomocysteina), a ta po odłączeniu adenozyiny przekształca się w homocysteinę. Homocysteina może ponownie utworzyć metioninę, lecz do tej reakcji potrzebne są witamina B12 i kwas foliowy, lub przekształcić się w cysteinę (tu niezbędna jest witamina B6). Niedobór tych witamin może powodować podwyższenie poziomu homocysteiny w surowicy powyżej normy (15 mikromoli/L), co uważa się za czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i neurodegeneracyjnych. Jednak mechanizm powstawania tych zmian jest niejasny. Wiele badań wskazuje na to, że przyczyną tych uszkodzeń jest stres oksydacyjny wywołany przez reaktywne formy tlenu (ROS).



Ważną rolę w powstawaniu wielu chorób odgrywiają uszkodzenia mitochondriów. Dotychczas nie udało się zidentyfikować w błonie mitochondrialnej transportera dla homocysteiny u ssaków. Wiele jednak wskazuje na to, że podwyższony poziom homocysteiny hamuje łańcuch oddechowy w mitochondriach, zmniejszając produkcję energii. Na modelu zwierzęcym stwierdzono zahamowanie aktywności kompleksów II, III i IV w komórkach serca. Podwyższony poziom kwasu cysteinowego (utleniona homocysteina) stwierdzono u myszy z chorobą Alzheimera, a podanie tej substancji do mózgu szczurów powodowało zahamowanie kompleksu I w łańcuchu oddechowym. Zaburzenia te są przyczyną zwiększonej produkcji wolnych rodników i stresu oksydacyjnego, co powoduje uszkodzenia licznych białek.

Mniej wiadomo o wpływie homocysteiny na cykl Krebsa. Są jednak badania, które wykazały zahamowanie ważnego enzymu akonitazy przekształcającej cytrynian w izocytrynian.

Wpływ homocysteiny na zwiększenie ilości wolnych rodników wynika z procesu autooksydacji, ze spowolnienia łańcucha oddechowego, a także ze zmiany struktury pewnych białek poprzez związanie ich z homocysteiną. Te połączenia z białkami mogą również uszkadzać naczynia i komórki nerwowe. Połączenie homocysteiny z cytochromem C może wpływać na proces autofagii.

Wolne rodniki usuwane są z komórki przez trzy główne enzymy: dysmutazę nadtlenkową, katalazę i peroksydazę glutationową. Wiele badań wskazuje na to, że homocysteina może wpływać na ekspresję genów odpowiedzialnych za produkcję tych enzymów.

W procesie katabolizmu homocysteiny do cysteiny powstaje siarkowodor (H_2S), który jest aktywnym gazem mającym ważne, korzystne funkcje, jak np. rozluźnienie mięśni gładkich, usuwanie wolnych rodników, ochrona funkcji mitochondriów, zahamowanie apoptozy.

Wysoki poziom homocysteiny wpływa również na funkcjonowanie ważnych enzymów – oksydazy NADPH i syntazy tlenu azotu. Zmniejszenie stosunku SAM do SAH skutkuje zmniejszeniem zdolności metylacyjnej, a więc może zaburzać ekspresję wielu genów.

W podsumowaniu stwierdzono, że homocysteina jest istotnym czynnikiem ryzyka wielu chorób układu sercowo-naczyniowego i układu nerwowego. Jej niekorzystne działanie polega głównie na zaburzeniu prawidłowej funkcji mitochondriów, które prowadzi do zmniejszenia produkcji energii, nieprawidłowości w podziale i powstawaniu nowych mitochondriów, zaburzenia mitofagii i autofagii. Dzieje się to głównie poprzez zwiększoną produkcję wolnych rodników. Pozostaje jednak nadal wiele pytań dotyczących dokładnego mechanizmu tych zaburzeń. Lepsze ich poznanie powinno poprawić terapeutyczne strategie, jak również lepiej zrozumieć mechanizm powstawania wielu chorób cywilizacyjnych.



Ahoj Żeglarze!

W dniach 2–4.09.2022 r., w miejscowości Imionek k. Pisz, odbędą się

XXXI Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy

Lekarze i lekarze dentyści będą pływać na Jeziorze Roś na jachtach Delphia 21. Jak co roku na uczestników czeka wieczór szantowo-biesiadny oraz relacje z wypraw znanych podróżników.

DONOSY NA CZTERY GŁOSY

Z CYKLU „**PORTRETY CHÓRZYSTÓW**”EDMUND BRZozowski,
TENOR

LEKARZ, SPECJALISTA, (NIE CAŁKIEM) EMERYT

Mundek medycynę studiował w Białymstoku w latach 1974–1980 i bezpośrednio po studiach trafił do Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie, już z myślą, że będzie neurologiem. Wspinając się po kolejnych stopniach kariery lekarskiej, zrobił specjalizację z pediatrii, a następnie z neurologii dziecięcej, a jego praca zaczęła rozwijać się w dwóch

kierunkach. W 1990 r. objął stanowisko lekarza wojewódzkiego w Wydziale Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie, a następnie powrócił do pracy w szpitalu dziecięcym jako zastępca dyrektora ds. leczenia. Łączył pracę na stanowisku dyrektora z konsultowaniem neurologicznym małych pacjentów. Po kilkunastu latach, wciąż pracując w szpitalu, wraz z dwojgiem innych lekarzy Mundek założył spółkę, która podpisała umowę z NFZ i prowadziła praktykę neurologii dziecięcej. Kiedy po latach drogi lekarzy się rozeszły, wrócił do swojego macierzystego szpitala, do poradni neurologicznej. W swoim lekarskim dorobku ma także opiekę nad dorosłymi pacjentami z chorobami nowotworowymi w olsztyńskim Hospicjum Domowym Caritas. Pracując w szpitalu dziecięcym, Mundek dotarł do emerytury, jednak nadal prowadzi pracownię elektrofizjologii.

JAK TO Z CHÓREM BYŁO...

Mundek jest w chórze od początku jego istnienia:

– Pamiętam ten moment, byłem na obchodzie, kiedy weszła Basia Malisz, nie znałem jej wtedy. Przedstawiła się i powiedziała, że wie, że śpiewałem w chórze akademickim, a ona właśnie chce stworzyć chór lekarski w Olsztynie, szuka więc tych lekarzy, którzy już wcześniej śpiewali. No i tak się to zaczęło. Spotykaliśmy się początkowo półprywatnie, przypominaliśmy sobie repertuar z tych swoich chórów.

Muzyczne początki młodego Edmunda datują się od czasów szkolnych:

– Nie mam przygotowania muzycznego. Moja matka śpiewała w chórze kościelnym, brat grał na akordeonie i śpiewał jako młody człowiek w różnych zespołach, na weselach i zabawach. Ja pierwszy raz śpiewałem w szkole, to był chór Szkoły Podstawowej w Sokolach. W liceum nie śpiewałem, ponieważ był tam chór tylko żeński.

To, co przyciągnęło Mundka do chóru, a potem związało go z nim na lata, to – jak dla

Małgorzata Sławińska
Medici pro Musica



wielu innych chórzystów – zamilowanie do śpiewu i ludzie, którzy tworzą zespół. Przerwę w swojej chóralnej aktywności, spowodowaną – jak wyjaśnia – pewnym znudzeniem klasycznym śpiewaniem, zakończył w momencie, gdy wraz z nową dyrygentką do repertuaru chóru weszły utwory rozrywkowe. Mundeck dobrze się w nich odnalazł, co zostało szybko dostrzeżone. Poczucie humoru przydało mu się szczególnie do współprowadzenia z Olą Bakun koncertu piosenek z Kabaretu Starszych Panów, kiedy to adorował publiczność w ciasnym teatralnym fraku i kapeluszu, a także do wykonania króciutkiej solówki w piosence *Tanie dranie*.

NIE BYŁO W MOIM ŻYCIU DNIA, ŻEBYM NIE CZYTAŁ...

Obok śpiewu Mundeck obdarza miłością książki – znajdował dla nich czas zawsze, a teraz, kiedy zwolnił tempo życia zawodowego, jeszcze bardziej się im oddaje.

– Teraz czytam takie historyczne opracowanie pt. *Joannici* [autor: Flavigny Bertrand Galimard – przyp. M.S.] o zakonie maltańskim. Bardzo lubię okres średniowiecza. Wtedy nastąpił rozwój myśli ludzkiej, powstały uniwersytety w Europie, i ten czas jakoś mnie pociąga. Czytam zarówno beletrystykę dotyczącą tego okresu, jak i poważne naukowe opracowania. Uwielbiałem wręcz czytać o wyprawach krzyżowych – i to, co napisano z punktu

widzenia chrześcijan, czyli Europejczyków, i to, a tego niewiele jest, co pokazuje, jaki punkt na wyprawy krzyżowe mieli Arabowie, czyli Saraceni. (...) Teraz skończyłem taką dużą powieść Folleta *Nigdy* – rzecz dotyczy zagrożenia wojną atomową. Ale to czysta beletrystyka, nie żadna tam poważna literatura. Generalnie nie ma wieczoru, żebym nie czytał czegoś (*śmiech*).

SKROMNOŚĆ I UŚMIECH

Mundeck jest osobą o dużym uroku osobistym, co przekłada się na ogromną sympatię, jaką obdarzają go chórzyci. Dyrygentka Małgosia zwraca się nawet do niego zdrobnieniem „Munduś”, co jest nie lada wyróżnieniem. Na tę sympatię Mundeck zasłużył sobie pracowitością, skromnością, życzliwością, poczuciem humoru i dystansem do siebie. Niestraszne mu żadne personalne żarty, które w czasie prób ścielą się gęsto, zwłaszcza że nierzadko – ze względu na regularny niedobór męskich głosów – Mundeck jest jedynym obecnym na próbie tenorem. Nie widzimy Mundka „z fochem” ani nawet smutnego – zawsze z uśmiechem, skupionego na pracy.

Prywatnie Mundeck jest szczęśliwym mężem „od lat tej samej żony” i ojcem syna Mateusza. Wiedzie „spokojne życie emeryta”.

TURNIEJE TENISOWE LEKARZY

W dniach 13–15.05.2022 r. (piątek–niedziela) odbył się w Łodzi Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy „Memoriał dr. Andrzeja Jasińskiego” na kortach Chojeńskiego Klubu Sportowego.

W turnieju rywalizowało 64 lekarek i lekarzy z całej Polski. Naszą izbę lekarską reprezentował Stanisław Woźniak, lekarz rodzinny z Buder, który mimo odniesionej w pierwszym pojedynku kontuzji osiągnął 4. miejsce w singlu w kategorii +60 i 3. miejsce w deblu w kat. 55–65.

Więcej informacji o tenisowych turniejach lekarskich na stronie www.pstl.org.





Proszę mi wybaczyć, że tytuł felietonu jest skrótem. Nie mogę oprzeć się pewnej dygresji. Otóż w tym miejscu muszę zacytować moją licealną nauczycielkę języka polskiego, panią profesor Honoratę Starzyńską, która podkreślała, iż skróty to „język pingwinów” i w żadnej mierze nie można uważać ich za literacką polszczyznę, a wykształcony człowiek nie powinien, o ile jest to możliwe, ich używać.

To było ponad 40 lat temu, w zupełnie innej rzeczywistości. Obecnie wszyscy używamy skrótów w mniejszym bądź większym stopniu. Literatura fachowa jest ich pełna w każdej dziedzinie, w medycynie również. Jak Państwo wiecie, dominują skróty, z oczywistych względów, nazw angielskich.

Po moim przyjeździe do Niemiec musiałem się nimi zmierzyć, i to w obcym języku. Na początku stwarzało mi to dużo problemów związanych z ich niejednoznacznością, chociażby w trakcie egzaminu językowego. Znajomość okazała się niezbędna w życiu codziennym, zwłaszcza że Niemcy uwielbiają się nimi posługiwać przy każdej nadarzającej się ku temu okazji, nie tylko w literaturze fachowej. Dodatkową trudnością było dla mnie rozszyfrowanie skrótów nazw angielskich. Do tej pory nie opanowałem tego języka i znam go na poziomie Kalego. Nic tego nie usprawiedliwia, może jedynie to, iż za czasów mojej młodości głównie uczono nas języka rosyjskiego. W dzisiejszej rzeczywistości można uznać to za niejako prorocze. Mam tu na myśli pacjentów z Ukrainy. Mam ich w swojej praktyce kilkunastu, znajomość języka rosyjskiego jest podstawową kwestią. W trybie awaryjnym muszę go odświeżać.

In medias res, co oznacza skrót DMP i czym jest dla niemieckich pacjentów i lekarzy w codziennej praktyce. DMP – *Disease Management Programme* – są programami zdrowotnymi dla ludzi przewlekle chorych, opartymi na aktualnej w danej dziedzinie wiedzy medycznej.

Jacek Tyłło

lekarz rodzinny w NRW,
Niemcy



Pacjentki i pacjenci z potwierdzonymi rozpoznaniem chorób przewlekłych mogą się do nich zapisać i korzystać z ich niewątpliwych dobrodziejstw. Udział w DMP pozwala na wcześniejsze prognozowanie i wykrywanie zaostrzeń choroby, wydłuża tym samym życie, poprawia jego komfort, zwiększa pacjentom poczucie bezpieczeństwa. Wymagane są tylko regularna kontrola lekarska, wykonywanie przewidzianych w programie badań dodatkowych i naturalnie korygowanie na bieżąco wszelkich nieprawidłowości.

Korzyści płynące z funkcjonowania programów DMP służą nie tylko pacjentom. Lekarze prowadzący otrzymują za każdego zarejestrowanego i aktywnego uczestnika programu dodatkowe pieniądze. Korzyść finansową mają też Kasy Chorych. Podaje się, że każdy pacjent, uczestnik programu, pozwala im zaoszczędzić około 5 tysięcy euro rocznie, nazywa się to „kompensacją struktury ryzyka”, czyli – przekładając na codzienność – chodzi o zmniejszenie ilości kosztownych w leczeniu powikłań, zmniejszenie liczby hospitalizacji, konsultacji specjalistycznych, optymalizację wydatków na badania dodatkowe i leki.

Lekarze uczestniczący w programach DMP są obarczeni dodatkowymi obowiązkami. Musimy uczestniczyć w corocznych szkoleniach, na których zapoznujemy się z aktualną wiedzą w danej dziedzinie, obowiązującymi wytycznymi odnośnie do diagnostyki i leczenia. Szkolenia są dobrze zorganizowane i stoją na wysokim poziomie merytorycznym. Zapoznujemy się też obowiązującą dokumentacją medyczną.

Obecnie w Niemczech funkcjonują z powodzeniem cztery programy DMP dla pacjentów z rozpoznaniem:

- chorobą wieńcową,
- cukrzycą typu 1,
- cukrzycą typu 2,
- COPD.



W planach jest wprowadzenie DMP dla pacjentów z niewydolnością serca.

Każdy program DMP ma swój oddzielny, elektroniczny formularz, który lekarz jest zobowiązany szczegółowo wypełnić. Zawiera on pytania na temat aktualnych dolegliwości, konieczności hospitalizacji, wykonania procedur inwazyjnych, pojawiających się nowych schorzeń; obejmuje elementy oceny stanu fizykalnego; uwzględnia informacje o podjętych działaniach profilaktycznych, edukacyjnych, odbytych konsultacjach specjalistycznych (np. badanie okulistyczne w cukrzycy typu 1 i 2 dwukrotnie w ciągu roku), realizacji przez pacjenta zalecanych wytycznych (np. zakaz palenia papierosów, aktywność fizyczna, dieta). Oprócz tego monitorowane są wyniki badań laboratoryjnych, np. mikroalbuminuria, spirometria, lipidogram, funkcja nerek itp.



Każdy pacjent uczestniczący w DMP zobowiązany jest do czterech wizyt w ciągu roku. Niemieccy pacjenci przestrzegają tego zalecenia skrupulatnie, rezerwując termin na kolejne badanie w trakcie aktualnej wizyty u lekarza.

Moim zdaniem sprawnie funkcjonujące i stale modyfikowane w oparciu o najnowszą wiedzę programy DMP w znaczący sposób przyczyniają się do poprawy jakości życia pacjentów. Udowodniły także swoją wartość w coraz to bardziej starzejącym się społeczeństwie niemieckim. DMP to nowoczesne narzędzie w rękach lekarzy, pozwalające lepiej wykonywać nasze obowiązki wobec pacjentów.

Pozdrawiam serdecznie. Pamiętajmy o Ukrainie.

FENOMEN TANGA ARGENTYŃSKIEGO

*Tango stało się wyrazem podstawowej ludzkiej potrzeby:
pragnienia duszy, by połączyć się z inną duszą*

Christine Denniston

W filmie Martina Bersta *Zapach kobiety* jest słynna i przepiękna scena, w której niewidomy, emerytowany podpułkownik, grany przez Alę Pacina, tańczy tango z przypadkowo napotkaną w restauracji piękną, młodą dziewczyną. Niektórzy twierdzą, że to jedna z najpiękniejszych scen w historii kina – bardzo poruszająca i zmysłowa zarazem, hipnotyzująca i na długo zapadająca w pamięć. Wiem, że dla wielu osób to był „ten moment” – iskra, która wzniciła płomień miłości i fascynacji tangiem. W rzeczywistości tanga argentyńskiego nie tańczy się tak jak na tym filmie, ale klimat sceny oddaje istotę tego wyjątkowego tańca. Piękna muzyka (*Por una Cabeza*, Carlos Gardel), kobieta w pięknej, czarnej sukience zmysłowo sunie po parkiecie z eleganckim, dużo starszym od niej i do tego niewidomym mężczyzną. Początkowo nieufna, ale gdy poczuła się bezpiecznie w jego ramionach, pozwoliła się poprowadzić, ponieść muzyce i emocjom. Tango niesie w sobie ogromny ładunek emocji. Zasadniczo nie jest erotyczne (chyba że sami tańczący nadadzą mu taki kontekst), choć bardzo zmysłowe. Poprzez specyficzne, bardzo bliskie objęcie jest bardzo intymne i odbierane wszystkimi zmysłami. Tango to uczucia, które są tańczone, a te mogą być różne: smutek, radość, miłość, czułość, namiętność, przyjaźń, szczęście, złość... To, co jest magnetyzujące i dojmujące w tangu, to to, że mężczyzna skupiający swoją uwagę na kobiecie czuje się bardziej męski, a kobieta w jego objęciu czuje się bezpieczna i bardziej kobieca.

Tango argentyńskie jest fenomenem, który przetrwał próbę czasu i przeżywa obecnie swój renesans na całym świecie. Narodziło się ono pod koniec XIX w. w Argentynie

Mirosława Kozłowska



i Urugwaju. W biednych dzielnicach wielkich miast imigranci z Europy, a także biedni argentyńscy *gauchos*, którzy opuścili swoje wioski, szukali szczęścia i poprawy losu. Z marzeń o miłości i lepszym życiu, z tęsknoty za ojczyzną, domem i rodziną narodziło się tango. To, czego nie można wyrazić słowami, można przecież wyśpiewać lub wytańczyć. W międzynarodowym tyglu splotły się ze sobą losy ludzi odciętych od ojczystej ziemi, kultury, pozbawionych wspólnego języka. Połączyły się pierwiastki folklorów: afrykańskiego *candombe*, kubańskiej habanery, hiszpańskiego flamenco, pieśni neapolitańskiej, a nawet polskiego kujawiaka i oberka. W warunkach, które już nigdzie indziej się nie powtórzyły, rozkwitło tango! Na początku było tańcem zakazanym, żeby nie powiedzieć potępionym, ponieważ rozbrzmiewało głównie w barach lub domach schadzek. W latach 20. poprzedniego stulecia zawędrowało do Europy, gdzie na salach Paryża rozpoczęło swoją światową karierę. Po takiej „nobilitacji” w wielkim stylu powróciło do kolebki swoich narodzin.

Lata 30. i 40. to okres tzw. złotej ery tanga. W tym czasie w Buenos Aires istniało i koncertowało mnóstwo (możliwe, że nawet kilkaset!) orkiestr tangowych. Na milongach tańczono do muzyki granej na żywo przez te właśnie orkiestry. Najstawniejsze z nich stworzyli Juan D'Arienzo, Carlos Di Sarli, Anibal Troilo i Osvaldo Pugliese. Na dzisiejszych tradycyjnych milongach również tańczymy do tej właśnie muzyki z *Golden Age of tango*. Ona ciągle zachwyca swoim bogactwem, niesamowitym ładunkiem emocji i porywającym rytmem.

W 2009 r. tango argentyńskie zostało wpisane na listę niematerialnego dziedzictwa UNESCO. Nie należy mylić go z tangiem klasycznym, gdyż nie mają one ze sobą wiele wspólnego. Tango klasyczne tańczy się głównie (a może i tylko) na turniejach, natomiast tango argentyńskie jest tańcem socjalnym. Uczymy się go po to, aby tańczyć

na milongach (wieczory tanga), festiwalach (duże, międzynarodowe imprezy z muzyką na żywo, pokazami i lekcjami *maestros*), maratonach (kilka dni i nocy wypełnionych tańcem). Społeczności tangowe istnieją niemal w każdym zakątku świata i ciągle ich przybywa. Tango to – oprócz tańca – obcowanie z piękną muzyką i ludźmi o podobnej wrażliwości, nowe znajomości, przyjaźnie i jedna z najpiękniejszych form spędzania wolnego czasu! Na czym polega fenomen tej rozrywki rodem z poprzedniej epoki? Dlaczego ci, którzy pokochali ten taniec, twierdzą, że nie można go porównać z żadnym innym i że żadnego innego już nie potrzebują?

Przede wszystkim jest to taniec improwizowany, dlatego jest fascynujący, nieprzewidywalny, za każdym razem inny i nigdy się nie nudzi. Nauka tanga jest analogiczna do nauki języka obcego, gdyż to sztuka komunikacji między partnerami. Jeśli nauczysz się poszczególnych słów, zwrotów, budowania zdań, to możesz prowadzić fascynującą rozmowę! Tango, tak jak nauka każdego języka, wymaga sporo czasu i zaangażowania, ale po stokroć warto! Warto, bo potem idziesz na milongę, a tam inny, ekscytujący świat; określony kod zachowań zawarty w tajemniczych słowach: *mirada*, *cabeceo*, *abrazo*, *conexion*, *tanda*, *ronda*... Ale to już inna opowieść!



Tango argentyńskie – taniec miłości, pełen elegancji i pasji. Poświęcono mu wiele publikacji, płyt instruktażowych i filmów. Jest inspiracją artystów, motywem plakatów, obrazów...



HOMO HOMINI LUPUS



Dnia 18 lutego 2022 r. odbyła się w Polsce premiera filmu *Wilk* w reżyserii Nathalie Biancheri, w koprodukcji polsko-irlandzkiej (u nas przedstawiany jest jako islandzka współpraca filmowa).

Zaczyna się jak w polskich bajkach Jana Brzechwy:

„Witajcie w naszej bajce [...]”.

Tu wszystko jest możliwe, zwierzęta są szczęśliwe (???) [...]”.

„Proszę państwa, oto [...]”:

wilk Jacob, żbik Cecylia, owczarek niemiecki Rufus, papuga Judith, pajak Ola, wiewiórka Jeremy, kaczka Ivan, panda Annalisa, koń Louise.

Filmowe zoo to ośrodek terapii zaburzeń tożsamości gatunkowej, choć trafniejsza wydaje się nazwa zaburzenia: dysforia gatunkowa.

Dyrektor ośrodka, nazywany przez podopiecznych Nadzorcą Zoo, stosuje mocno kontrowersyjne, niekonwencjonalne metody terapii, mające na celu rehumanizację swoich podopiecznych. Afirmuje zatem prymat człowieka nad zwierzętami, a swoim zachowaniem ponad wszelką wątpliwość potwierdza przynależność do gatunku animals (samców typu alfa).

Wilczy temat od dawna towarzyszy ludzkiej twórczości literackiej i filmowej i zazwyczaj jest przedstawiany jednostronnie: albo w samych negatywach (z powodu projekcji własnych lęków), albo pozytywach (jako wyraz tęsknoty za instynktownym życiem zgodnym z naturą).

Może nasz filmowy Jacob nie chciał tańczyć z Kevinem Costnerem (tak dla przypomnienia chodzi o film *Tańczący z wilkami*)?...

Może bardziej pociągała go „biegnąca z wilkami” Clarissa Pinkola Estes (autorka książki o tym samym tytule)?...

Praca dla wilka?... Ale nie na Wall Street.

Dla Cecylii i Jacoba nie ma miejsca w świecie normalnych ludzi, dlatego zgłosili się po pomoc.

W psychoterapii dotyczącej przebytej traumy bardzo ceniona jest metoda projekcyjna utożsamiania się z wybranym przez siebie zwierzęciem.

Chodzi o dotarcie do sfery zablokowanych instynktów – kiedyś było to główne źródło nerwicy. Patologiczne skutki tłumienia popędów ujawnił Zygmunta Freud, a jego uczeń Carol Gustaw Jung ponad 100 lat temu napisał w *Czerwonej Księdze* jakże znamienne słowa: „Ten, kto nie przeżywa swojej zwierzęcości, musi traktować swojego brata jak zwierzę. Poniż się, zniż się do poziomu zwierzęcia i przeżywaj swoją zwierzęcość, byś mógł sprawiedliwie traktować swojego brata”.

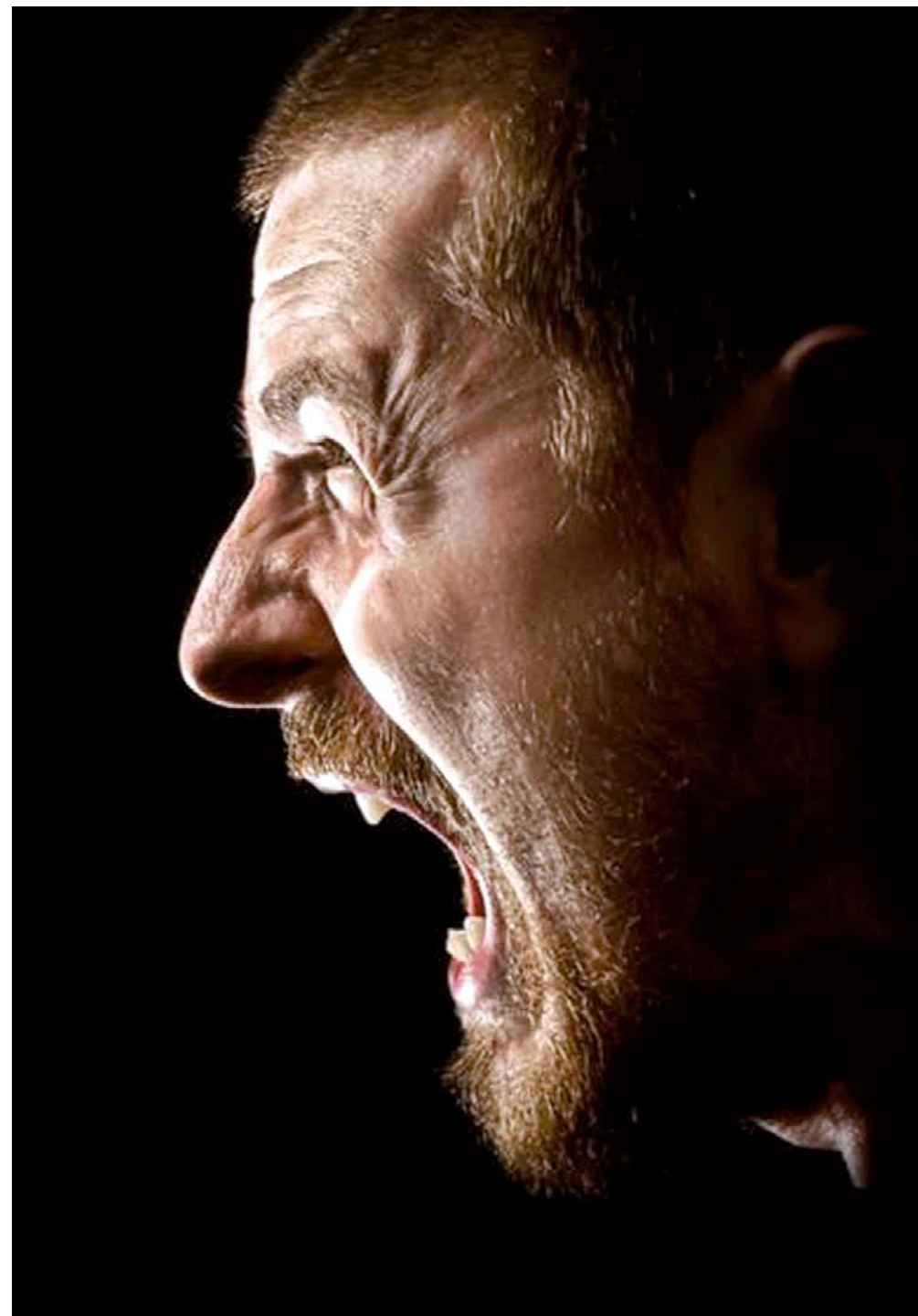
W 1919 r. Jung pisze dalej: „Przypatrz się zwierzętom: jak sprawiedliwie zachowują się względem siebie, jak obyczajnie i przyzwoicie, jak są posłuszne zwyczajowi i trady-

cji, jak wierne są ziemi, która je nosi, jak szanują terytorium, na którym przebywają, jak przemieszczają się zawsze tymi samymi, utartymi szlakami, jak dbają o swoje młode, jak wspólnie zdobywają pożywienie i jak wskazują sobie nawzajem drogę do źródła. Zwierzę nigdy nie ukrywa samolubnie nadmiaru żywności, którą udało mu się zdobyć, pozwalając swoim braciom umrzeć z głodu. Zwierzę nigdy nie przymusza do spełniania swojej woli innych zwierząt tego samego gatunku. Żadne zwierzę, które jest komarem, nie roi sobie, że jest stoniem”¹.

Gdyby Jung wizytował filmowy ośrodek w 2022 r., konsultując jego pacjentów i oceniając metody terapeutyczne tam stosowane, być może powiedziałby to samo, co na seminarium prowadzonym przez siebie w 1930 r.: „W stosunku do zwierząt żyjemy wiele uprzedzeń. Ludzie nie rozumieją, kiedy im mówię, że powinni poznać tkwiące w nich zwierzę czy też dokonać asymilacji zwierzęcia w sobie. W przyrodzie zwierzę zachowuje się jak dobrze wychowany zdyscyplinowany obywatel, nie oddaje się żadnej ekstrawagancji. Tylko człowiek wykazuje skłonność do ekstrawagancji”.

Ekstrawagancja człowieka w XXI w. wyraża się w ucztowieczaniu zwierząt, począwszy od nadawania im imion ludzkich, zaspokajania potrzeb na ludzkich warunkach, aby w efekcie mieć nad nimi całkowitą kontrolę, poczucie władzy i możliwość odreagowywania emocji.

Doktorze Jungu! Nic tu po Panu, proszę wracać do swego czasu, na karty historii, i zabrać ze sobą te bajeczki o zwierzęcości w nas – ludziach. Bogami jesteśmy!!!



¹ C.G. Jung, *Czerwona Księga*, Kraków 2020, s. 379.

FELIETON

ZAWIŚĆ, A CO TO TAKIEGO?

Redaktor naczelny potrafi zaskoczyć. On jest jak codzienność – co spotkanie, nawet na odległość, to niespodzianka. Ostatnio same zaskoczenia. Na przykład pędraki. Tak, takie trochę pożyteczne, trochę niepożyteczne żyjątka, o których istnieniu w ogóle nie wiedziałam. Nie z mojej winy zresztą. O pantofelku i meduzach będę recytować nawet przez sen, dopóki demencja mnie nie dopadnie, ale za to o pędrakach dopiero teraz musiałam zgłębić swoją wiedzę, bo na biologii o nich ani mru-mru. I tak to właśnie szkoła przygotowuje nas do dorosłego życia. A przecież żaden z absolwentów biol.-chemu nie ma zamiaru w przyszłości hodować meduz czy pantofelków, za to istnieje prawdopodobieństwo, że całe życie zawodowe będzie z uporem maniaka dążyć do posiadania domu z ogrodem, w którym – zacytuję moich przyjaciół – przyjdzie mu odreagowywać trudy życiowo-zawodowe poprzez uskutecznianie „niewolnictwa ogrodowego”.

Oczywiście część z nas wybiera opcję BYĆ, nie MIEĆ, i nie ma zamiaru całe życie budować i potem remontować, ale i tak dopada ich czasami uczucie niespełnienia graniczące z zazdrością, więc przynajmniej wizytują „niewolników” i obdarowują ich roślinkami, spoglądając na nie znad filiżanki kawy, jak rosną, podczas kolejnych wizyt. A wracając do pędraków, przeraziły mnie. Dosadzałam róże. To znaczy miałam taki zamiar. Zamówiłam je wieki temu. W lutym przyszły. Wstawiłam do pomieszczenia gospodarczego i zapomniałam. Pudło otworzyłam dopiero teraz. Uff. Sadzonki w dobrej kondycji.

No i zagwozdk! Jakie to ja miałam plany ogrodnicze? W lutym. Mhm. Dwanaście sztuk pnącej róży. Czerwonej. Zapewne pierwsze dwa egzemplarze miały się posadowić w sąsiedztwie róży niemieckiej pachnącej, co to u nas na wsi nie zapachniała ani razu. Wyjątkowa odmiana, o której istnieniu Grażynka z Niemiec (ta z wywiadu *Szczęściara*) nie tylko nie słyszała, ba, nie spotkała do tej pory pachnących róż w swojej miejscowości. Może u nas na wsi spotka, o ile róża wreszcie zakwitnie tak, jak prezentował ją

folder. Póki co same liście, zero pąków. Postanowiłam (przypomniały się zimowe plany ogrodnicze) zadziałać na ambicję róży.

Napoleoński plan: odmiana polska pnąca rozkwitnie z przynależnym naszemu narodowi rozmachem i fantazją, a wtedy ta niemiecka pozazdrości jej i zacznie kwitnąć i pachnieć, zapominając o powściągliwości wpisanej w geny. I wszystko to jest całkiem realne, o ile nie przeszkodzą zawistne albo zwyczajnie głodne pędraki, które dostrzegłam, i to w ilości hurtowej, po rozpoczęciu sadzenia róż. Przerwałam pracę, zaczęłam szukać po Internecie. Nie miałam pojęcia, do czego się dokopałam. Okropnie białe i robakowate te podobne w kształcie do krewetek osobniki. Poszukałam i bingo! – larwy chrabąszcza majowego, faktycznie mało ładne. Żyjące w glebie, żywiące się korą, spróchniałym drewnem albo korzeniami roślin. No i właśnie. Korą podsypaliśmy niemal wszystkie rośliny, co krok mamy widać pędraki i pewnie niewielką szansę na okazałe iglaki.

Wybierałam z ziemi te małe potworki i zaczęłam rozmyślać. Zanim postać larwalna przeobrazi się w chrząszcza, napotyka wiele trudności, choćby taką mnie. Podobnie jest z drogą zawodową lekarza. Od początku kłody pod nogi. Taka karma? Oby nie. Inne nastały czasy. My, stara generalicja, uczestnicy pochodów pierwszomajowych, traktowaliśmy dostanie się na medycynę jak dopust boży i nawet najnudniejsze zajęcia lub wręcz żenujące w swym poziomie wykłady traktowaliśmy jak zło konieczne, etap, z którego nic i nikt nas nie zwolni.

Podobnie po studiach. Bez słowa sprzeciwu znosiliśmy często nieprzystające mistrzowi zachowanie. Z zazdrością patrzyliśmy na tych, którzy już dołynęli do brzegu, zdobyli specjalizację, otwierali gabinety. Z zazdrością, ale jednak bez zawiści, bo wiedzieliśmy, że nasz czas kiedyś nastąpi. Mimo zmian ustrojowych zasady obowiązujące w naszym środowisku były niezmiennie, fala na podobieństwo tej w wojsku, tyle że ubrana w biały

lek. Anna Osowska



kitel. Teraz, jak słyszę, jest inaczej. I dzięki Bogu. Dzisiaj młody człowiek nie chce się zestarzeć w pracy, na równi z nią ceni wartości rodziny i życia, poznał bowiem świat i nie lęka się nowego. Nasze pokolenie szczyty się pracą w jednym miejscu, co jest wręcz nie do pomyślenia w obecnych realiach. Dzisiaj nie ma już tak wielkiej zależności i podległości.

Dzisiaj lekarz nie szuka pracy, praca szuka lekarza. Nie musi się godzić na złe traktowanie, złe warunki pracy. Zdecydowanie łatwiejszy jest też dostęp do wiedzy, pojawiła się możliwość uczenia od najlepszych. To kolejne rozdanie. My, mistrzowie, jesteśmy na pochyłej. Możemy jedynie przekazać młodym kolegom nasze zawodowe doświadczenie, o ile są zainteresowani. Oni chcą pracować, żeby żyć, a nie jak my – żyliśmy, żeby pracować. I cóż nam pozostaje? Mamy swoje ogrody, roślinki i pędraki. Radość z wypełnienia misji z pakietem pretensji naszych rodzin, jak to pacjent był na pierwszym miejscu. Czasu nie cofniemy. Za chwilę kolejni absolwenci opuszczą gmachy uniwersytetów medycznych i ruszą zmierzyć się z rzeczywistością. Zauważam w naszym środowisku proces przemiany mentalnej. Wracą dobra szkoła, bo – zgodnie z lekarskim

savoir-vivre'em – doświadczony lekarz ma wspierać młodszego kolegę, nie ma podziału na lekarzy lepszego i gorszego sortu, a lekarz POZ to specjalista w swej dziedzinie na równi ze specjalistami AOS czy szpitali, ponieważ każdy ma równie ważną rolę w systemie, jego doświadczenie jest tak samo istotne.

Tylko gra zespołowa może zapewnić nam należyty prestiż i publiczne zaufanie. Oby nasze środowisko lekarskie na dobre „ozdrowiało”, nim KTOŚ wyleje dziecko z kąpielą i reaktywuje socjalistyczne ZOZ-y – KOZ-y, a wraz z nimi system feudalnych zależności i zawiści. Bo tylko w atmosferze szacunku społecznego i w koleżeńskej atmosferze z sukcesem młodzi lekarze przepoczwarzają się w przepiękne chrabąszcze. Każdy z nich będzie odgrywał swoją rolę, bez względu na miejsce pracy. Pędraki poczekają na swój czas, bez podgryzania korzeni nobliwym mistrzom, podczas gdy moje róże spokojnie zakwitną, zapachną, zachwycą czerwienią. Będzie pięknie. Nieważne kiedy.

Wierzę, że nastąpi, a wtedy, gdy któregoś z was naczelny „Biuletynu Lekarskiego” poprosi: „Napisz coś o zawiści”, z uśmiechem wruszycie ramionami i odpowiecie bez nuty sarkazmu: Zawiść? A co to takiego?

Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska



Zachęcamy do odwiedzania strony WMIL oraz na FB

PAMIĘCI TYCH, KTÓRZY ODESZLI...



Edward Kowalczyk, 1947–2022

W dniu 20 lutego 2022 r. zmarł nasz przyjaciel, lekarz Edward Kowalczyk – człowiek znany ze swoich licznych talentów zawodowych, a także artystycznych, muzycznych, wokalnych i organizatorskich. Był animatorem i uczestnikiem wielu spotkań naukowych i towarzyskich w giżyckim środowisku.

Edward Kowalczyk, syn Aleksandra, urodzony 14 marca 1947 r. w Skarżyska-Kamiennie, studiował medycynę na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku w latach 1965–1973. W dniu 20 września 1973 r., po złożeniu przypisanych egzaminów, uzyskał tytuł lekarza, stanowiący dowód ukończenia szkoły wyższej i uprawniający do ubiegania się o prawo wykonywania zawodu w myśl przepisów prawnych obowiązujących w Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej. Pracę zawodową jako lekarz stażysta rozpoczął 12 października 1973 r. w Zespole Opieki Zdrowotnej w Giżycku. Po ukończeniu stażu w 1974 r. podjął pracę na Oddziale Chirurgii Ogólnej w charakterze młodszego asystenta. Specjalizację I stopnia z chirurgii ogólnej zdobył w 1977 r. Przez dwa lata był lekarzem w Polskich Liniach Oceanicznych, rok pracował jako lekarz w Libii. Po powrocie do kraju, w trakcie przygotowań do specjalizacji II stopnia z ortopedii i traumatologii, uczestniczył w licznych kursach przygotowawczych i doskonalących zawodowo. Dyplom specjalisty II stopnia z ortopedii i traumatologii pod kierownictwem dr. Józefa Pstraka uzyskał 26 listopada 1996 r. Do emerytury pracował jako lekarz ortopeda na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym. W czasie pracy zawodowej był członkiem Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej, Stowarzyszenia „Arbor Vitae” i Stowarzyszenia Pomocy Ofiarom Wypadków Drogowych „Ratunek” w Giżycku, Polskiego Towarzystwa Ortopedii i Traumatologii. Był współzałożycielem Poradni Preluksacyjnej, prowadził Poradnię Wad Postawy. W czasie pracy w szpitalu dał się poznać jako wspaniały kolega, przyjaciel. Wprowadzał miłą, ciepłą atmosferę. Potrafił wsłuchiwać się w problemy innych, służył dobrą radą. W szczegól-

ny sposób odnosił się do młodych adeptów nie tylko ortopedii, ale również innych specjalności. Przekazywał swoją wiedzę i doświadczenie, wspierał i mobilizował w dążeniu do celu. Miał w sobie dużo empatii.

Poza pracą zawodową wraz z małżonką Elżbietą rozwijał swoje pasje podróżnika i obieżyświata. Ukochał Grecję, Kretę. Zwiedzał najdalsze zakątki świata. Fascynował się rozwojem lotnictwa pasażerskiego. Odwiedzał uczące się i pracujące zawodowo dzieci za granicą, Magdę, Ewę i Adama, z których był bardzo dumny. Realizował również swój mały świat, budując w Gutach domek z piecem kaflowym i niepowtarzalną atmosferą oraz z ogródkiem pełnym kwiatów. Jeździł na festiwale muzyki cerkiewnej i folkowej, tej „płynącej z wnętrza człowieka”, jak mówił. Pomimo ciężkiej choroby do końca walczył o każdą minutę życia, mając u boku oddaną towarzyszkę życia – żonę Elżbietę.

Dwa dni – jedna noc to obraz nakreślony ręką Edwarda Kowalczyka, filmowca i reżysera, o pracy w giżyckim szpitalu na Oddziale Zabiegowym, Urazowo-Ortopedycznym. Film dokumentuje dzień pracy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w czasie dyżuru i na bloku operacyjnym podczas operacji ortopedycznych. Edward zagrał w tym filmie dwie role – swoją własną, zawodową, jako lekarza ortopedy, a także operatora-filmowca – tworząc historię szpitala i ludzi. A takich rejestracji w swoim życiu miał wiele. Słynął ze swej spostrzegawczości, dowcipnej krytyki, humoru i umiejętności dostrzegania w sytuacjach i ludziach rzeczy ciekawych, interesujących, zaskakujących i dziwnych. Tworzył niepowtarzalny klimat życia w warunkach szpitala i rejestrował zmiany otoczenia i ludzi tam pracujących. Był, jest i pozostanie na zawsze historią naszego giżyckiego szpitala, a wieczory z kolędami, chórem lekarskim, akompaniamentem skrzypiec brzmieć nam będą w uszach jeszcze bardzo długo.

Zegnamy Ciebie, Edku, z wielkim żalem, my, lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, pracownicy szpitala w Giżycku.

Spoczywaj w pokoju.



Zbigniew Frenszkowski urodził się 8 grudnia 1931 r. w Lidzbarku Welskim, zmarł w Olsztynie 19 maja 2022 r.

Po zawierusze wojennej Zbigniew Frenszkowski wraz z rodziną przybył do Olsztyna w maju 1945 r. Maturę zdał w 1950 r. w Liceum Ogólnokształcącym nr 1 w Olsztynie. Studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Łodzi. Dyplom lekarza uzyskał 7 grudnia 1955 r., a w latach 60. specjalizację I i II stopnia z laryngologii. W latach 1956–1991 pracował w Szpitalu MSWiA w Olsztynie. W 1964 r. stworzył tam Oddział Laryngologii i został jego ordynatorem. W 1975 r. powołał do życia Olsztyńskie Towarzystwo Tenisowe, a w 1999 r. założył Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy. Jako prezes PSTL zorganizował Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie Ziemnym.

W 2020 r. obchodził jubileusz 65-lecia pracy jako lekarz. Jest autorem książki *Wojna, medycyna i tenis*, wydanej w 2021 r., i pomysłodawcą wydawnictwa Ikony Olsztyńskiej Medycyny.

Zbyszek, moje losy zawodowe związane były z Tobą. To Ty przyjmowałeś mnie do pracy, długi czas kształciłeś. To dzięki Tobie szeroko otworzyły się możliwości współpracy naszego oddziału z Kliniką Laryngologii Akademii Medycznej w Łodzi, kierowanej wówczas przez Twojego przyjaciela – prof. B. Łatkowskiego. Zaowocowały one wykonaniem pierwszych w naszym regionie operacji usunięcia krtani z powodu raka tego narządu. Miało to miejsce w 1992 r. Był to olbrzymi sukces. Byłeś bardzo dumny z tych osiągnięć, a my z Tobą. My – Twoi asystenci, my – wszyscy pracownicy oddziału.

Inspirowałeś nas do ustawicznego kształcenia. Przekazywałeś prawdy zawodowe oczywiste i te mniej

oczywiste, ale także prawdy „życiowe”. Byłeś fanem i znawcą *Trylogii*, wielokrotnie cytowałeś powiedzenia i dykteryjki pana Zagłoby. Po przejściu na emeryturę czynnie uczestniczyłeś w pracy oddziału, służąc swoją wiedzą i doświadczeniem zawodowym.

Miałeś doskonałe wyczucie terapeutyczne, „lekką rękę operacyjną”, o tym wiedzieliśmy my – Twoi współpracownicy, ale może, co ważniejsze – wiedzieli o tym pacjenci.

Kontakty z Tobą, Zbyszeku, to nie tylko „czysta” medycyna, to także długie rozmowy o historii, filmie, czasach współczesnych, o problemach trapiących naszą rzeczywistość.

W okresie pandemii z przyczyn obiektywnych kontakty te uległy ewolucji w kierunku rozmów telefonicznych, mimo to były one regularne.

W ciągu ostatniego półrocza wielokrotnie z Twojej strony pojawiały się wspomnienia z naszego wspólnego z żonami wypadu statkowego po Morzu Śródziemnym sprzed kilku lat. Chciałeś to powtórzyć, niestety odszedłeś...

Śmierć to wszystko zmieniła, bo jest ona kresem wszystkiego. Ustawia ona świat na nowo. Nawet stronice Twojej książki – tej papierowej i tej życiowej są te same, ale treść jest już inna.

W godzinie śmierci nie towarzyszą człowiekowi ani srebro, ani złoto, ani drogocenne kamienie, a jedynie prawo i dobre uczynki.

Twoje odejście to jak umieranie gałęzi drzewa. Gałęzi, która łamie się pod ciężarem własnych owoców.

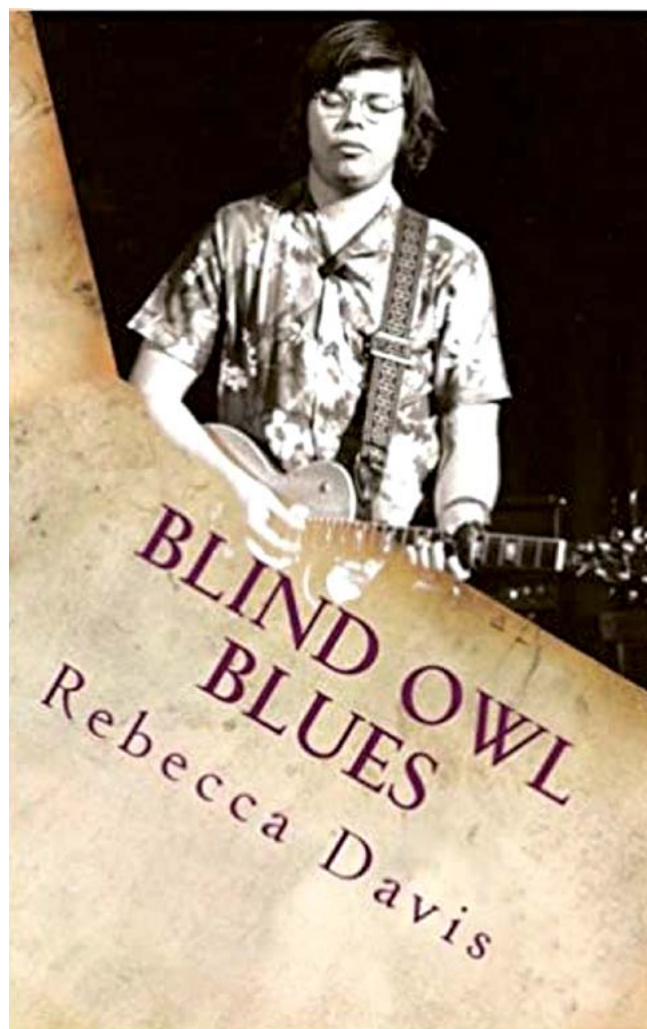
Zegnaj.

dr n. med. Sławomir Piotrowski

KLUB 27

„ŚLEPA SOWA” W KLUBIE 27

Alan Wilson



Alan Wilson trafił do tego artykułu nie tylko z powodu swojej tragicznej śmierci w wieku 27 lat, ale przede wszystkim jako założyciel i lider słynnego amerykańskiego bluesowego zespołu Canned Heat. Byłem wielkim fanem tej grupy (tak jak kilku moich licealnych kolegów) na przełomie lat 60. i 70. Śmierć Alana Wilsona o kilka tygodni poprzedziła dni, gdy do drzwi Klubu 27 zapukał Jimi Hendrix, a potem Janis Joplin...

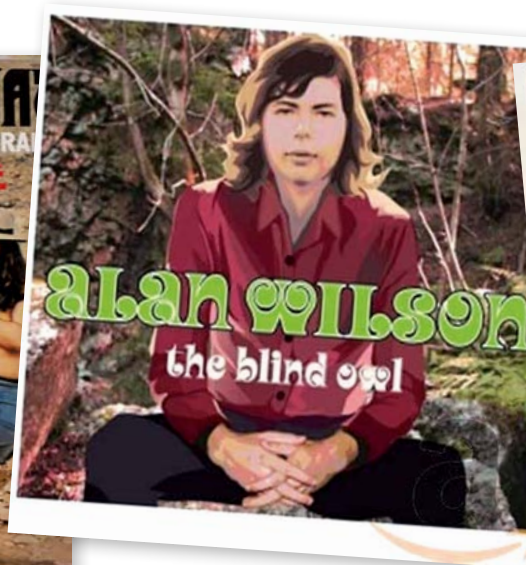
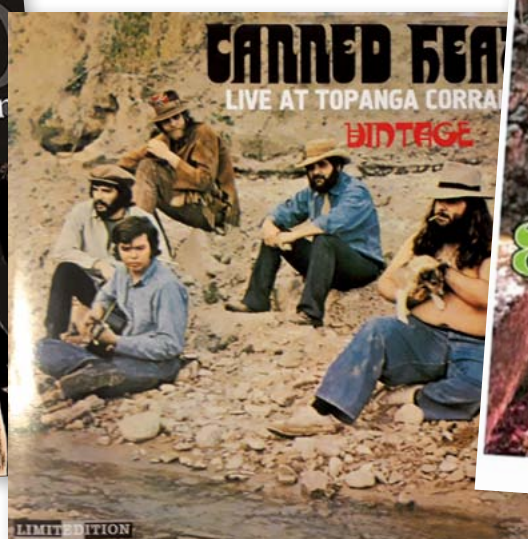
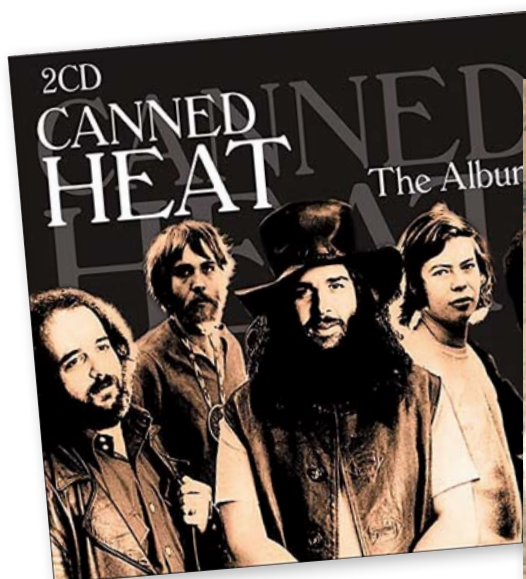


Klub 27 – termin w kulturze masowej określający znanych muzyków z gatunku rocka, bluesa, popu i R&B, którzy z różnych przyczyn zmarli w wieku 27 lat. Wśród nich Robert Johnson, Brian Jones, Jimi Hendrix, Janis Joplin, Jim Morrison, Kurt Cobain, Amy Winehouse... Powstało wiele teorii i spekulacji na temat powodów śmierci artystów w tym samym wieku. Choć trudno mówić tutaj o fatum, to bez wątpienia istnieje jakaś bezsporna więź łącząca te przypadki, w tym alkohol i narkotyki.

Alan Christie Wilson urodził się 4 lipca 1943 r. w Arlington, Massachusetts (USA). Był inteligentnym chłopcem, co powodowało konflikty z mniej zdolnymi rówieśnikami oraz przypadki zastraszania. Alan zainteresował się muzyką, gdy posłuchał jazzu z kupionej przez matkę płyty. Zaczął się uczyć gry na puzonie. Wkrótce z kilkoma szkolnymi kolegami założył zespół grający głównie jazz nowoorleański. Gdy otrzymał do przesłuchania płytę Muddy'ego Watersa, został fanem bluesa. Nagrania Little Waltera skłoniły go do nauki gry na harmonijce ustnej, a John Lee Hooker zainspirował chłopca do gry na gitarze akustycznej. W 1961 r., po ukończeniu liceum, Alan dzięki uzyskanym stypendiom rozpoczął studia muzyczne na Boston University. Pisał wówczas dla lokalnej prasy artykuły na temat wczesnych lat bluesa. Jednak Wilson rzucił studia przed końcem drugiego roku nauki. Chciał grać, a nie uczyć się o muzyce. W tym okresie zarabiał na życie, pomagając ojcu (który był murarzem) oraz dając lekcje gry na gitarze lub harmonijce. W 1962 r. Wilson poznał w sklepie z płytami innego fana bluesa – Davida Evansa. Założyli duet i w jednej z kawiarni grali covery z okresu klasycznego bluesa. Pod wpływem nagrań Skipa Jamesa Alan zaczął śpiewać charakterystycznym wysokim głosem. W związku z ponownym „odkryciem” artystów bluesa z lat 30. i 40.

Alan Wilson miał okazję ujawnić swój talent. W 1964 r. podczas koncertu wspianale akompaniował Johnowi Hurtowi na harmonijce ustnej. Kilka miesięcy później pomagał Sonowi House'owi w przygotowaniach do nagrania solowej płyty. W 1965 r. Columbia Records wydała ten album zatytułowany *Father of Folk Blues*. W dwóch utworach „solowej” płyty wystąpił 21-letni Alan, grając na gitarze i harmonijce. Przydomek „Ślepa Sowa” nadał Wilsonowi John Fahey (mistrz gry na gitarze w stylu fingerstyle). Istnieją trzy przyczyny nadania Alanowi takiego pseudonimu: jego pęd do nauki, okrągła twarz i znaczna krótkowzroczność. Właśnie Fahey namówił Wilsona do przeprowadzki do Los Angeles. Tam poznał on Boba Hite'a – entuzjastę bluesa i kolekcjonera płyt o pseudonimie The Bear (Niedźwiedź). Al i Bob założyli w 1965 r. zespół Canned Heat. Nazwa (Puszkowane Ciepło / Puszkowany Ogień) pochodzi od tytułu piosenki Tommy'ego Johnsona *Canned Heat Blues* z 1928 r. Jej tekst opowiada o alkoholiku, który zaczął pić paliwo do podgrzewania potraw o nazwie Sterno. Pierwszy album grupa nagrała w 1966 r. w składzie: Hite – gitara, Wilson – gitara, harmonijka, Henry Vestine – gitara, Stu Brotman – bas i Frank Cook – perkusja. Z różnych przyczyn płyta trafiła na rynek jako Vintage Heat dopiero w 1970 r. Wkrótce Brotmana zastąpił Larry „The Mole” Taylor, doświadczony muzyk sesyjny.

Pierwszym znaczącym koncertem Canned Heat był udział w Monterey Pop Festival 17 czerwca 1967 r., gdzie wykonali wspianale wersje standardów: *Rollin and Tumblin*, *Bullfrog Blues* i *Dust My Broom*. Miesiąc później na rynek trafił pierwszy album *Canned Heat*, zawierający przeróbki wcześniejszych bluesowych kompozycji. W grudniu 1967 r. perkusistę Franka Cooka zastąpił Adolfo „Fito” de la Parra. Na drugim wydawnictwie zespołu, zatytułowanym *Boogie with Canned Heat*, wydanym w 1968 r., znalazła się zaśpiewana przez Wilsona nowa wersja kompozycji Floyda Jonesa z lat 50. *On the Road Again*. Utwór ten stał się przebojem. Wydany na singlu dotarł do 16. pozycji listy Billboard w USA oraz 6. w Wielkiej Brytanii (fakt ten spowodował początek popularności grupy w Europie). Na trzeci album Canned Heat (podwójny *Living the Blues*) trafił kolejny przebój *Going Up the Country* (kompozycja zaktualizowana i zaśpiewana przez Wilsona), który był nieoficjalnym „hymnem” słynnego festiwalu w Woodstock. Canned Heat wystąpili tam 16 sierpnia 1969 r., miesiąc po wydaniu czwartego albumu zatytułowanego *Hallelujah*. Mimo niezaprzeczalnych sukcesów Wilson chciał odejść z zespołu, a przynajmniej zrezygnować z udziału w koncertach (jedną z przyczyn było odejście z zespołu gitarzysty Vestine'a). Muzyk dwukrotnie porzucał zespół, ale czuł się winny i po dwóch tygodniach wracał do kolegów. To wszystko powodowało izolację



Ala, jego frustrację i pogorszenie atmosfery w grupie. W sierpniu 1970 r. na rynek trafił piąty album Canned Heat zatytułowany *Future Blues*. Znajdujący się na nim utwór *Let's Work Together* (cover Wilberta Harrisona) był ich największym przebojem w Wielkiej Brytanii (15 tygodni na drugiej pozycji listy).

Wilson cierpiał na depresję i lęki, głęboko zakorzenione w jego osobistych problemach i rozpacz nad otoczeniem. Kilukrotnie próbował popełnić samobójstwo. Wilson był bardzo wrażliwy (m.in. na problemy społeczne i ekologię) i zamknięty w sobie. Uważano go za człowieka błyskotliwego, ale nieco dziwnego i oderwanego od rzeczywistości. Pomimo sukcesów, które odnosił jako muzyk, Al nie miał powodzenia w kontaktach z kobietami, nie nawiązywał z nimi udanych relacji ani nie utrzymywał długotrwałych związków. Cierpiał na bezsenność i aby rozwiązać ten problem, zażywał barbiturany (a konkretnie Secobarbital). Na nielicznych zachowanych filmach można zauważyć nerwowy tik Ala, polegający na szarpaniu i skręcaniu włosów. Latem 1969 r. Wilson trafił do szpitala z powodu depresji. Dla uzyskania zwolnienia został objęty opieką prawną (pod nadzorem Boba Hite'a). Wiosną kolejnego roku był w szpitalu z powodu próby samobójczej. Muzyk doznał urazu głowy po nagłym zjeździe z autostrady. Był kilukrotnie zwalniany, aby mógł uczestniczyć w sesjach nagraniowych albumu *Hooker and Heat* (znakomitej płyty zarejestrowanej z udziałem wybitnego bluesmana Johna Lee Hookera, wydanej na początku 1971 r., już po śmierci Ala).

Drugiego września 1970 r. Canned Heat miał wyjechać do Niemiec, aby rozpocząć europejską trasę. Wilson nienawidził podróżowania. Czasem zespół wyruszał bez niego, a Wilson dołączał późniejszym lotem. Więc gdy spóźnił się na lot 2 września, nie wzbudziło to alarmu. Alan Wilson 3 września 1970 r. został znaleziony martwy w swoim śpiworze na zboczu wzgórza za domem Hite'a w Topanga Canyon (gdzie często sypiał). Miał 27 lat. Sekcja wykazała, że przyczyną śmierci było ostre zatrucie barbituranami. Można znaleźć stwierdzenia, że zgon muzyka był samobójstwem. Jednak Al nie zostawił listu pożegnalnego lub jakiegokolwiek sugerującej to notatki. Nabożeństwo żałobne odbyło się 13 września 1970 r. w parku Menotomy Rocks w Arlington. Prochy Alana Wilsona zostały rozrzucone w Parku Narodowym Sekwoi, wśród drzew, które bardzo kochał.

Wilson był bardzo zaangażowanym ekologiem. Często spał na świeżym powietrzu, aby być bliżej natury. Wierzył, że drzewa to „czujące istoty”. Uważał, że lepiej się może

komunikować z nimi niż z ludźmi. Założył organizację, której celem było zachowanie kalifornijskiej przybrzeżnej sekwoi zagrożonej rosnącym zanieczyszczeniem środowiska i rozbudową miast. Te problemy były jedną z przyczyn jego depresji. Uważał, że przyroda na Ziemi zostanie zniszczona. Alan Wilson napisał i opublikował esej zatytułowany *Grim Harvest* (*Ponure żniwa*), w którym wyraził wielką troskę w związku z wycinką sekwoi – drzew, wśród których najchętniej przebywał. Utwór zaczyna się słowami: „Sekwoje w Kalifornii są najwyższymi żywymi istotami na Ziemi, prawie najstarszymi i jednymi z najpiękniejszych...”, a jego treść jest dzisiaj nawet bardziej aktualna.

Zespół Canned Heat istnieje do dziś. Perkusista Adolfo „Fito” de la Parra jest jedynym muzykiem w składzie od grudnia 1967 r. Bob Hite zmarł w 1981 r. po przedawkowaniu heroiny. Rak pokonał Vestine'a w roku 1997, a Taylora w roku 2019. Perkusista Frank Cook (grający na pierwszym albumie grupy) zmarł w roku 2021, w wieku 79 lat.

Pomimo tego, że kariera nagraniowa Wilsona trwała niecałe cztery lata, jest on pamiętany jako pionier blues-rocka. Był sercem i duszą Canned Heat: utalentowanym wokalistą, gitarzystą, harmonijkarzem i tekściarzem. Szereg jego kompozycji (lub twórczych przeróbek wcześniejszych utworów) na stałe trafiło do klasyki muzyki bluesowej.

Jerzy Kurowski – informatyk, w czasie wolnym podróżuje i fotografuje. Pasjonuje się także muzyką, sztuką i kolekcjonerstwem. W 2017 r. napisał i wydał książkę *Słynne płyty, słynne okładki*, która towarzyszyła wystawie o tej nazwie w Galerii BWA w Olsztynie.

TUŻ OBOK DROGI



lek. Jarosław Parfianowicz



Kościół w Kraplewie

Ta charakterystyczna XIX-wieczna budowla to metodystyczno-ewangelicki kościół, dawniej prowadzony przez luteranów. Datowany na 1848 r. i położony w Kraplewie – wsi leżącej w sąsiedztwie Ostródy.

Kościół został zbudowany w stylu charakterystycznym dla neogotyku angielskiego. Szachulcowy, o konstrukcji słupowo-ramowej, stalowy, bez wyodrębnionego prezbiterium z nawy i zamknięty prostokątnie. Jednokalenicowe, kryte dachówką zadaszenie posiada w części frontowej małą wieżyczkę ze stożkowym hełmem, przeznaczoną na umieszczenie sygnaturki.

Budowla, oprócz ciekawej elewacji, posiada równie interesujące wnętrze. Patrząc w górę, ujrzymy płaski strop, a wzdłuż ścian – rozciągające się empory, połączone z chórem muzycznym (emporą organową); wszystko to wsparte na słupach. Kościół posiada również klasyczo-barokowy prospekt organowy z końcówki XVIII w. Na uwagę zasługuje też całkowicie zachowany ołtarz ambonowy. Jeden z elementów wyposażenia świątyni został przeniesiony do Muzeum Warmii i Mazur w Olsztynie. Znajdują się tam gotyckie figurki apostołów i portrety pastorów. Obok kościoła spoczywa drewniana dzwonnica o konstrukcji słupowej, kryta dachem dwuspadowym, pochodząca z połowy XIX w. Do kościoła należy też pastorówka z końca XIX w., również zlokalizowana we wsi Kraplewo.

Do dziś przetrwała tablica pamiątkowa z nazwiskami parafian poległych w czasie pierwszej wojny światowej. Pastorem parafii Kraplewo był opiekun ludu mazurskiego – Gustaw Gizewiusz (1810–1848). Zebrał on z terenu gminy 460 pieśni ludu mazurskiego – *Pieśni ludu znad Górnej Drwęcy*. Główna ich część pochodzi z okolic Kraplewa. Rękopis tych pieśni jest jednym z najstarszych, a jednocześnie najważniejszych zbiorów folkloru mazurskiego. Pieśni wykonywane przez kraplewskich i ostródzkich śpiewaków Gizewiusz systematycznie spisywał w latach 1836–1840.

Plebania w Kraplewie oraz zabytkowy kościół metodystyczny miały swoje „pięć minut” w telewizji – stały się bowiem planem filmowym popularnego serialu TVP *Nad Rozlewiskiem*.



Lidia Ziurkowska-Michalewska

Ukończyła Akademię Medyczną w Gdańsku, jest lekarzem stomatologiem. Mieszka w Gdyni. Wydała pięć tomików poezji oraz zbiór wierszy *Nocni wędrowcy* w serii Biblioteki Rękopisów GTPS. Publikowała swoje utwory w kilkunastu antologiach, a także w biuletynach Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku i w Koszalinie. Drukowała też w „Super Expresie”, „Autografie”, „Metaforze”, „Wiadomościach Gdyńskich”, „Krzywym Kole Literatury”, w prasie lokalnej. Laureatka ogólnopolskich konkursów poetyckich, m.in. XVIII Ogólnopolskiego Konkursu „O Laur Jabłoni”, „Gdyńskich Połowów Poetyckich 2002”, XVII i XVIII Ogólnopolskich Literackich Spotkań Pokoleń w Kobylnikach, Ogólnopolskiego Konkursu Poetyckiego – „Puls Słowa” 2011. Jest członkiem Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, Gdańskiego Towarzystwa Przyjaciół Sztuki, Sopotniego Klubu Pisarzy i Przyjaciół Książki Jerzego Tomaszewicza. Jej wiersze opublikowano m.in. w antologii twórczości artystycznej lekarzy z Warmii i Mazur *Ars Vitae* (2012, 2015).

**Zielone wesele**

Chodźmy miły choć raz
tam gdzie zaprowadzi
nas ochota –

za parkanem z trzciny
zerwiemy polne kwiaty –
ty chabry a ja maki

koronę z nich zaplotę
ty będziesz królem łąki

zatańczą pszczoły trzmiele
słońce wysoko
jasność jak w kościele

marsz Mendelssohna
niesiony na ramionach
ciepłego wiatru –
tylko bądź

Wiersz z tomu *Ars Vitae. Kamień i woda. Antologia twórczości artystycznej lekarzy (słowo–fotografia)*, Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie, 2015.



PRZYRODA W OBIEKTYWIE

SZYSZKI SOSNOWE

UCHWYCONE W KADRZE

Nastało nareszcie lato. Cieszymy się długim dniem, słońcem i bujną zielenią roślinności. To czas, w którym możemy odpocząć na łonie przyrody, chłonąc zapachy lata, zachwycić się feerią kolorów i kształtów natury oraz sprawdzać, „co w trawie piszczy”. Życzymy wszystkim relaksu, dobrego, aktywnego wypoczynku i ciekawych obserwacji.

Chwile w parku, w lesie lub nad wodą sprzyjać mogą ciekawym i niepowtarzalnym spotkaniom z przyrodą.

Warto wtedy sięgnąć po aparat fotograficzny bądź smartfona, a zdjęcie (o co bardzo prosimy) przestać na adres:

- redaktornaczelnny.olsztyn@hipokrates.org
- olsztyn@hipokrates.org

Zachęcamy wszystkich do fotografowania! Zapraszamy do publikowania swoich zdjęć na łamach naszego „Biuletynu”!



Rodzina sosnowatych obejmuje niemal 115 gatunków drzew i krzewów. Występuje przeważnie w strefie klimatu umiarkowanego półkuli północnej. Są wśród nich gatunki uważane za jedno z najdłużej żyjących roślin na Ziemi, w większości niezagrożone wyginięciem. Niektóre objęte ochroną prawną (w Polsce trzy gatunki). Sosny stanowią istotne źródło drewna, żywicy, olejków eterycznych, a także jadalnych nasion. Na przestrzeni wieków dostarczały ludziom ważnych produktów w ich codziennym życiu, przez co w naturalny sposób wpisały się w folklor, kulturę i sztukę wielu społeczeństw.

Sosnę doceniano jako roślinę leczniczą i za jej dobroczynny wpływ na organizm ludzki, zalecając spacerować po nagranych słońcem, pachnących żywicą lasach sosnowych.

Na uwagę zasługują szyszki sosnowe wykorzystywane w medycynie naturalnej w stanach zapalenia gardła, oskrzeli, płuc czy migdałków, a także w napadach astmy. Najlepsze są jeszcze młode, zielone szyszki, bo najbardziej aromatyczne, ale nawet w suchych znajdziemy żywicę, której właściwości aromatyczne pozwalają na delikatne, naturalne oczyszczanie dróg oddechowych.

Każdy przepis na syrop z zielonej szyszki sosny bogaty jest w żywicę, która stymuluje odporność, wzmacnia organizm i działa przeciwdrożdżycowo. Syrop sosnowy można uzyskać jednak nie tylko z szyszek, ale także z młodych pędów sosny. Świetna jest nalewka z sosny, która pomaga w infekcjach układu oddechowego czy przeziębieniu. Alkohol będzie miał dobre zastosowanie w leczeniu objawów grypy – jednak jest to wersja wyłącznie dla dorosłych.

Znanych jest wiele przepisów na syropy, dżemy i nalewki z młodych szyszek sosny, które mają bardzo oryginalny, żywiczno-leśny smak i mogą być ciekawym dodatkiem do deserów, np. naleśników, ciast, lodów itp. Nadają się też jako dodatek do herbaty i napojów.

BIURO WARMIŃSKO-MAZURSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Adres:

Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska

ul. Żołnierska 16c, 10-561 Olsztyn

Regon: 001416837

NIP: 739-11-91-739

Forma prawna: samorząd zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów

e-mail: olsztyn@hipokrates.org.pl

Adres poczty elektronicznej jest chroniony przed robotami spamującymi.
W przeglądarce musi być włączona obsługa JavaScript, żeby go zobaczyć.

Godziny otwarcia Biura Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej:

poniedziałki, wtorki i czwartki w godz. od 8.00 do 16.00

środy w godz. od 8.00 do 17.00

piątki w godz. od 8.00 do 15.00

Sekretariat:

tel. 89 539 19 29 w. 1

fax. 89 539 19 29 w. 7

Rejestracja i wydawanie praw wykonywania zawodu:

tel. 89 539 19 29 w. 2, 690 388 141

Doskonalenie zawodowe lekarzy, Komisja Bioetyczna:

tel. 89 539 19 29 w. 1

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

tel. 89 539 19 29 w. 4

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego:

tel. 89 539 19 29 w. 5

Dział prawny:

tel. 89 539 19 29 w. 6

Kancelaria Radcy Prawnego r. pr. Katarzyna Godlewska

Poniedziałek godz. 12.00–16.00

Środa godz. 12.00–16.00

Piątek godz. 12.00–15.00

Kancelaria Radcy Prawnego r. pr. Tomasz Kozak

Wtorek godz. 14.00–16.00

Czwartek godz. 12.00–16.00

Ubezpieczenia:

690 104 481, 690 388 141

Księgowość Izby:

tel. 89 539 19 29 w. 3

RACHUNKI BANKOWE:

1. Składki członkowskie – wpłaty na indywidualne konta bankowe

2. Wpłaty pozostałe w tym rejestracja praktyk prywatnych:

BRE BANK SA: 61 1140 1111 0000 3048 4600 1001

3. Kasa Pożyczkowa:

BRE BANK SA: 12 1140 1111 0000 3048 4600 1010

BIULETYN LEKARSKI**ORGAN WARMIŃSKO-MAZURSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W OLSZTYNIE****ZESPÓŁ REDAKCYJNY:** Jarosław PARFIANOWICZ (redaktor naczelny),

Józef KORBUT, Zbigniew GUGNOWSKI, Anna OSOWSKA, Anna STĘPOWSKA,

Katarzyna ŻÓŁKIEWICZ-KABAĆ, Elżbieta SKÓRA,

Karolina LUBAK

ADRES REDAKCJI: DOM LEKARZA, 10-561 Olsztyn, Żołnierska 16c

tel./fax 89 523 60 61

e-mail: olsztyn@hipokrates.org

Edytor: Pracownia Wydawnicza „ElSet”, Olsztyn, ul. Lipowa 15

tel. 89 534 99 25, e-mail: wydawnictwo@elset.pl

Anna Kruszewska (redakcja), Andrzej Mierzyński (proj. graficzny, DTP)

Nakład: 3500 egz., ISSN 1233-4731

UWAGA: Redakcja zaprasza do nadsyłania materiałów i ilustracji
do „Biuletynu Lekarskiego”, zastrzegając sobie prawo do skrótów
i zmian w tekście.

REKLAMA w „Biuletynie Lekarskim”

Informacje, cennik i formularze zamówienia dostępne są pod adresem:

<http://www.wmil.olsztyn.pl/index.php/biuletyn-lekarski/152>**„Biuletyn Lekarski e-active”**

Zapraszamy do korzystania z elektronicznej formuły wydania

„Biuletynu Lekarskiego”. Pobrania e-wydania ze strony:

www.wmil.olsztyn.pl/index.php/biuletyn-lekarski**Reklama w „Biuletynie Lekarskim”**

Informacje, cennik i formularze zamówienia dostępne są pod
adresem:

www.wmil.olsztyn.pl/index.php/biuletyn-lekarski/152**DOSKONALENIA ZAWODOWE****w „Domu Lekarza”:****INFORMACJA****www.wmil.olsztyn.pl/index.php/doskonalenie-zawodowe**