



BIULETYN LEKARSKI

Rok XXXI, wrzesień 2020, numer 164

e-active



W NUMERZE:

Nowi stażyści Warmińsko-Mazurskiej
Izby Lekarskiej w 2020 r.4
Redakcja

Szpital w dobie pandemii5
Jacek Kowalczyk

Rola współczesnej diagnostyki
molekularnej w optymalizacji leczenia
onkologicznego7
Lubomir Bodnar

Onkolog z duszą podróżnika10
Anna Ossowska

Radio Gada12
Roman Łesiów

Nie zaniedbujmy szczepień
ochronnych13
Redakcja

Kronika Okręgowej Rady Lekarskiej16
Zbigniew Gugnowski, Karolina Lubak

Wybrane zagadnienia dotyczące
Tarczy 4.019
Katarzyna Godlewska

Bolesław Laszka. Pionier olsztyńskiej
laryngologii21
Bogdan Kibiłda

Jak w niebie... czyli tajemnica
58 sekund24
Apolonia Szarkowicz

Utrapiiony Wirus26
Roman Łesiów

Pop w filharmonii?28
Paweł Tryba

Z cyklu Portrety chórzystów
– Jakub Kuna30
Małgorzata Sławińska

Czarnobyl33
Andrzej Demus

Tuż obok drogi37
Jarosław Parfianowicz

Pamięci tych, którzy odeszli...39
Redakcja

Informacje biura41
Redakcja



Anna Lella

Ostatnie miesiące, a wraz z nimi napływające wciąż informacje o nowych zakażeniach COVID-19, niewątpliwie stanowią dla nas wyzwanie. Mimo to staramy się powoli powracać do dawnego rytmu i sprawnie realizować bieżące zadania samorządu.

Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska 23 września przywitała nowych członków, którzy z dniem 1 października br. rozpoczną staż podyplomowy. Przyjęto nową grupę absolwentów uczelni medycznych – 59 lekarzy i 6 lekarzy dentystów. Poza młodymi lekarzami z różnych zakątków Polski i z zagranicy w tym roku powitaliśmy wyjątkowo liczną, bo 27-osobową, grupę absolwentów Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

Gościem ostatniego posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej WMIL był Sergiusz Nawrocki, który po raz kolejny objął funkcję prorektora Collegium Medicum UWM. Podkreślił, że w dzisiejszej, COVID-owej sytuacji na barkach administracji uczelni spoczywa wiele trudnych spraw. Jednocześnie przywołał kilka pozytywnych aspektów, m.in. pozyskanie przez uczelnię sporej sumy na zaopatrzenie Szpitala Uniwersyteckiego w urządzenie do radiochirurgii. Poinformował także o rozpoczęciu budowy nowego skrzydła w szpitalu (oddział geriatry) czy też o pozyskaniu dwóch projektów medycznych w ramach superszybkiej ścieżki COVID. Przywykliśmy już do sukcesów naszej uczelni, mierzonych doskonałymi wynikami LEK kolejnych roczników, teraz doszły sukcesy naukowe wydziału. Gratulujemy! Cieszymy się, że Collegium Medicum działa tak prężnie pomimo wielu ograniczeń związanych z epidemią.

Na tym samym posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej gościł również Wacław Krukowski, którego uhonorowaliśmy odznaczeniem „Zasłużony Lekarz Warmii i Mazur”. Doktor od lat aktywnie działa w środowisku WMIL, głównie w Ośrodku Historii. Prywatnie pasjonuje się malarstwem, fotografią i linorytem, liczne jego prace można oglądać w Galerii Artibus.

Jak można było przypuszczać, wiele wydarzeń zaplanowanych na 2020 rok, jak chociażby Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy, Mistrzostwa Polski Lekarzy w Strzelectwie

Sportowym czy Spotkania Medyków z Historią, zostało przeniesionych na rok 2021. Jednak na chwilę obecną w dniach 6–7 listopada br. planujemy w siedzibie naszej Izby zrealizować XV Zjazd Naukowo-Szkoleniowy Lekarzy Warmii i Mazur. Dzięki przestronnym salom konferencyjnym nie będzie problemu z zachowaniem bezpiecznej odległości. Przypominamy, że do 10 października cały czas możecie nadsyłać streszczenia prac naukowych, które będą prezentowane w postaci doniesień ustnych lub plakatowych podczas sesji naukowych. Liczymy, że każdy ośrodek nie omieszką pochwalić się swoimi osiągnięciami, badaniami od czasu przedniego zjazdu.

Dnia 8 sierpnia weszła w życie nowa Ustawa z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Ma ona na celu poprawę funkcjonowania i organizacji kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, w tym weryfikację przepisów dotyczących stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego i umiejętności zawodowych. Nie wszystkie zapisy są „po myśli” środowiska, którego przepis ten dotyczy, ale jednak może pozwolić usprawnić przebieg stażu, a tym samym sprawić, że zasady jego wykonywania będą bardziej przejrzyste.

Pomimo panującego wokół zamieszania i mogącej wynikać z niego dezorientacji nie tracimy nadziei na to, że wkrótce sytuacja może się unormować. Na nadchodzącą jesień życząc dużo zdrowia!



Zachęcamy do odwiedzania strony WMIL w nowej odsłonie – z wprowadzonymi udogodnieniami i poszerzoną funkcjonalnością. Czekamy na ewentualne uwagi i sugestie!

NOWI STAŻYŚCI WARMIŃSKO-MAZURSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W 2020 R.



Anna Maria AGAŚ-LANGE
Eliza BADACZEWSKA
Agnieszka Justyna BARAŃSKA
Anna Maria BERNAT
Joanna BOROWSKA-FALISZEWSKA
Cezary Krzysztof BOSSOWSKI
Stefania Barbara BREJTFUS
Damian CHALECKI
Marina CHOJNOWSKA
Maria CHOKAS
Maciej Paweł DEKOWSKI
Karolina DĘBOWSKA
Mateusz DULIŃSKI

Piotr GLINKA
Martyna Katarzyna GOŁĘBIEWSKA
Jacek GRABOWSKI
Natalia GUSINETS
Diana HORPINICH
Patrycja Ida IWĄNCZYK
Karolina JANECEK
Aleksandra JANKOWSKA
Aneta Ewa JÓZWIAK
Nadia KASPER
Alexander Joseph KĄKOL
Jędrzej Zbigniew KLIMEK
Jacek KOPCZYŃSKI

Marta KOPRZAK
Milena KOWALEWSKA
Klaudia KRUPA
Alicja KUCHARSKA
Aleksandra LESZEK
Danylo LOZAN
Małgorzata LUDEK
Joanna MACKIEWICZ
Jan Jerzy MARCELA
Aleksandra MATWIEJCZYK
Agata MIKULAK
Klaudia Kinga MISZTAŁ
Anna Katarzyna MRÓZ

Michał MULARCZYK
Adam Karol NEUMANN
Izabela Dominika NOWOWIEJSKA
Michał Ryszard OCHAL
Alexander Adam OKRASKA
Adam PANASIUK
Izabela Elżbieta PASIEROWSKA
Damian Rafał PETERSON
Karolina Natalia PIÓREK
Adrian PROWANCKI
Paulina Kamila PRZYŚLAK
Kinga PRZYTUŁA
Ewelina PUDŁOWSKA

Katarzyna RAFAŁO
Adam ROGUSZEWSKI
Matylda Barbara ROGUSZKA
Eliza Marta SOBOCIŃSKA
Magda Iwona SZYMAŃSKA
Izabela Marta SZYMLA
Aleksander Roman TYSZKA
Oliwia Anna WICKA
Marta WIĘCKOWSKA
Miłosz WÓJSŁAW
Wiktoria Iga WRONISZ
Magdalena ZBRZYŻNA
Konrad ŻELECHOWSKI

SZPITAL W DOBIE PANDEMII



lek. Jacek Kowalczyk

W pierwszym kwartale 2020 r. znaleźliśmy się w „nowej rzeczywistości”. W Wuhan, w prowincji Hubei w Chinach, 31 grudnia 2019 r. zgłoszono grupę przypadków zapalenia płuc o nieznanej etiologii. Chińskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób ogłosiło 9 stycznia 2020 r., że czynnikiem, który wywołał epidemię choroby (COVID-19), jest nowy koronawirus (SARS-CoV-2) [1]. Do tej pory stwierdzono kilka podobnych wirusów. Dwa z nich, SARS-CoV, MERS-CoV, wywołały w ostatnich 20 latach pandemie, które miały zasięg lokalny lub ogólnosiwiatowy. Światowa Organizacja Zdrowia WHO (World Health Organization) 11 marca 2020 r. ogłosiła początek kolejnej pandemii, która cały czas trwa.

Koronawirusy należą do wirusów otoczkowych, zawierających jednoniciowe RNA. Przenoszenie się wirusa odbywa się głównie drogą kropelkową oraz przez zabrudzone przedmioty i powierzchnie. Średni czas inkubacji wirusa wynosi 5–7 dni, chociaż może on ulec wydłużeniu nawet do 14–21 dni. Większość zakażeń przebiega bezobjawowo lub z mało nasilonymi objawami: gorączką, kaszlem, dusznością. Postacie bardziej zaawansowane przebiegają z objawami śródmiąższowego zapalenia płuc. W przypadkach skrajnych pod koniec pierwszego tygodnia utrzymywania się objawów może rozwinąć się niewydolność oddechowa z następową niewydolnością wielonarządową, a nawet zgonem chorego. Śmiertelność może sięgać nawet 8%. Jest ona różna, w różnych krajach i w różnych regionach. Zależy od wielorobowości pacjenta, jakości opieki zdrowotnej, dostępności łóżek na oddziałach intensywnej terapii [2]. Ostateczne dane poznamy po ogłoszeniu końca epidemii.

Ogólna liczba przypadków 14 czerwca zbliżyła się do 8 mln (7 897 652). Wyzdrowiało 4 057 845 (51,4%) chorych. Niestety 432 901 (5,5%) osób zmarło. Krajami, gdzie odnotowano największą liczbę przypadków, są Stany Zjednoczone, Rosja i Brazylia. Największą liczbę zgonów odnotowano w Stanach Zjednoczonych, Brazylii i Wielkiej Brytanii. Pierwszy przypadek w Polsce pojawił się 4 marca. Do 14 czerwca, stwierdzono 29 392

przypadki, z czego 14 226 osób wyzdrowiało (48,4%), zmarło 1247 (4,2%). Hospitalizacji wymaga 1748 chorych, z czego 83 jest w stanie bardzo ciężkim [3]. W województwie warmińsko-mazurskim stwierdzono 186 przypadków, z chorobą wygrało 169 osób, jedna zmarła [4].

Minister zdrowia Łukasz Szumowski rozporządzeniem z dnia 13 marca 2020 r. wprowadził na terenie Polski stan zagrożenia epidemiologicznego. Jednym z kolejnych działań było powołanie 19 tzw. szpitali jednoimiennych, które miały sprawować opiekę nad pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2. W trakcie pandemii liczba tych szpitali wzrosła do 21. Z dniem 1 czerwca w szpitalach jednoimiennych stopniowo ma być przywracana normalna praca. Niestety pacjenci zakażeni koronawirusem pojawiali się również w innych szpitalach, nie tylko jednoimiennych. Dyrektorzy szpitali wraz ze swoim personelem rozpoczęli tworzenie własnych procedur postępowania. Doktor Hans Kluge, dyrektor WHO w Europie, stwierdził, że obecny koronawirus nie zniknie, że do czasu wynalezienia szczepionki Europa powinna być przygotowana na kolejne możliwe fale epidemii. Jak możemy przygotować szpitale i personel w nich pracujący?

Pierwszym działaniem musi być szkolenie personelu w zakresie stosowania środków ochrony osobistej (ŚOO), łącznie z praktycznym ich zakładaniem i zdejmowaniem. Pracownicy powinni być zaznajomieni tylko z tymi ŚOO, które są stosowane na ich stanowisku pracy.

Kolejnym krokiem powinno być dostosowanie szpitala z jego wszystkimi oddziałami do funkcjonowania w warunkach pandemii. Zarządzający oddziałami powinni zidentyfikować procedury oddziałowe, które generują powstawanie aerosoli. Takie procedury niosą największe ryzyko transmisji wirusa. Będzie z tego wynikało stosowanie odpowiednich ŚOO. Każdy oddział powinien być podzielony na trzy strefy: czerwoną, pomarańczową oraz zieloną. Dotyczy to izb przyjęć, szpitalnych oddziałów ratunkowych, oddziałów zachowaw-

czych i zabiegowych. Strefa czerwona powinna być przeznaczona dla pacjentów zakażonych lub z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2. Powinien być tutaj jeszcze wydzielony obszar, gdzie wykonywane są procedury generujące powstawanie aerosoli. W strefie tej personel zawsze porusza się w ŚOO. Pomocne w tej organizacji mogą być wytyczne różnych towarzystw, gremiów medycznych w wąskich specjalizacjach. Strefa pomarańczowa służy zakładaniu i zdejmowaniu ŚOO używanych w strefie czerwonej. Strefa zielona będzie wykorzystywana przez pacjentów bez zakażenia i podejrzenia COVID-19. Zarządzający szpitalem powinni opracować drogi przemieszczania się pacjentów i personelu pomiędzy funkcjonalnymi przestrzeniami budynku.

Sprawne działanie szpitala to wyszkolony personel, który pracuje w bezpiecznych warunkach. Zarządzający personelem powinni tak zorganizować jego pracę, aby ograniczyć ryzyko zakażenia. Może temu służyć wdrożenie zmianowego systemu pracy. Wskazane również jest przeorganizowanie zasad funkcjonowania pracowników na oddziale. Należy dążyć do dystansowania się, ograniczenia ilości kontaktów tylko do tych bezwzględnie koniecznych, częstego wietrzenia pomieszczeń, stosowania dezynfekcji powierzchni i przedmiotów [5].

Szpital to nie tylko pomieszczenia, ale zaangażowany w walkę z pandemią personel, a przede wszystkim pacjenci, którzy jeszcze przed przyjęciem do szpitala muszą być zidentyfikowani pod kątem ryzyka zakażenia SARS-CoV-2. Służy temu wstępny „triage”, który może być przeprowadzany w pomieszczeniach nieprzynależnych do szpitala, np. namioty, autobusy. Wykorzystujemy tutaj odpowiednio przeprowadzony wywiad epidemiologiczny, który będzie

innym w różnych fazach epidemii. Wykonujemy wstępny pomiar temperatury ciała. Te dwie procedury pozwolą nam zminimalizować ryzyko „wejścia” koronawirusa na teren szpitala, ale niestety całkowicie nie uchronią przed zagrożeniem. Pacjent, u którego podejrzewa się zakażenie wirusem SARS-CoV-2, musi być umieszczony w izolowanym pomieszczeniu, powinien mieć wykonane testy potwierdzające lub wykluczające zachorowanie na COVID-19 celem ustalenia dalszego sposobu postępowania.

Nie wszystko jeszcze wiemy o wirusie, musimy podchodzić do niego z uwagą. Tylko takie nasze postępowanie – stałe szkolenie się, stosowanie odpowiednio przygotowanych procedur, pozwoli nam przygotować szpitale do ewentualnej nowej fali epidemii zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

PIŚMIENNICTWO :

- [1] Główny Inspektorat Sanitarny, <https://gis.gov.pl/aktualnosci/komunikat-dot-aktualnej-sytuacji-epidemiologicznej-covid-19-nr-14-warszawa-21-maja-2020-r-opracowano-na-podstawie-danych-who-ecdc-cdc/>.
- [2] Zalecenia postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2, PTEiLChZ, v. 31-03-2020.
- [3] <https://www.worldometers.info/coronavirus>.
- [4] <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1ierEhD6gcq51HAm433knjnVwey4ZE5DCnu1bW7PR-G3E/edit#gid=0>.
- [5] Agencja Oceny Technologii Medycznych i Weryfikacji, Zalecenia w COVID-19. Polskie zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne oraz organizacyjne w zakresie opieki nad osobami zakażonymi lub narażonymi na zakażenie SARS-CoV-2, wersja 1.1 – 25.04.2020.



Limeryk medyczny

Był pewien chirurg w mieście nad łyną
Swym niezrównanym kunsztem słynął
Sztuka chirurgiczna go pochłaniała
I niejedna wiosna przeleciała
Niejeden Amor go minął
ZT

WYKŁAD PODCZAS KONFERENCJI W RYNIE – LUTY 2020



dr hab. n. med. Lubomir Bodnar

ROLA WSPÓŁCZESNEJ DIAGNOSTYKI MOLEKULARNEJ W OPTYMALIZACJI LECZENIA ONKOLOGICZNEGO

W dobie szybkiego rozwoju technologicznego dokonuje się na naszych oczach niebywały postęp w możliwościach diagnostyki i leczenia onkologicznego. Przez stulecia nasi przodkowie zajmujący się medycyną leczenie opierali tylko na intuicji i swoich zmysłach, na tym, co można było zobaczyć, powąchać, ocenić smakiem, dotknąć. Sytuacja zaczęła się zmieniać zaledwie w ostatnim stuleciu, kiedy to diagnozę i leczenie zaczęto wspierać zdobyczami ówczesnej wiedzy na temat biochemii i procesów komórkowych. Obecnie diagnostyka i leczenie w coraz większym stopniu opierają się na szybko rosnącym wglądzie w procesy molekularne i zmiany zachodzące w naszych genach.

W procesie diagnozowania chorób nowotworowych – poza tradycyjnymi metodami opartymi na badaniu podmiotowym, fizykalnym, testach laboratoryjnych, markerach nowotworowych, badaniach obrazowych – kluczowe jest pobranie materiału tkankowego z guza do oceny histopatologicznej. Obecnie poza oceną mikroskopową, wspartą badaniami immunohistochemicznymi pomagającymi różnicować typy nowotworów, można wykorzystać tkanki nowotworowe do molekularnej oceny charakterystyki guza.

Poszukiwanie minimalnie inwazyjnych metod diagnostyki nowotworów było od dawna głównym celem onkologii. W ostatnich latach dokonano znacznych postępów w możliwościach badania materiału uzyskanego z krwi lub innych płynów ustrojowych. Możliwości takie stwarza biopsja płynna, która pozwala wykrywać krążące komórki nowotworowe (CTC), wolne DNA guza (ctDNA), białka charakterystyczne dla nowotworów, ich metabolity, egzosomy, matrycowe RNA (mRNA) i mikroRNA (miRNA). Dla przykładu analiza molekularna płynnej biopsji z krwi obwodowej jest powszechnie wykorzystywana w diagnostyce niedrobnokomórkowego raka płuca jako metoda alternatywa do oceny tkanki nowotworowej na obecność kluczowych mutacji w tym nowotworze, np. w genie EGFR. Jest szczególnie zalecana w sytuacjach, gdy tradycyjna biopsja guza jest niemożliwa lub

uzyskany tą drogą materiał tkankowy jest zbyt skąpy lub nieadekwatny do badania molekularnego [1]. Biopsja płynna z oceną krążącego DNA guza może służyć do monitorowania odpowiedzi na leczenie. Podstawą analizy DNA w biopsji płynnej jest określenie charakterystycznej mutacji dla konkretnego nowotworu, która może zostać wykryta w materiale z krwi. Dla przykładu w raku surowiczym niskozróżnicowanym jajnika u ok. 99% pacjentek stwierdza się mutację genu TP 53. Dzięki temu podejmuje się próby kliniczne, aby podczas terapii analizować wielkość zmian nowotworowych na podstawie oceny ilościowej krążącego DNA zawierającego określoną mutację we krwi obwodowej w materiale z płynnej biopsji. Analiza krążącego DNA guza jest zabiegiem minimalnie inwazyjnym i może być pomocną metodą jako potencjalny biomarker diagnostyczny, prognostyczny i predykcyjny dla terapii celowanej [2].

Spersonalizowana onkologia jest nastawiona na: wyszukiwanie sposobów na poprawę rokowania, identyfikowanie pacjentów wymagających dalszego leczenia, stosowanie bardziej efektywnych możliwości terapeutycznych u indywidualnego pacjenta. Obecnie w tym celu prowadzi się badania w zakresie profilowania pacjentów poprzez techniki oparte na farmakogenomice oraz szerokim zakresie innych „-omik”, które mogą poprawić wyniki naszego

leczenia. Dla przykładu nutrigenomika pozwala optymalizować wybór najlepszej diety; toksykogenomika umożliwia przewidywanie toksyczności leczenia; proteomika (poprzez analizę wielu białek) czy też metabolomika (poprzez analizę wielu metabolitów) mogą pomagać w doborze spersonalizowanej terapii. Jednak każdy nowotwór jest inny i każdy pacjent się różni, dlatego profilowanie molekularne guza u indywidualnego pacjenta wydaje się przyszłością onkologii. Obecnie stało się to bardziej możliwe poprzez wprowadzenie nowoczesnych metod analizy wielu zaburzeń molekularnych w szybki i dość efektywny, jeśli chodzi o koszty, sposób. Metoda sekwencjonowania nowej generacji (NGS) polega na masowym, równoległym sekwencjonowaniu dużych fragmentów DNA. Obecnie NGS używany jest m.in. do sekwencjonowania całego genomu (WGS), wybranych regionów genomu (sekwencjonowanie ukierunkowane), całego egzomu (WES) czy też transkryptomów.

Powstaje zatem pytanie, jak te nowoczesne metody oceny molekularnej guza przekładają się na realne życie. Na początku obecnego wieku dzięki wprowadzeniu przełomowej techniki mikromacierzowej oceny DNA udało się poznać ekspresję genów biorących udział w onkogenezie raka piersi. Wyróżniono na tej podstawie cztery główne biologiczne podtypy raka piersi różniące się istotnie przebiegiem klinicznym. W pierwszym okresie po uzyskaniu tej wiedzy nie było możliwe zastosowanie jej w codziennej praktyce, ponieważ były to metody zbyt skomplikowane i drogie. Jednak w dość szybkim czasie udało się z dużą precyzją przenieść te skomplikowane metody molekularne na proste metody immunohistochemiczne obecne w każdym zakładzie patomorfologii. Obecnie za pomocą czterech testów immunohistochemicznych na obecność w komórkach raka piersi ekspresji receptorów estrogenowych, progesteronowych, HER2 oraz indeksu proliferacji Ki67 otrzymujemy informację o podtypie biologicznym tego nowotworu. To pozwoliło na przeniesienie wiedzy o skomplikowanych zaburzeniach molekularnych obserwowanych w raku piersi na codzienną praktykę i poprawę doboru leczenia poszczególnych pacjentów z określonym podtypem raka piersi, które może się zdecydowanie różnić między sobą. Nierzadko dzięki tej wiedzy udaje się uniknąć chemioterapii i stosuje jedynie hormonoterapię, która jest metodą znacznie lepiej tolerowaną, a jednocześnie u chorych z podtypem luminalnym A znacznie skuteczniejszą niż terapia klasycznymi cytostatykami [3].

Najwięcej problemów sprawia obecnie wybór leczenia w podtypie luminalnym B raka piersi, w którym można zastosować wyłącznie hormonoterapię lub połączyć ją z chemioterapią. Zwykle jednak analizuje się korzyści płynące z zastosowania cytostatyków, ponieważ są obciążone wysoką toksycznością i należy mieć pewność co do celowości ich stosowania. W tym obszarze pomocne mogą być panele molekularne badające ekspresję kilkudziesięciu

genów najbardziej istotnych dla rokowania w raku piersi, jak np. Onotype DX, Mammaprint, PAM50. Obecnie wytyczne towarzystw onkologicznych zalecają w przypadku tego podtypu raka piersi kilka paneli molekularnych do oceny korzyści płynących z chemioterapii przed podjęciem decyzji o jej zastosowaniu. W Polsce jednak te metody nie są jeszcze refundowane i dostępne dla każdego pacjenta chorującego na raka piersi.

Istotny przełom dokonał się w zakresie leczenia raka jelita grubego za pomocą przeciwciał anty-EGFR. Przed laty, kiedy nie znano mechanizmów decydujących o skuteczności tej grupy leków, stosowane były w całej populacji pacjentów z tym nowotworem. Obserwowana wówczas skuteczność leczenia była niska, a jedynie generowano niepotrzebnie toksyczności. Na leczenie odpowiadało ok. 10% pacjentów. Dzięki badaniom molekularnym udało się ustalić, u kogo ta terapia może być aktywna, a kto ma zerową szansę na odpowiedź na leczenie. Okazało się, że za oporność na przeciwciała anty-EGFR odpowiedzialne są mutacje w genach szlaku RAS/RAF/MAPK warunkujących przewodzenie sygnału do proliferacji komórek. Obecnie przed rozpoczęciem leczenia chorych na raka jelita grubego z przerzutami należy ocenić obecność mutacji warunkujących oporność na przeciwciała anty-EGFR w genach KRAS, NRAS i BRAF. Dopiero wtedy można zaplanować strategię leczenia pacjentów z rakiem jelita grubego, ponieważ warto poszukiwać grupy ok. 40% chorych, dla których nowoczesna terapia celowana może być skuteczniejsza niż dotychczas stosowana klasyczna chemioterapia [4].

W leczeniu niedrobnokomórkowego raka płuc (NDRP) dokonał się ogromny postęp dzięki głębszemu poznaniu biologii tego nowotworu. Nasza wiedza i podejście do leczenia raka płuc uległy całkowitej zmianie w ciągu ostatnich kilku lat. Obecnie nie rozpoczyna się leczenia chorego na zaawansowaną postać tego nowotworu bez wykonania analiz kilku ważnych kierunkowych mutacji NDRP. Przed pierwszorazowym leczeniem chorych na NDRP wymagane jest oznaczenie statusu molekularnych biomarkerów: EGFR, ALK, ROS, BRAF oraz ekspresji białka PD-L1. Obecne rekomendacje Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (ESMO) zalecają stosowanie 16 nowych leków celowanych u chorych na NDRP ze stwierdzonymi zaburzeniami molekularnymi, dla których te nowoczesne leki mogą być znacznie skuteczniejsze niż klasyczna chemioterapia. Dzięki wprowadzeniu tych nowych preparatów w wybranych grupach chorych na zaawansowaną postać NDRP z istniejącym podłożem molekularnym mediana przeżycia całkowitego sięga czterech–pięciu lat. Ponadto warto podkreślić, że postęp technologiczny jest tak duży, że podczas leczenia tych pacjentów wprowadza się do terapii kolejne nowe leki, które przełamują nabytą wtórną oporność na dotychczasowe leki celowane, które mogą być znowu efektywne u chorych [5].

Kolejny ogromny postęp dokonął się w leczeniu pacjentów z nowotworami, które rozwijają się na podłożu mutacji w genach BRCA1/2. Obecnie testowanie molekularne na nosicielstwo tych mutacji germinalnych oraz ocena mutacji somatycznych (w tkance guza) stały się standardem postępowania w niektórych nowotworach. U chorych z niesprawnymi genami BRCA1/2 leki ukierunkowane molekularnie, takie jak inhibitory PARP (olaparib, niraparib, rucaparib, talazoparib), w przebiegu raka jajnika, piersi, trzustki, prostaty zmieniły nasze podejście do terapii tych nowotworów. Leki te mogą być stosowane jako samodzielna metoda leczenia, a także w skojarzeniu z chemioterapią lub jako terapia podtrzymująca po głównym leczeniu cytostatykami [6].

Ogromny postęp stwierdzono w leczeniu czerniaka złośliwego. Przez wiele lat nie udawało się wdrożyć terapii skuteczniejszych niż klasyczne cytostatyki, które były skuteczne jedynie u ok. 10% pacjentów. Badając biologię czerniaka złośliwego, udało się zidentyfikować mutację w genie BRAF V600E, która jest kluczowym zaburzeniem molekularnym w czerniaku złośliwym. Obecnie w leczeniu chorych na czerniaka złośliwego stosujemy podwójną blokadę. Ponieważ kiedy stosowaliśmy tylko inhibitory BRAF, w szlaku MAPK pojawiło się zaburzenie, które dawało stały sygnał do proliferacji komórek. Stosując podwójną blokadę ze skojarzeniem inhibitorów BRAF i MEK, uzyskano znacznie lepszą skuteczność leczenia czerniaka złośliwego.

Na naszych oczach dokonuje się przełom w zakresie immunoterapii wielu nowotworów. Obecne nowe strategie terapeutyczne pozwalają osłabiać punkty kontrolne odpowiedzi immunologicznej i są wprowadzane do leczenia wielu nowotworów. Przeciwciała anti-CTLA-4, blokując wiązanie białka CTLA-4 z cząsteczkami kostymulującymi B7-1 lub B7-2 na komórkach prezentujących antygen w węzłach chłonnych, znoszą jeden z mechanizmów tolerancji immunologicznej oraz hamują negatywną regulację procesu aktywacji limfocytów. To z kolei prowadzi do nasilonej aktywacji limfocytów cytotoksycznych oraz zniesienia kontroli sprawowanej przez limfocyty supresorowe. Konsekwencją tego może być powstanie skutecznej odpowiedzi immunologicznej niszczącej komórki nowotworowe.

Innym mechanizmem tolerancji immunologicznej zabezpieczającym przed atakiem na własne tkanki jest ekspresja cząsteczek PD-1 na powierzchniach limfocytów T. Aktywność limfocytów wobec własnych tkanek jest hamowana przez wiązanie się cząsteczek PD-1 z ich ligandami (PD-L1) obecnymi z kolei na powierzchni własnych komórek organizmu. Ekspresję ligandów PD-L1 wykryto również na powierzchniach komórek nowotworowych, co zapobiega zniszczeniu ich przez limfocyty T. Z kolei nowe leki ukierunkowane molekularnie, takie jak: inhibitory PD-1, przeciwciała anti-PD-1 i anti-PD-L1, blokują reakcję

immunologiczną poprzez hamowanie łączenia się PD-1 ze swoistymi ligandami PD-L1 i PD-L2. Blokują to aktywację komórek T, specyficznych dla antygenów, w mikrośrodkowisku guza [7].

Obecnie poszukuje się biomarkerów związanych z odpowiedzią immunologiczną, które mogłyby pomóc w znalezieniu czynników prognostycznych i predykcyjnych dla immunoterapii. Kiedy obserwuje się wskaźniki odpowiedzi inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych według statusu PD-L1, nie stwierdza się w wielu nowotworach korelacji. Może to być zależne od rodzaju testu wykorzystywanego do oceny ekspresji tego białka, typu nowotworu, albo też wynikać z faktu, że jest o wiele więcej czynników wpływających na odpowiedź immunologiczną nowotworów.

Strategia terapii ukierunkowanych molekularnie opiera się na profilowaniu molekularnym i poszukiwaniu optymalnego leczenia dla indywidualnego pacjenta. Jedynie poznając biologię nowotworów, można poprawić wyniki leczenia w onkologii i tworzyć nowe cząsteczki aktywne w nowotworach.

PIŚMIENNICTWO:

- [1] Rijavec E, Coco S, Genova C, et al (2019), Liquid Biopsy in Non-Small Cell Lung Cancer: Highlights and Challenges. *Cancers* 12. <https://doi.org/10.3390/cancers12010017>.
- [2] Parkinson CA, Gale D, Piskorz AM, et al (2016), Exploratory Analysis of TP53 Mutations in Circulating Tumour DNA as Biomarkers of Treatment Response for Patients with Relapsed High-Grade Serous Ovarian Carcinoma: A Retrospective Study. *PLoS Med* 13:e1002198. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002198>.
- [3] Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, et al (2019), Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol* 30:1194–1220. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz173>.
- [4] Van Cutsem E, Cervantes A, Adam R, et al (2016), ESMO consensus guidelines for the management of patients with metastatic colorectal cancer. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol* 27:1386–1422. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw235>.
- [5] Planchard D, Popat S, Kerr K, et al (2018), Metastatic non-small cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol* 29:iv192–iv237. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy275>.
- [6] Singh N, Pay SL, Bhandare SB, et al (2020), Therapeutic Strategies and Biomarkers to Modulate PARP Activity for Targeted Cancer Therapy. *Cancers* 12. <https://doi.org/10.3390/cancers12040972>.
- [7] Hamaishi J, Mandai M, Konishi I (2016), Immune checkpoint inhibition in ovarian cancer. *Int Immunol* 28:339–348. <https://doi.org/10.1093/intimm/dxw020>.

ONKOLOG Z DUSZĄ PODRÓŻNIKA

Z profesorem **Lubomirem Bodnarem**
rozmawia Anna Osowska

A.O.: Pana wykład podczas konferencji w Rynie wzbudził ogromną ciekawość. Jest Pan absolwentem Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, Pana dorobek naukowy wiąże się z Warszawą.

L.B.: Bardzo dziękuję organizatorom konferencji za możliwość podzielenia się informacjami na temat nowych możliwości diagnostycznych i terapeutycznych w onkologii. W ciągu ostatnich lat obserwuje się dynamiczny rozwój w zakresie poznawania biologii nowotworów, a to skutkuje pojawianiem się przełomowych odkryć, które dają początek nowym terapiom.

A.O.: Ujął mnie Pan otwartością, zainteresowaniem regionem. Co udało się Panu zwiedzić podczas krótkiej przerwy od naukowej dysputy?

L.B.: Krótka przerwa w trakcie obrad jest dla mnie często okazją do poznawania historii i atrakcji regionów, które odwiedzam. Mazury zawsze mnie fascynowały swoją tradycją, zabytkami, a zwłaszcza jeziorami. W trakcie przerwy podczas obrad udało mi się odwiedzić Muzeum Mazurskie w Owczarni koło Kętrzyna. Jest to małe, ale bardzo ciekawe muzeum, do którego dojeżdża się szutrową polną drogą. Prezentuje historię i wyposażenie wnętrz typowych mazurskich gospodarstw z lat 1815–1945. Ujęły mnie szczególnie możliwości technologiczne, które wówczas już funkcjonowały w tutejszych domach Prus Wschodnich, a ich wygląd wskazuje na to, że były pierwowzorami obecnie działających urządzeń w naszych domach. Urzekła mnie opowieść przewodnika, dla którego mówienie o historii tego regionu, jego zawiłościach i uwarunkowaniach geopolitycznych stanowiło pasję, to się czuło i z przyjemnością się tego słuchało.



A.O.: Olsztyn stał się już Pana miastem czy wciąż czuje się Pan tu gościem?

L.B.: Po roku pracy w Olsztynie poznałem trochę miasto, jego okolice, ale czy się już zdomowilem? Jeszcze za wcześnie, abym mógł tak o sobie powiedzieć. Ująłbym raczej to jako kolejny etap w mojej drodze przez świat. Bliższa stała mi się fabuła *Biegunów* Olgi Tokarczuk, która przedstawia życie jako jedną wielką podróż.

A.O.: Jak ocenia Pan możliwości, jakie stwarza stolica Warmii dzięki wyjątkowemu położeniu na mapie turystycznej Polski, a jakie pod względem odległości od dużych ośrodków klinicznych?

L.B.: Olsztyn posiada i stwarza duże możliwości rozwoju. W obecnej dobie szybkiego przesyłania danych, wymiany myśli przez Internet, nawiązywania współpracy na odległość coraz mniej staje się ważna wielkość ośrodka akademickiego. Cenniejsze stają się wizja rozwoju, dobra organizacja, szybkość podejmowania decyzji i chęć współpracy z innymi naukowcami. Właśnie Olsztyn dzięki swojej skomplikowanej historii, z dużą liczbą napływowych ludzi nauki posiadających liczne kontakty w Polsce i na świecie może stać się miejscem dynamiczniej rozwijającym się niż duże, skostniałe ośrodki kliniczne z przestarzałymi zasadami i wewnętrznymi zależnościami.

A.O.: Co spowodowało, że wybrał Pan tak wymagającą dziedzinę medycyny?

L.B.: Onkologia jest najdynamiczniej rozwijającą się dziedziną medycyny. Obserwując tę specjalizację na przestrzeni ostatnich 20 lat, stwierdzam, że w mojej dziedzinie co roku odkrywa się i wprowadza kilka nowych leków przeciwnowotworowych wraz z tysiącami nowych odkryć w zakresie biologii nowotworów. Na tle innych dziedzin medycyny postęp ten jest wyraźnie większy, co może wynikać z dużego oczekiwania poprawy wyników leczenia ze strony naszych pacjentów.

A.O.: Praca onkologa wymaga wyjątkowych predyspozycji. Czy ma Pan konkretną receptę dla adeptów tej dziedziny, jak się nie wypalić, jak nie zabierać do domu problemów pacjentów?

L.B.: Onkologia jest dziedziną, która wymaga wyjątkowej empatii od lekarzy. Przekazywanie trudnych informacji o poważnym rokowaniu, o możliwościach niełatwego leczenia jest zadaniem ciężkim i mocno obciążającym psychicznie. Stąd wymagania stawiane przed lekarzami naszej specjalności są wysokie, aby umieć prowadzić trudne rozmowy o życiu i nierzadko o umieraniu. To może odstraszać ludzi oczekujących od medycyny łatwej, nieskomplikowanej i dobrze płatnej pracy.

Jednak możliwość uczestniczenia w ogromnym postępie medycyny dokonującym się na naszych oczach jest wynagrodzeniem naszej pracy. Porównując dzisiejsze możliwości z tymi sprzed kilku lat, widać wyraźnie, że ten postęp dokonuje się w każdym miesiącu i w leczeniu każdego nowotworu.

Receptą na to, aby nie wypalić się przedwcześnie w pracy onkologa, jest stały rozwój naukowy oparty na badaniach własnych. Obserwując wyniki leczenia naszych pacjentów, warto sobie zadawać jak najczęściej pytania o to, dlaczego poszczególni pacjenci odpowiadali lepiej lub gorzej na terapię, mieli różną tolerancję leczenia. Te pomysły ujęte w prospektywne badania kliniczne mogą oderwać nasze myśli od szarej rzeczywistości, przepracowania i dać poczucie uczestniczenia w czymś wspaniałym, wielkim, tzn. dokładania się do dorobku ogólnoswiatowego w poszukiwaniu personalizacji medycyny.

A.O.: Jak Pan odpoczywa? Czy ma Pan patent na szybką regenerację, gdy dzień trudny, a harmonogram pęka w szwach?

L.B.: Lubię aktywny wypoczynek. Zawsze interesowałem się sportem. Obecnie uprawiam jogging w takich sytuacjach, co pozwala mi się szybciej zregenerować oraz prze-myśleć pewne rzeczy w trakcie biegu. Mój umysł się wówczas wyostreza i pojawiają się rozwiązania trudnych spraw, których wcześniej nie dostrzegałem.

A.O.: A dłuższe „ucieczki” od codzienności?

L.B.: Moim hobby są podróże. Przed erą COVID udawało mi się w ciągu roku wyjeżdżać i zwiedzać ciekawe miejsca. Obecnie jest trudniej przemieszczać się, więc czas można spędzać na marzeniach o przyszłych podróżach.

AO: Czyta Pan Olę Tokarczuk. Pozwoli Pan, że do niej nawiążę i zapytam o Pana pasję. Gdyby tak zagubiła się Pana dusza, w jakiej dziedzinie poza medycyną należałoby jej szukać?

L.B.: W miastach, które odwiedzam, często zwiedzam tamtejsze galerie ze sztuką nowoczesną. Lubię podziwiać wytwory ludzkiej fantazji oraz przełamywanie barier, które artyści dokonują w obecnej dobie. Jest to fascynujące, często szokujące, wręcz dogłębnie wstrząsające. Być może, gdyby nie medycyna pochłonięła moją duszę, wówczas zagubiłaby się w obszarach związanych ze sztuką nowoczesną...

A.O.: Dziękuję za rozmowę, Panie Profesorze. Pozdrawiam, życząc udanego urlopu w „covidowej” dobie.

FELIETON

RADIO GADA

Jadąc ostatnio samochodem do Warszawy, ze względu na fatalną pogodę postanowiłem posłuchać drogowych komunikatów w I Programie Polskiego Radia. Staram się nie słuchać mediów rządowych, ale tym razem nie pożałowałem. Natrafiłem na wywiad z jakimś profesorem ekonomii, który przez dobre 15 minut przekonywał, że nasz piękny kraj ma najszybciej rozwijającą się gospodarkę nie tylko w Europie, lecz także na świecie. Zdumienie szybko przerodziło się w zrozumiałą dumę. Mój nieco już sklerotyczny mózg zaakceptował ochoczo tę wspaniałą wiadomość. A więc niedługo przegonimy pogrążone w recesji gospodarczej Niemcy czy Japonię. Przed moimi oczami ukazała się wizja kraju płynącego mlekiem i miodem, w którym znikną trudności finansowe, wszyscy obywatele będą żyli w dobrobycie i w końcu rozwiązane będą problemy służby zdrowia.

Euforia nie trwała jednak długo. Jakoś obraz ten kłócił się z naszą rzeczywistością. Coś tu nie pasowało. Może zapracowany w szpitalnym młynie, odzyskując przytomność między kolejnymi dyżurami, nie dostrzegłem tego niezwykłego rozwoju, może nie przyszedł jeszcze czas na korzystanie z tych wspaniałych osiągnięć?

W końcu do głosu doszła zanikająca część mózgu odpowiedzialna za zwątpienie i krytykę odbieranych informacji. Po powrocie do domu i wygaszeniu emocji postanowiłem sprawdzić, jak się rzeczy mają. Od czego jest przecież Internet? Z niepokojem włączyłem Google.

Pierwsze wiadomości nie były dobre. Bank Światowy prognozuje znaczne spowolnienie gospodarcze w takich krajach jak Chiny i Stany Zjednoczone. A więc dobrze, szybciej je wyprzedzimy. Niestety to spowolnienie dotknie także Unię Europejską. Może więc warto Unię opuścić lub spowodować, że nas z niej wyrzucą?

Mój optymizm powoli malał. Okazuje się, że niedługo pod względem PKB mamy szansę wyprzedzić Chile i Seszele. Tym samym przesuniemy się z miejsca 61 na 54 w świecie. Nadal jednak utrzymamy dystans w stosunku do sympatycznych Czechów. Ale za to już za chwilę będziemy bogatsi niż Portugalia.



A więc jednak nie jest za dobrze. Ciekawe, co na to z wdziękiem perorujący profesor? Może ma inne dane? Może te jego własne badania nie pokrywają się z zakłamanymi danymi, które publikują wrogie Polsce instytucje? Skądinąd znam równie sympatycznego profesora ekonomii, który nie podziela tego optymizmu.

Czas powiedzieć prawdę. Opłacane z naszych pieniędzy publiczne media starają się zrobić nam wodę z mózgu. Kreowanie świetlanej przyszłości jest po prostu szkodliwe i prowadzi do opłakanych skutków. Nie tylko nie pokrywa się z rzeczywistością odbieraną przez nasze zmysły, lecz także – co gorsze – stwarza świat wirtualny, w który duża część społeczeństwa wydaje się wierzyć. Przebudzenie i odkrycie prawdy będzie bardzo bolesne. Namiastkę tego przeżyłem sam po wystuchaniu pseudonaukowego wykładu człowieka z tytułem profesorskim w opłacanej z naszych kieszeni rozgłośni. Jak się przed tym bronić? Na szczęście jeszcze możemy korzystać z sieci, nie zawsze wiarygodnej, ale niepodlegającej cenzurze. Korzystajmy, dopóki można!

dr n. med. Roman Łesiów

NIE ZANIEDBUJMY SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

Rozmowa z dr. n. med. **Pawłem Grzesiowskim**, immunologiem, wykładowcą Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP, prezesem Fundacji „Instytut Profilaktyki Zakażeń”



– **Chociaż w połowie kwietnia Ministerstwo Zdrowia zaleciło wznowienie szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych u dzieci, wydaje się, że wielu rodziców nadal nie wie, co robić. Niektórzy nie decydują się na zaszczepienie dziecka – i nie chodzi tu bynajmniej o postawę antyszczepionkową, ale raczej wątpliwości i obawy. Z kolei ci, którzy zawsze przestrzegali terminów szczepień, niepokoją się, czy opóźnienia w realizacji programu szczepień, wynikające z czasowej rekomendacji Ministerstwa Zdrowia, nie wpłyną negatywnie na zdrowie dziecka...**

– Jeśli chodzi o opóźnienia w realizacji programu szczepień, to większość z tych szczepień można wykonać nawet z kilkutygodniowym opóźnieniem – bez obawy, że może dojść do jakichkolwiek niekorzystnych skutków. To, w jaki sposób są kontynuowane szczepienia po okresie ich wstrzymania, zależy od wielu czynników, przede wszystkim od tego, na jakim etapie kalendarza szczepień przerwane były szczepienia i w jakim wieku jest dziecko. Nie może być jednak sytuacji, gdy kontynuacja nie nastąpi. To szczepienia stanowią przecież bezpieczną drogę do zdrowia jednostki i populacji.

– **Kto, jakie grupy społeczne powinny być jak najszybciej zaszczepione po okresie chwilowego zawieszenia immunizacji?**

– To przede wszystkim dzieci do 24. miesiąca życia, kobiety w ciąży i osoby obciążone chorobami przewlekłymi, niezależnie od wieku. W przypadku dzieci dotyczy to głównie szczepień obowiązkowych, ale byłoby idealnie, gdyby rodzice pamiętali również o szcze-

pieniach zalecanych. Szczepienia przeciwko rotawirusom czy meningokokom powinny być, o co zabiegamy od lat, włączone do kalendarza szczepień obowiązkowych. Infekcję rotawirusową przechodzi prawie każde dziecko do trzeciego–czwartego roku życia. Rocznie w naszym kraju mamy około pół miliona zachorowań na biegunkę rotawirusową u dzieci do piątego roku życia. Spośród nich około 10% wymaga hospitalizacji. Dziś już wiadomo, że po infekcji rotawirusowej może dojść do odległych powikłań, np. u dziecka może rozwinąć się cukrzyca typu 1.

Bardzo niebezpiecznie może przebiegać zakażenie meningokokami, czyli dwoinkami zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Na skutek tego zakażenia może dojść do inwazyjnej choroby meningokokowej, a to już zagrożenie życia. To tak, jakby do krwi wlać wyjątkowo toksyczną truciznę. W wyniku inwazyjnej choroby meningokokowej błyskawicznie może rozwinąć się sepsa meningokokowa. Infekcja meningokokowa jest szczególnie niebezpieczna dla małych dzieci, ale do grup ryzyka należą wszyscy, którzy przebywają w dużych skupiskach. Wyizolowano ponad 12 grup serologicznych meningokoków, w Polsce najczęściej występują typy B i C, należące do najgroźniejszych, dlatego tak ważne jest stosowanie szczepionek przeciwko meningokokom.

– **Mamy zatem obecnie taką sytuację, w której z jednej strony rodzice obawiają się zabierać do przychodni dzieci na szczepienia, z drugiej zaś chcieliby jak najszybciej nadrobić zaległe szczepienia czy wykonać nowe, wynikające z kalendarza, gdyż obawiają się konsekwencji opóźnienia...**

– Tych konsekwencji da się uniknąć, jeśli, o czym już mówiłem, schemat szczepień zostanie indywidualnie dopasowany. A jeśli chodzi o bezpieczeństwo szczepień, to wszystko zostało dokładnie opisane w zaleceniach Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektora Sanitarnego. Te zalecenia określają, w jaki sposób powinny być wykonywane szczepienia, aby zachowane zostały najwyższe środki ochrony – tak dziecka i jego opiekuna, jak i personelu medycznego. W gabinetach na bieżąco są prowadzone czynności dezynfekcyjne. Najlepiej najpierw skontaktować się z placówką telefonicznie, nie tylko w celu ustalenia terminu szczepienia, ale i dla przeprowadzenia wstępnego wywiadu dotyczącego stanu zdrowia dziecka. Taka rozmowa powinna się odbyć jak najbliżej planowanego terminu wizyty.

– Jak praktycznie powinna wyglądać wizyta szczepienna w nowych warunkach?

– Szczepienia mają się odbywać w wydzielonych pomieszczeniach, w których nie mogą być przyjmowane osoby chore, z objawami infekcji. Dzieci są umawiane indywidualnie, na konkretną godzinę, i przychodzą optymalnie z jednym opiekunem, aby w poczekalni przebywało jak najmniej osób. Oczywiście, opiekun musi być zdrowy, co deklaruje wcześniej w wywiadzie telefonicznym. W takim wywiadzie powinna się ponadto znaleźć informacja o stanie zdrowia pozostałych domowników. Jeśli w domu przebywa osoba z infekcją dróg oddechowych, objęta kwarantanną lub poddana izolacji w warunkach domowych, szczepienie należy odroczyć.

– Zapewne w czasie pandemii bezpieczniej byłoby podać kilka szczepionek jednorazowo, co ograniczyłoby liczbę wizyt w przychodni. Tylko czy skumulowanie większej liczby szczepionek w jednej nie zaszkodziłoby dziecku? O to również dość często pytają rodzice...

– Tak zwane szczepionki skojarzone nie są niczym nowym. Badania naukowe pokazują, że organizm małego dziecka doskonale radzi sobie z odpowiedzią na większą liczbę antygenów podawanych jednocześnie. Nie ma więc żadnych podstaw do obaw, że organizm małego dziecka nie poradzi sobie z kilkoma szczepionkami podanymi równocześnie. Ostateczną decyzję podejmuje lekarz w porozumieniu z rodzicami po ocenie stanu dziecka oraz analizie kalendarza szczepień.

– Wspomniał Pan niedawno, że nadchodzące miesiące to najlepszy okres na szczepienia ochronne. Dlaczego?



– Przede wszystkim teraz dzieci są zdrowe, nie chodziły do żłobków i przedszkoli, nadal mają ograniczone kontakty w grupach. Za dwa miesiące czeka nas kolejny okres jesienno-zimowy, kiedy to zwykle pojawiają się infekcje układu oddechowego i grypa, a także zakażenia koronawirusem. Zapewne dzieci pójść do żłobków, przedszkoli, szkół, gdzie łatwo o zakażenia wieloma wirusami i bakteriami otoczkowymi (pneumokoki, meningokoki). Dlatego o zabezpieczeniu się przed nimi należy pomyśleć już teraz. Szczepionki dają tę szansę.

– Mówiąc o szczepieniach, mamy na myśli głównie dzieci. Ale dorośli też ich potrzebują...

– Jak najbardziej, zwłaszcza z grup podwyższonego ryzyka, a więc osoby chore na choroby przewlekłe, takie jak schorzenia płuc, układu krążenia, cukrzycę, nowotwory, niewydolność nerek, zaburzenia odporności, osoby po 65. roku życia. To przede wszystkim oni powinni zaszczepić się przeciwko grypie, pneumokokom, krztuścowi. Szczepienia przeciwko krztuścowi rekomenduje się też kobietom w ciąży.

– To, że szczepienia chronią przed groźnymi, często śmiertelnymi chorobami, że są o wiele tańsze niż leczenie powikłań chorób zakaźnych, wydaje się oczywiste. A jednak ruchy antyszczepionkowców trzymają się nieźle. Z czego to wynika?

– W ostatnich latach wpływ antyszczepionkowców znacznie osłabł w Polsce, wzrosła akceptacja społeczna szczepień, kalendarz szczepień wzbogacił się o szczepienia przeciw pneumokokom, liczba nieszczepionych dzieci spada. Ale zaufanie do szczepień buduje się przez dziesięciolecia, więc trzeba ciągle edukować, choć wydaje się, że nikogo nie trzeba przekonywać, iż szczepienia są najtańszym sposobem na uniknięcie śmierci z powodu choroby zakaźnej. Mimo to zawsze będzie grupa takich osób, które podają tę oczywistą prawdę w wątpliwość.

– **Ale przecież co roku odbywają się rozmaite akcje, kampanie edukacyjne o bardzo nośnych hasłach, np. „Zaszczep w sobie chęć szczepienia”, „Zaszczep się wiedzą” czy – już konkretniej – „Wyprzedź meningokoki”...**

– Antyszczepionkowe poglądy nie poddają się logicznej argumentacji, na szczęście zdeklarowanych antyszczepionkowców jest niewielu, znacznie większa grupa to osoby zagubione, niepewne, poszukujące odpowiedzi na pytania o efekty i bezpieczeństwo szczepień. Dlatego konieczna jest kompetentna, szeroka komunikacja na temat roli szczepień dla zdrowia publicznego.

– **I jeszcze pytanie, którego nie sposób nie zadać, mówiąc o szczepionkach. Kiedy możemy się spodziewać skutecznej, bezpiecznej szczepionki przeciwko Covid-19?**



– Sądzę, że jeszcze sporo czasu upłynie, zanim będziemy mogli się nią cieszyć. Nie wystarczy ją „opracować” i przeprowadzić testy sprawdzające, czy jest bezpieczna i skuteczna, należy potem wyprodukować ogromną liczbę dawek. Szczepionka to pewnego rodzaju Święty Graal. Marzy o niej każdy naukowiec, każdy rząd, każdy chciałby ją mieć, ale to nie jest proste. Owszem, można skrócić pewne procedury, ale tylko te urzędowe, natomiast badania, testy nad nową szczepionką muszą się odbywać zgodnie z przyjętymi zasadami, bo nikt nie dopuści do użycia niedokończonego produktu. W tej chwili nad szczepionką pracuje ponad 100 zespołów badawczych z różnych placówek naukowych, jedne są bardziej, inne mniej zaawansowane. Myślenie, że szczepionka będzie dostępna już jesienią, jak przewidywali niektórzy, jest oznaką braku realizmu. Najwcześniej oczekujemy szczepionki wiosną 2021 roku. Problemem jest także i to, kto tę szczepionkę dostanie, jaka będzie jej cena. Może się okazać, że jest to produkt dostępny w bardzo ograniczonym zakresie.

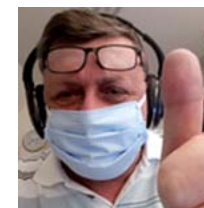
– **A jak ocenia Pan teraz sytuację epidemiologiczną na świecie i w Polsce wynikającą z zakażeń wirusem Sars-CoV-2?**

– Pandemia nie wygaśa, z całą pewnością świat będzie miał jeszcze wiele problemów z koronawirusem, bo wciąż jest on groźny i w każdym momencie może wrócić ze zdwojoną siłą. Jesteśmy dopiero na pierwszym okrążeniu tego wyścigu i musimy cały czas o tym pamiętać. Należy bacznie śledzić doniesienia z innych krajów, pamiętając, że to, co słyszymy w mediach, może być zaledwie ułamkiem tego, co dzieje się naprawdę. Na podstawie badań serologicznych wiemy, że liczba zachorowań jest dużo wyższa niż oficjalnie podawana. Bardzo wcześnie ogłosiliśmy lockdown, dzięki temu przenoszenie wirusa praktycznie ustało, dlatego teraz mamy epidemię pełzającą, z lokalnymi ogniskami, i naprawdę trudno przewidzieć, jak się dalej potoczy sytuacja.



Wywiad prasowy autoryzowany, przygotowany przez Stowarzyszenie „Dziennikarze dla Zdrowia” w związku z warsztatami on-line „Quo vadis medicina? XXIII edycja – Jak szczepić w dobie pandemii koronawirusa?”, lipiec 2020.

Materiał przekazał dr Marek Stankiewicz.



KRONIKA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



Zbigniew Gugnowski

Kronika Okręgowej Rady Lekarskiej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie z dnia 17 czerwca 2020 r.

Obradom przewodniczyła prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Anna Lella. Na wstępie sprawozdała z działalności Prezydium ORL w minionym okresie od 6 maja do 16 czerwca br. Poinformowała, że wojewoda warmińsko-mazurski odpowiedział na apel Okręgowej Rady Lekarskiej o podjęcie działań w celu zmiany zapisów rozporządzenia ministra zdrowia z 28 kwietnia br. w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom przez lekarzy podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Lekarze stomatolodzy zwrócili się do Izby Lekarskiej z prośbą o wsparcie działań w kwestii renegotjowania warunków umów zawartych z NFZ, które uwzględnią postulaty o wzrost ceny za punkt oraz dodatkowe koszty ponoszone przez stomatologów w związku z pandemią COVID-19. Przygotowano i rozpowszechniono w środowisku wzór wniosku do NFZ o renegotjowanie warunków umów, które będą uwzględniały aktualnie ponoszone przez nich koszty. Sekretarz Leszek Dudziński spotkał się z dyrektorem oddziału NFZ. Omówiono tematy rozliczeń świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i stomatologii za okres trwania epidemii. Skierowano pisma do prezydenta Olsztyna, dyrektora oddziału NFZ oraz wojewody warmińsko-mazurskiego, w których zwrócono uwagę na dramatyczną sytuację, w jakiej znalazły się gabinety stomatologiczne sprawujące opiekę stomatologiczno-profilaktyczną nad uczniami szkół. Rozesłano do członków Izby wzór wniosku do ministra zdrowia o wydanie z Agencji Rezerw Materiałowych środków ochrony indywidualnej zapobiegających zakażeniu wirusem SARS-CoV-2. Propagowano w środowisku stanowisko Sekcji Prawa Medycznego i Farmaceutycznego Okręgowej Rady Adwokackiej w Warszawie w sprawie prawa osób wykonujących zawody medyczne do powstrzymania się od obowiązku świadczenia pracy w sytuacji, gdy pracodawca nie zapewni odpowied-

nich środków ochrony osobistej w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2. Prezes Anna Lella poinformowała, że wartość darowizny przyznanej Warmińsko-Mazurskiej Izbie Lekarskiej wyniosła 400 tys. zł (2% z 20 mln zł). Dotychczas wydano pakiety 1135 osobom, w tym lekarzom – 726 (64%), lekarzom dentystom – 409 (36%); pakiety podstawowe – 354 osobom (31%); pakiety zabiegowe – 781 osobom (69%). Ministerstwo Zdrowia wypowiedziało się w sprawie zaliczania stażu podyplomowego w czasie pandemii. Jest to odpowiedź na stanowisko Prezydium NRL z 20 marca 2020 r. w sprawie zasad zaliczenia stażu podyplomowego po ogłoszeniu stanu zagrożenia epidemicznego, w którym postulowano, aby koordynatorzy stażu mogli zaliczać staże częściowe osobom, których harmonogram stażu podyplomowego uległ zmianie z powodu rozszerzania się epidemii COVID-19, a Okręgowe Rady Lekarskie powinny potwierdzać ich zaliczenie. Obecnie procedowana jest zmiana w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, polegająca na przyznaniu właściwym miejscowo ORL uprawnienia do uznawania okresu, w którym lekarz stażysta nie realizował programu stażu podyplomowego, za równoważny z realizowaniem tego programu. Prezes Anna Lella wzięła udział w posiedzeniu Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich, które odbyło się 5 czerwca br. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie. Tematem posiedzenia było omówienie aktualnej sytuacji sanitarno-epidemiologicznej. Izba dofinansowała publikację monografii pt. *Oświadczenie pacjenta pro futuro jako problem medyczny, etyczny, teologiczny i prawny* kwotą 3500 zł. Chór Lekarzy „Medici pro Musica” przygotował piosenkę pandemiczną *Na całość*; teledysk dostępny na YouTube. Utworem tym Chór Lekarzy podziękował wszystkim medykom pracującym w tym trudnym okresie. Z polecenia prof. Sergiusza Nawrockiego podjęto współpracę z Fundacją SENSORIA, która na podstawie podpisanej umowy przekazała nam wsparcie finansowe w kwocie 20 tys. zł na prowadzenie działań związanych z walką z epidemią koronawirusa (COVID-19), w szczególności na zakup sprzętu medycznego oraz artykułów ochrony osobistej.

W dalszej części obrad prezes Anna Lella przedstawiła podsumowanie XXXVIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy, organizowanego w trybie zdalnym. Frekwencja delegatów wyniosła 74,17%, na 120 delegatów głosy oddało 89 osób. Wszystkie uchwały zjazdowe oraz apel zostały przyjęte większością głosów. Dokumenty zjazdowe, zgodnie z upoważnieniem, podpisali wiceprezesi: Józef Korbut i Katarzyna Żółkiewicz-Kabać. Z treścią podjętych uchwał można zapoznać się na stronie internetowej Izby.

Kontynuując obrady, przewodniczący Zespołu ds. Inwestycji „Domu Lekarza” Marek Zabłocki poinformował o rozmowach prowadzonych z wykonawcą inwestycji odnośnie do rozliczenia końcowego. Oprócz niedociągnięć technicznych mamy zastrzeżenia do końcowej wyceny robót dodatkowych.

W części poufnej Okręgowa Rada Lekarska przyjęła uchwałę w sprawie powołania komisji do wydania orzeczenia w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych.

Na tym obrady zakończono.

Kronika Okręgowej Rady Lekarskiej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie z dnia 5 sierpnia 2020r.

Obradom przewodniczyła Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Kol. Anna Lella.

Na wstępie omówiła działania samorządu w ostatnim okresie. Główną sprawą, którą się w tym czasie zajmowano były zmiany w zakresie art. 37a KK, który wprowadza zmiany w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. Niniejsza poprawka ma na celu przywrócenie zasad łączenia kar obowiązujących w prawie karnym do dnia 30 czerwca 2015 r. Zmiana art. 37a (w części dot. obecnego § 1) jest tożsama ze zmianą tego przepisu, która została wprowadzona w ubiegłym roku (w ramach nowelizacji Kodeksu karnego obejmującej też budzącą sprzeciw środowiska lekarskiego zmianę art. 155 KK, odnośnie nieumyślnego spowodowania śmierci). Omawiana zmiana budzi wątpliwości zarówno co do swojej zasadności merytorycznej, jak i co do kwestii proceduralnych w związku z naruszeniem Konstytucji. Samorząd lekarski oczekuje jak najszybszych zmian w tym zakresie. Prezydent Olsztyna odpowiedział na pismo samorządu w sprawie użyczenia gabinetów stomatologicznych, funkcjonujących w jednostkach oświatowych prowadzonych przez Miasto Olsztyn, informując, że w odróżnieniu do podmiotów korzystających z gabinetów

profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, lekarze stomatolodzy, oprócz sprawowania opieki nad uczniami, mogą świadczyć usługi na wolnym rynku. Zwracając uwagę na nierówne traktowanie podmiotów (lekarzy dentystów i pielęgniarek szkolnych) oraz brak rozwiązania zgłaszanego problemu, postanowiono ponowić wystąpienie do Prezydenta Olsztyna. Została zakończona dystrybucja darów środków ochrony indywidualnej, pochodzących od Kulczyk Foundation. Sprawozdanie z wydanych środków przekazano do Fundacji Lekarze Lekarzom. Łącznie wydano lekarzom i lekarzom dentystom 1259 pakietów (na podstawie złożonych wniosków o zapotrzebowanie).

Z uwagi na epidemię COVID-19, większość wydarzeń, zaplanowanych na 2020 r., jak np. Żeglarskie Mistrzostwa Polski Lekarzy, Mistrzostwa Polski Lekarzy w Strzelectwie Sportowym, czy Spotkania Medyków z Historią, zostanie przeniesionych na 2021 r. Na chwilę obecną wiadomo, że zostanie zrealizowany XV Zjazd Naukowo-Szkoleniowy Lekarzy Warmii i Mazur w dniach 6–7 listopada. WMIL zakończyła modernizację siedziby, która znacznie odbiegła od pierwotnego planu. W tej chwili trwa spór z firmą budowlaną o rozliczenie prac dodatkowych.

W dalszej części obrad Okręgowa Rada Lekarska przyjęła uchwały „W sprawie kosztów bezpośrednio związanych z działalnością Komisji Bioetycznej, dotycząca zmiany Uchwały nr 142/2016/VII Okręgowej Rady Lekarskiej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie z dnia 13 kwietnia 2016 r.”; „W sprawie potwierdzenia dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów”

Na tym posiedzenie zakończono.

Kronika Okręgowej Rady Lekarskiej Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie z dnia 23 września 2020

Obradom przewodniczyła prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Anna Lella. Na wstępie uhonorowano Odznaczeniem „Zasłużony Lekarz Warmii i Mazur” Wacława Krukowskiego – emerytowanego specjalistę psychiatrii, od lat aktywnie działającego w środowisku WMIL, który prywatnie pasjonuje się malarstwem, fotografią i linorytem. Gościem posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej był Sergiusz Nawrocki, który po raz kolejny objął funkcję prorektora Collegium Medicum UWM. W swoim wystąpieniu przedstawił aktualne problemy stojące przed władzami uczelni. Przywołał kilka pozytywnych aspektów z życia

CM, m.in. pozyskanie przez uczelnię 17 mln zł na zaopatrzenie Szpitala Uniwersyteckiego w urządzenie do radiochirurgii; rozpoczęcie budowy nowego skrzydła szpitala (oddział geriatrii); uzyskanie dwóch projektów medycznych w ramach superszybkiej ścieżki COVID. W dalszej części obrad prezes Lella omówiła zbliżający się Zjazd Naukowo-Szkoleniowy Lekarzy Warmii i Mazur. Zgodnie z przyjętym regulaminem streszczenia prac przyjmowane są do 10 października br. Kol. Prezes wystosowała apel, aby obecni na posiedzeniu lekarze zachęcali swoje środowisko medyczne do nadsyłania prac. Następnie przedstawiła wnioski z posiedzenia Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich VIII kadencji oraz z obrad Naczelnej Rady Lekarskiej. Przedłożyła sprawozdania z działalności prezydium: 19 sierpnia i 9 września odbył się sprawdzian dla stażystów z prawa medycznego, bioetyki i orzecznictwa lekarskiego. Sprawdzian przeprowadzono w siedzibie Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej z rozbiorem grupy na kilka różnych sal, aby zapewnić zdającym odpowiedni poziom bezpieczeństwa. Dnia 23 września odbyła się uroczystość skierowania nowej grupy absolwentów uczelni medycznych na staż podyplomowy z dniem 1 października br. W tym roku przyjęto 59 lekarzy i 6 lekarzy dentystów. W związku z pisemną prośbą wojewody warmińsko-mazurskiego o wskazanie lekarzy anestezjologów do pracy na oddziale intensywnej opieki medycznej w szpitalu w Ostródzie w porozumieniu z konsultantem wojewódzkim dokonano weryfikacji anestezjologów. W związku z zaangażowaniem w zwalczanie epidemii wirusa COVID-19 WMIL złożyła wnioski o nadanie Odznaki Ministra Zdrowia „Za Zasługi Dla Ochrony Zdrowia” Piotrowi Kocbachowi. Izba we współpracy z Promertią Akademia Zarządzania realizuje szkolenia „eMBA w koordynowanej opiece zdrowotnej”. Pierwsze spotkania stacjonarne w siedzibie Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej odbyły się w dniach 29–30.08.2020 r. oraz 19–20.09.2020 r. Dalsze szkolenia będą organizowane w formie on-line. TV Kopernik na zlecenie WMIL przygotowała kolejny materiał filmowy pt. *Staż i specjalizacja w czasie pandemii*. W dniach 9–11 września br. w Kaliningradzie odbył się Międzynarodowy Kongres „Bursztynowa Jesień” (zorganizowany w formie on-line). WMIL reprezentowali z wystąpieniami: dr hab. n. med. Marek Roslan, prof. UWM; dr n. med. Roman Łesiów; lek. Jerzy Badowski; lek. Aleksander Kieroński. Prezes Anna Lella przypomniała też o organizowanych przez samorząd kursach w zakresie zdrowia publicznego i prawa medycznego dla lekarzy w trakcie specjalizacji. Kursy te posiadają akredytację CMKP i w całości są finansowane przez nasz samorząd. Aktualnie trwają prace nad uruchomieniem kursu z ratownictwa medycznego. Zarząd Pol-

skiego Stowarzyszenia Medycznego na Litwie poinformował Izbę o jubileuszowej konferencji naukowej poświęconej 30-leciu Polskiego Stowarzyszenia Medycznego na Litwie, która odbędzie się 13–16 maja 2021 r. We wtorek 8 września br. na terenie Leśnego Arboretum Warmii i Mazur w Kudypach miało miejsce kameralne przyjęcie z okazji wydania książki pt. *Wileńskie tradycje olsztyńskiej chirurgii* autorstwa Zygmunta Trusewicza.

W dalszej części obrad Okręgowa Rada Lekarska przyjęła następujące uchwały: „W sprawie zmiany zasad przyznawania grantów na organizowanie szkoleń dla towarzystw naukowych mających siedzibę na terenie działania Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, ogłoszonej z powodu COVID-19”; „W sprawie udzielenia pełnomocnictwa do zawarcia z Ministrem Zdrowia umowy na przekazanie w 2020 r. środków finansowych na pokrycie kosztów czynności administracyjnych związanych z realizacją zadań, o których mowa w ustawach o izbach lekarskich oraz o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”; „W sprawie ubiegania się o dotację Naczelnej Izby Lekarskiej na organizację doskonalenia zawodowego oraz upoważnienia Prezydium ORL”.

Na tym posiedzenie zakończono.

Zbigniew Gugnowski, Karolina Lubak



Nowość wydawnicza – *Wileńskie tradycje olsztyńskiej chirurgii* autorstwa dr. Jana Zygmunta Trusewicza, której uroczysta promocja odbyła się 8 września br. w Arboretum w Kudypach.

Publikacja wypełnia lukę w historiografii powojennego Olsztyna. Przedstawia proces tworzenia służby zdrowia w Olsztynie, który zainicjowali wileńscy lekarze-pionierzy – wybitni chirurdzy kierujący się zasadami etycznymi i wartościami zaszczepionymi przez wykładowców z Uniwersytetu Stefana Batorego.

Wydawca – Pracownia Wydawnicza „ElSet” w Olsztynie. Książka dostępna w księgarniach i u wydawcy.

WYBRANE ZAGADNIENIA DOTYCZĄCE TARCZY 4.0

Tarczą 4.0 nazywana jest Ustawa z 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19 (Dz.U. z 2020 r. poz. 1086; dalej jako: Tarcza 4.0.). Według oświadczeń rządu rozwiązania tej ustawy mają na celu pomoc przedsiębiorcom, samorządom i konsumentom w zmaganiach z gospodarczymi skutkami epidemii COVID-19. Zanim jednak zostaną wymienione poszczególne rozwiązania mogące mieć zastosowanie w prowadzeniu działalności leczniczej, nie sposób pominąć informacji, że Tarcza 4.0. znowelizowała również wiele innych ustaw, w tym Kodeks karny.

Co zatem zmieniło się po nowelizacji? Jednym ze znowelizowanych przepisów jest art. 37a Kodeksu karnego, który przed zmianą stanowił, że jeżeli ustawa przewiduje zagrożenie karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 8 lat, sąd zamiast tej kary może orzec grzywnę albo karę ograniczenia wolności.

Z nowego brzmienia wynika zaś, że jeżeli przestępstwo jest zagrożone karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 8 lat, a wymierzona za nie kara pozbawienia wolności nie byłaby surowsza od roku, sąd może zamiast tej kary orzec karę ograniczenia wolności nie niższą od 3 miesięcy albo grzywnę nie niższą od 100 stawek dziennych, jeżeli równocześnie orzeka środek karny, środek kompensacyjny lub przepadek.

Oznacza to, że jedynie w przypadku, gdy sąd dojdzie do przekonania, że za popełnienie danego przestępstwa adekwatną karą jest kara pozbawienia wolności poniżej roku, może zamiast tej kary orzec karę ograniczenia wolności lub karę grzywny, jednocześnie obowiązkowo orzekając środek karny (np. zakaz wykonywania zawodu lekarza wymierzany w latach od roku do lat 15 lub podanie wyroku do publicznej wiadomości), środek kompensacyjny (np. obowiązek naprawienia szkody lub zapłatę zadośćuczynienia za doznaną

krzywdę) lub przepadek. W innym przypadku, gdy sąd uzna, że sprawcy należy wymierzyć karę powyżej roku, nie jest już uprawniony do orzeczenia innej kary niż kara pozbawienia wolności.

Powyższa zmiana może mieć istotny wpływ na wymiar kar orzekanych w przypadku przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu, których potencjalnie mogą dopuścić się lekarze lub lekarze dentyści, wykonując czynności zawodowe. Karą pozbawienia wolności poniżej 8 lat są bowiem zagrożone m.in. takie przestępstwa jak: nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 k.k.), zagrożone karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5; nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 156 § 2 k.k.), zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 3; spowodowanie tzw. średniego uszczerbku na zdrowiu powyżej 7 dni (art. 157 § 1 k.k.), zagrożone karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5, i wiele innych.

Ta nowelizacja zmienia dotychczasową zasadę prymatu kar wolnościowych na rzecz kary izolacyjnej, czyli kary więzienia, co budzi wiele wątpliwości zarówno co do zasadności takiej koncepcji, jak i sposobu jej wprowadzenia.

Wracając do rozwiązań Tarczy 4.0, w odniesieniu do przedsiębiorców należy wspomnieć, że ustawa zawiera zasady stosowania dopłat do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych na podstawie umów zawartych do 31 grudnia 2020 roku przedsiębiorcom, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji w związku z epidemią COVID-19. Istnieje też łatwiejszy dostęp do wakacji kredytowych dla tych, którzy po 13 marca 2020 roku stracili źródło utrzymania. Ponadto przedsiębiorcy mają możliwość złożenia wniosku o: zwolnienie ze składek ZUS; o przyznanie bezzwrotnych mikropożyczek z PUP; dofinansowanie części kosztów prowadzenia działalności dla samozatrudnionych, wypłacanych przez PUP z Funduszy Europejskich; umorzenie zaległości podatkowej; zapłacenie składek ZUS w późniejszym terminie lub rozłożenie zaległości na raty.

Istnieje również możliwość złożenia wniosku o świadczenie postojowe. Ostateczny termin złożenia wniosków mija w terminie 3 miesięcy od miesiąca, w którym zostanie zniesiony stan epidemii.

W przypadku, gdy przedsiębiorca zatrudnia pracowników, ma on możliwość złożenia wniosków o dofinansowanie: wynagrodzeń z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych; części kosztów wynagrodzeń pracowników oraz należnych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenia społeczne wypłacanych przez PUP.

Zgodnie z art. 15gb ust. 1, wprowadzonym Tarczą 4.0., pracodawca, u którego wystąpił spadek przychodów ze sprzedaży towarów lub usług w następstwie wystąpienia COVID-19 i w związku z tym wystąpił istotny wzrost obciążenia funduszu wynagrodzeń, może:

- 1) obniżyć wymiar czasu pracy pracownika maksymalnie o 20%, nie więcej niż do 0,5 etatu, z zastrzeżeniem, że wynagrodzenie nie może być niższe niż minimalne wynagrodzenie za pracę ustalone na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, z uwzględnieniem wymiaru czasu pracy pracownika przed jego obniżeniem;
- 2) objąć pracownika przestojem ekonomicznym, z zastrzeżeniem, że pracownikowi objętemu przestojem ekonomicznym pracodawca wypłaca wynagrodzenie obniżone nie więcej niż o 50%, nie niższe jednak niż w wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalanego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, z uwzględnieniem wymiaru czasu pracy.

Przepisy ustawy szczegółowo opisują, co rozumie się przez „istotny wzrost obciążenia funduszu wynagrodzeń”, a także inne warunki, jakie muszą być spełnione, żeby wprowadzić powyższe rozwiązania.

Warunki i tryb wykonywania pracy w okresie przestoju ekonomicznego lub obniżonego wymiaru czasu pracy ustala się w porozumieniu.

Należy też pamiętać, że obniżenie czasu pracy albo objęcie pracownika przestojem ekonomicznym nie wyklucza możliwości złożenia wniosku o dofinansowanie wynagrodzeń, jeżeli spełnione są przesłanki, o których mowa w tym przepisie.

W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19 pracodawca może też udzielić pracownikowi w terminie przez siebie wskazanym, bez uzyskania zgody pracownika i z pominięciem planu urlopów, urlopu wypoczynkowego niewykorzystanego przez pracownika w poprzednich latach kalendarzowych w wymiarze do 30 dni urlopu, a pracownik jest obowiązany taki urlop wykorzystać. Ustawodawca wprowadził również ograniczenie odpraw, odszkodowań oraz innych świadczeń pieniężnych wypłacanych przez pracodawcę pracownikowi w związku z rozwiązaniem umowy o pracę do kwoty dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia, jeśli pracodawca spełnia warunki określone w ustawie.

Powyżej przedstawione zostały jedynie ogólnie niektóre z rozwiązań Tarczy 4.0, mogące mieć zastosowanie w prowadzeniu działalności leczniczej. Jednak – jak mówi przysłowie – „diabeł tkwi w szczegółach”, dlatego też każdy przypadek będzie musiał być rozważany indywidualnie.

Radca prawny Katarzyna Godlewska



BOLESŁAW LASZKA

PIONIER OLSZTYŃSKIEJ LARYNGOLOGII



Bolesław Laszka urodził się 26 marca 1915 roku w Skórczu (pow. starogardzki) jako syn Izydora i Bronisławy Laszki. Do szkoły podstawowej uczęszczał w Skórczu. W 1934 roku ukończył Gimnazjum Staroklasyczne w Starogardzie Gdańskim i w tym samym roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. Sytuacja ekonomiczna szybko zmusiła go do znalezienia źródeł utrzymania i już w czasie studiów został młodszym asystentem w Zakładzie Medycyny Sądowej, z którym związał się na długie lata.

W czerwcu 1939 roku ukończył V rok medycyny i w ramach wymiany studenckiej wyjechał na praktykę do Bułgarii, do Burgas. Z Burgas 28 sierpnia 1939 roku wypłynął w drogę powrotną do kraju. Wybuch wojny zastał go na

statku. Po opuszczeniu statku dostał się do Lwowa, a stamtąd wyruszył do Warszawy. Po siedmiu dniach podróży pociągiem przybył do stolicy. We swoich wspomnieniach napisał, że podróż pociągiem miała swoje dramatyczne oblicze – pociąg stał się przedmiotem ataku hitlerowskich samolotów. W chwili ataku pociąg zatrzymywał się, a

pasażerowie uciekali w pole. Gdy milkły wybuchy bomb oraz jazgot karabinów maszynowych, ci, którym udało się przeżyć, wracali do wagonów.

Udało mu się przedostać do oblężonej przez Niemców Warszawy 9 września. Po okazaniu indeksu, mając ukończony V rok medycyny, zaoferował swoją pomoc w szpitalu przy ul. Karowej. Został chętnie przyjęty i pod kierunkiem prof. Butkiewicza jako jego asystent pracował na oddziale chirurgicznym. Warunki – jak wspominał – były tragiczne: operacje przy lampie naftowej oraz brak wody, którą pod gradem kul przynoszono z Wisły.

Ukrywając się przed wywiezieniem na przymusowe roboty do Niemiec, rozpoczął pracę jako robotnik leśny w leśniczówce Widno (pow. chojnicki). Ze względu jednak na podejrzenia nadleśniczego, że Bolesław może być ukrywającym się inteligentem, zmuszony był wrócić do Poznania. Tutaj zaraz po przybyciu został przypadkowo aresztowany przez Niemców, ale po zatajeniu swojego prawdziwego wykształcenia skierowano go do pracy na kolei. Pracował jako ładowacz węgla, czyszciciel parowozów, awansował w końcu na gońca u dyspozytora pociągów. Tę pracę wykonywał ponad rok – do sierpnia 1942 roku. Wówczas otrzymał list z Warszawy od kolegi, z którym był na roku. Kolega napisał, że jest możliwość pracy i nauki dla lekarza. Po głębokim zastanowieniu Bolesław Laszka doszedł do wniosku, że w przyszłości będzie bardziej potrzebny jako lekarz, jeżeli skończy studia, niż jako goniec.

Podjął decyzję o powrocie do zawodu lekarza i postanowił przenieść się do Warszawy. W tym celu wykrał druk zlecenia na przejazd, wpisał swoje dane, sfatszował podpis dyspozytora i wysłał siebie do Warszawy po odbiór lokomotywy. Żeby jego nieobecność w pracy została niezauważona, następnego dnia załatwił zwolnienie lekarskie, udając chorego.

Sama podróż do Warszawy obfitowała w dramatyczne momenty, ponieważ Niemcy skrupulatnie sprawdzali w czasie podróży dokumenty. Zbyt wydłużony postój pociągu na stacji

w Kutnie mógł nasuwać podejrzenie, że Niemcy dzwonią do Poznania, żeby sprawdzić zasadność wyjazdu służbowego. Na szczęście postój był spowodowany inną przyczyną i fałszerstwo nie zostało wykryte.

W Warszawie rozpoczął pracę w Szpitalu im. Dzieciątka Jezus. Tu na kursach tajnego nauczania medycyny uzupełniał też brakującą wiedzę potrzebną do zdobycia dyplomu lekarza. Odbывał staże na niektórych oddziałach szpitalnych, m.in. interny, chirurgii, ginekologii i położnictwa. Pracował i doksztatcał się pod okiem wybitnych lekarzy: prof. Witolda Orłowskiego (interna), prof. Wojciechowskiego (chirurgia), dr. Jastrzębskiego (ginekologia). To umożliwiło mu zdanie końcowych egzaminów dyplomowych na Tajnym Uniwersytecie. Zainteresowania jego szły w stronę laryngologii, a przez ostatnie trzy miesiące przed wybuchem powstania warszawskiego pracował na oddziale otolaryngologicznym kierowanym przez dr. Zaborowskiego.

Wybuch powstania zastał go u znajomych na Pradze. Nie mógł powrócić ani do pracy, ani do swojego mieszkania, więc zgłosił się do naprędce organizowanego szpitala przy Monopolu Spirytusowym, gdzie przyjęto go z otwartymi rękoma. Po upadku powstania Niemcy przenieśli Monopol Spirytusowy do Łodzi razem z ambulatorium, w którym pracował dr Laszka. Po upadku powstania do nadejścia Armii Czerwonej przebywał na wsi pod Łowiczem, ale już w lutym 1945 roku znalazł się w Poznaniu. Podjął pracę w Zakładzie Medycyny Sądowej pod kierunkiem prof. Łaguny, a następnie prof. Schiling-Siengalewicz jako starszy asystent, a potem adiunkt. Jednocześnie w charakterze wolontariusza rozpoczął specjalizację w Klinice Otolaryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego pod kierunkiem prof. Zakrzewskiego.

W kwietniu 1945 roku otrzymał dyplom lekarza. Od sierpnia 1948 do sierpnia 1949 roku odbywał służbę wojskową w Lublinie, prowadząc 40-łóżkowy oddział laryngologiczny.

W 1948 roku na podstawie pracy pt. *Badania doświadczalne nad zatruciem kokainą i środkami przeciwdziałającymi tym zatruciom* uzyskał stopień doktora medycyny. Praca ta miała aspekt praktyczny. W owym czasie w praktyce laryngologicznej szeroko stosowano kokainę jako środek do znieczuleń miejscowych błony śluzowej gardła, nosa i krtani. Zdarzały się przypadki zatrucia kokainą. To skłoniło dr. Laszkę do podjęcia badań nad tymi środkami. Wyniki dowodziły, że preparaty pochodne kwasu barbiturowego mogą być przydatne w ratowaniu życia po przedawkowaniu kokainy.

Zachęcony przez prof. Zakrzewskiego opracował dwa skrypty dla studentów: *Choroby ucha* (1951) i *Choroby nosa, gardła i krtani* (1951 i 1952). Pozycje te stanowiły cenną pomoc nie tylko dla studentów, ale także dla lekarzy praktyków. Docent Laszka wspominał: „W owych czasach nie było podręczników z otolaryngologii, a jedyny podręcznik prof. Szmurły wydany przed wojną był tzw. białym krukiem. Skrypty, które napisałem, były jedyną pomocą dla rzeszy studentów zdających w owym czasie egzaminy dyplomowe”. Dla studentów V roku prowadził także wykłady z medycyny sądowej.

Rozdział olsztyński w życiu dr. Bolesława Laszki rozpoczął się 1 listopada 1949 roku. Skierowany przez Ministerstwo Zdrowia nakazem pracy wybrał Olsztyn (do wyboru miał także Szczecin). Po przybyciu do Olsztyna organizował początkowo 15-łóżkowy oddział, który szybko powiększył się do 30 łóżek – tym oddziałem kierował do końca życia, prawie 30 lat.

W całym regionie brakowało laryngologów, a sytuację laryngologii, jaką zastał na Warmii i Mazurach, porównał obrazowo do stepu. Dlatego w krótkim czasie oddział, który kierował, stał się szybko kuźnią nowych kadr. Pracę swoją dzielił między Szpitalem Wojewódzkim a nowo powstałym Szpitalem Dziecięcym. W 1971 roku oddział otolaryngologii, którym kierował doc. Bolesław Laszka, został przeniesiony do nowego szpitala przy ul. Żołnierskiej 18.

Zgromadzony materiał z leczenia chorych służył do licznych publikacji naukowych. Na uwagę zasługuje ważna praca opublikowana w 1956 roku pt. *Laryngotracheobronchitis maligna*. Jest to pierwsza praca w Polsce poświęcona leczeniu tej ciężkiej jednostki chorobowej, która w owym czasie powodowała liczne zgony wśród dzieci – śmiertelność sięgała nawet 50%. Sposób leczenia i postępowania, jaki zaproponował dr Laszka, zmniejszył śmiertelność do 4,5%. Inna ważna publikacja to *Przyczynki do nierozpoznawania ciał obcych oskrzeli u dzieci*. Istotny problem u dzieci, nawet i obecnie.

Duży odsetek pacjentów w praktyce dr. Laszki to dzieci operowane w Szpitalu Dziecięcym. Stąd też zainteresowanie problemem zależności między biegunką u niemowląt a zapaleniem ucha środkowego. Zgłębiając ten temat, nawiązał kontakty naukowe z kliniką laryngologiczną w Debreczynie na Węgrzech. Wspólnie z dr. Romualdem Piotrowskim, rentgenologiem ze Szpitala Dziecięcego, rozwijał i popularyzował w Polsce tematykę badań radiologicznych kości skroniowej u dzieci. Publikacje te ukazywały się w „Otolaryngologii Polskiej”.

Dysponując ogromnym materiałem klinicznym, sięgającym ponad tysiąca przypadków leczonych dzieci, w 1965 roku na Akademii Medycznej w Gdańsku obronił rozprawę ha-

PRZEPŁYWOWE LAMPY UVGUN SĄ CAŁKOWICIE BEZPIECZNE DLA LUDZI BĘDĄCYCH W ICH OTOCZENIU
ZASADA DZIAŁANIA LAMP UVGUN OPIERA SIĘ NA WYMUSZONYM PRZEPŁYWIE POWIETRZA PRZESZ KAMNĄTĄ KOMORĘ STERYLIZACJI W KTÓREJ ZNAJDUJĄ SIĘ WYSOKIEJ MOCY PROMIENNIKI UV



KOMPAKTOWA PRZEPŁYWOWA LAMPA UVGUN

ZALETY LAMP UVGUN:

- DEZYNFEKCJA POWIETRZA W POMIESZCZENIACH W OBECNOŚCI LUDZI
- SKUTECZNOŚĆ DZIAŁANIA POTWIERDZONA PRZEZ UNIWERSYTET ROLNICZY W KRAKOWIE
- WYSOKA WYDAJNOŚĆ
- CICHĄ PRACĄ
- TRZY WERSJE KOLORYSTYCZNE: BIAŁA, CZARNA ORAZ WYKONANA ZE STALI Kwasoodpornej
- MOŻLIWOŚĆ UŻYWANIA BEZ STATYWU
- PRODUKT POLSKI




WIĘCEJ NA STRONIE UVGUN.PL

KUPON RABATOWY 10% WMIL
Ważny do 31.12.2020

Powered by **OPTOTECH**

OPCJONALNE WYPOSAŻENIE LAMP UVGUN:

- ZDALNE STEROWANIE Z APLIKACJI UMOŻLIWIĄJĄCE ZAPROGRAMOWANIE HARMONOGRAMU CZASU PRACY
- LICZNIK CZASU PRACY

www.uvgun.pl
facebook.com/lampyUV

32-005 Niepołomice, ul. Wimmera 67E
tel/fax: +48 12 278 26 71, 12 278 44 70

bilitacyjną *Zapalenie wyrostków sutkowatych u niemowląt ze szczególnym uwzględnieniem zapalenia utajonego*. Oprócz pracy naukowej stale rozwijał się jako lekarz praktyk, szczególnie interesowała go chirurgia ucha, w tym operacje poprawiające słuch. W tym celu rokrocznie wizytował kliniki w Polsce, ale także odwiedzał kliniki zagraniczne. Dbał bardzo o wysoki poziom leczenia operacyjnego, sprowadzając na oddział mikroskop operacyjny, wiertarkę do zabiegów usznych i odpowiedni zestaw narzędzi do mikrochirurgii ucha.

Uczył jednak rzecz najważniejszą – szkolił całe zastępy kadry lekarskiej. Pod jego opieką około 50 lekarzy uzyskało specjalizację I lub II stopnia z otolaryngologii, a 9 jego wychowanków zostało ordynatorami. W ciągu 25 lat swojej bardzo aktywnej działalności z Warmii i Mazur stworzył region, w którym w prawie każdym mieście powiatowym tworzył się oddział laryngologiczny.

Największą jego pasją – jak podkreślał – była otolaryngologia, ale interesował się także muzyką, sam doskonale grał na akordeonie, był też wytrawnym żeglarzem.

Odnaczony został wieloma odznaczeniami, w tym Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski i Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski. Był osobą dobrze znaną w środowisku lekarskim i nie tylko, obiektem powtarzanych anegdot, wspaniałym człowiekiem i lekarzem, który z niezwykłą skromnością mówił o sobie: „To, co zrobiłem, a zrobiłem bardzo mało, kosztowało mnie dużo wysiłku, ciężko przebijałem się przez życie jako syn listonosza, jedynie może trochę ambicji i upór pozwoliły mi osiągnąć to, o czym od najwcześniejszych lat marzyłem, nieść pomoc ludziom w cierpieniu”.

Przeżycia wojenne nadszarpnęły jego zdrowie. Pogarszający się okresowo stan zdrowia ograniczał stopniowo jego możliwości pracy. Zmarł w Gdańsku 4 maja 1979 roku. Pochowany został na cmentarzu w Olsztynie przy ul. Poprzecznej.

dr n. med. Bogdan Kibiłda

JAK W NIEBIE...

CZYLI TAJEMNICA 58 SEKUND

W kwietniowym numerze „Biuletynu Lekarskiego” poniekąd zapowiedziałam temat, który aktualnie chcę poruszyć. Inspiracją jest film Kaya Pollaka *Jak w niebie*, nominowany w 2005 r. do Oscara w kategorii najlepszy film nieanglojęzyczny. Jest to film rozbrzmiewający muzyką chóralną. Ludwik Jerzy Kern kiedyś powiedział: „Czym jest muzyka? Nie wiem, może po prostu niebem z nutami zamiast gwiazd”. A czym jest niebo?... Co tak naprawdę czujemy, gdy mówimy „jest jak w niebie”?...

Daniel Dareus, bohater filmu *Jak w niebie*, od dziecka marzył o napisaniu takiej muzyki, która będzie otwierać serca ludziom. I to dziecięce marzenie zrealizował jako wielki finał swojego życia. A nie było to łatwe życie, gdyż wychowywany po śmierci ojca tylko przez matkę był obiektem przemocy fizycznej ze strony rówieśników. Kiedy będąc nastolatkiem, zmienił miejsce zamieszkania, jako skrzypek zaczął osiągać sukcesy na festiwalach muzycznych, był naocznym świadkiem śmiertelnego wypadku matki. Został sam, bez osób bliskich, tylko z muzyką. Nic dziwnego, że całkowicie się jej poświęcił, robiąc zawrotną karierę. Widzimy go w pierwszych scenach jako dyrygenta, który nadludzkim wysiłkiem stara się stworzyć harmonię brzmienia orkiestry. I przypląca to chorobą serca, która całkowicie przekreśla jego ambitne plany zawodowe. W swojej brawurowej karierze jako dziewiętnastolatek ma niezwykle doświadczenie pełnej harmonii – „niebostanu” – trwające zaledwie 58 sekund, ale tyle wystarczy, by zapamiętać, do czego warto dążyć. Wyrwany z transu koncertów w wielkim świecie Daniel decyduje się na powrót do rodzinnej miejscowości, gdzie go nikt nie rozpoznaje, bo zmienił nazwisko. Wykupuje dawną szkołę podstawową i zaczyna naukę nowego życia: od nauki jazdy na rowerze do trudnej sztuki komunikacji i kochania ludzi. Sławny na całym świecie dyrygent i mały, bezbronny chłopiec z marzeniami o muzyce pokoju w jednej osobie. Ilekroć decydujemy się żyć jednostronnie, odnosząc sukcesy w świecie zewnętrznym, tylekroć narażamy się na wewnętrzne rozdarcie. Doświadczamy DIS-u: dys-

komfortu, dysharmonii, dysocjacji, czasami skrajnej, demoniczno-angelicznej. Walka anioła z szatanem o duszę człowieka to w istocie personifikacja wewnętrznego rozdarcia człowieka „albo–albo”.

W wielu mitach i podaniach występuje motyw boskich lub ludzkich par braci czy sióstr, które się prześcigają. Chociażby bieg słońca, uważanego za symbol siły rozumu, i księżyc, kojarzonego z emocjami i nieświadomością. Czy musi wciąż się powtarzać, że świat rozumu i świat uczucia zwalczają się nawzajem w ludzkiej psychice niczym śmiertelni wrogowie i jeden stara się zdobyć przewagę nad drugim, powodując rozdarcie naszego życia? Co każe ciągle na nowo preferować jedną skłonność kosztem tej drugiej i co obie, które powinny przecież uzupełniać się, czyni konkurencyjnymi i wrogimi sobie?

To strach jest czynnikiem, który wywołuje nasze wewnętrzne rozdwojenie i wpędza nas w aż nazbyt często śmiertcionośną jednostronność życia. Z jednej strony mamy skłonność introwertyczną do patrzenia w głąb siebie i w konsekwencji do zapominania o realiach zewnętrznych; z drugiej – występuje ekstrawertyczny pęd do zdobywania otaczających człowieka rzeczy tego świata i w konsekwencji do zapominania o własnej duszy. Pomimo występowania jednostronności obie te tendencje są potrzebne i muszą się wzajemnie uzupełniać.

Jak można przeciwdziałać rozpadowi ludzkiej psychy na sprzeczne wzajemnie, jednostronne orientacje życiowe? Jak przywrócić utraconą jedność wewnętrzną?

Odpowiedzi poszukuję w lekturze książki Eugena Drewermanna *Zstępuję na barłę słońca. Medytacje o śmierci i zmartwychwstaniu*. Autor jest doktorem teologii, studiował filozofię, psychoanalizę, zajmuje się psychoterapią indywidualną, jest autorem wielu książek, m.in. cyklu interpretacji baśni braci Grimm z pozycji psychoanalizy (11 tomów).

Drewermann odwołuje się do wierzeń starożytnych Egipcjan, w tym przede wszystkim do kultu Ozyrysa, będącego prekursorem zmartwychwstania Chrystusa 2000 lat później i idei nieśmiertelności. W swojej książce przedstawia, jak staroegipska tradycja ideowa, dokonania poznawcze i doświadczenia tamtego ludu, a nawet tworzone przezeń obrazy,

zostały wykorzystane i pogłębione w późno powstałej Ewangelii św. Jana. Wykorzystując narzędzia psychologii głębi, Drewermann interpretuje fragment Ewangelii (J 20) opowiadający o wyścigu dwóch uczniów do grobu w wielkanocny poranek. Według niego dwaj uczniowie, Piotr i Jan, to dwie strony istniejące w każdym człowieku. Piotr symbolizuje racjonalność, praktyczność, twarde stąpanie po ziemi, wycucie życiowych realiów, Jan zaś to marzycielstwo, zorientowanie na życie wewnętrzne, intuicja, przeczucia, pasja. Obaj biegną do pustego grobu. Tu kończy się ich wyścig. Aby w naszym życiu naprawdę coś się skończyło, musimy sami mieć wrażenie, że niejako dotarliśmy do końca. Opowieść o wielkanocnym poranku mówi zatem o wewnętrznym wyścigu do grobu, uwypuklając przekonująco to doświadczenie, iż tylko w sytuacji „śmierci” można dopatrzeć się czegoś takiego jak zmartwychwstanie. Ten wyścig wewnętrzny może doprowadzić do stanu, gdy człowiek już nie wie, po co żyje, lub – ujmując to nieco spektakularnie – człowiek „staje nad grobem”. W przypadku rozpatrywanej tu opowieści o wyścigu dwóch uczniów mamy do czynienia z obrazem pojednania dwóch postaci naszej osobowości, które, spersonalizowane przez Jana i Piotra, odnajdują się i uzupełniają. Dopiero przy pustym grobie naszych daremnych oczekiwań życiowych i walk staczanych w chwilach rejterad zaczyna się nasze prawdziwe życie, zmartwychwstanie nowego człowieka, który rodzi się z naszego cierpienia i upadku i kształtuje na nowo po przezwyciężeniu wewnętrznych rozdwojeń. A więc w opowieści o zdarzeniu wielkanocnego poranka chodzi o nasze rozdarcie i uzdrowienie z niego przy grobie Jezusa. Uzdrawienie ze zranień, rozdarcia owocuje harmonią wewnętrzną i ze światem pomimo ciemności, które nas czasem otaczają. A zatem, zgodnie z interpretacją egipskiej mitologii Słońca i z punktu widzenia psychologii głębi, będziemy mogli chyba powiedzieć, że człowiek rozumie powstanie Jezusa z martwych na tyle, na ile zbliżył się do jednolitego ukształtowania własnej osobowości.

Tak oto dochodzimy do harmonii, do której twórcy filmu *Jak w niebie* doprowadzili bohaterów poprzez doświadczenia bólu, cierpienia, choroby, zbudowanie głębokich więzi międzyludzkich, odkrycie własnego głosu, włączenie do polifonii otwierającej serca wszystkich ludzi (spełnione marzenie Daniela).

Jeśli zintegrujemy antagonistyczne części naszego „ja”, aby zaczęły się uzupełniać, a nie zwalczać, i staniemy się jednolici (obustronni), to też będziemy w niebie.

Ktoś porównał życie do tkania gobelinu, na którego lewej stronie są supełki, zaciągnięcia nitki i wzór staje się mało czytelny. Sztuka życia polega na takim tkaniu, aby nasz gobelin był może skromniejszy, ale jednolity po obu stronach.

Apolonia Szarkowicz

PS. Do śpiewu chóralnego mam szczególny sentyment, będąc na pierwszym roku studiów w Białymstoku, mieszkałam bowiem w sześciuosobowym pokoju z koleżanką – chórzystką pasjonatką. Dzięki Brygidce pokój 307 w starym akademiku rozbrzmiewał pięknym sopranem, a czasami, szczególnie w piątkowe wieczory po ćwiczeniach z anatomii, udało się nam, mieszkankom pokoju i naszym gościom, uzyskać polifonię.

Wtedy tak się śpiewało:

...bo to jest chór – zjawisko nowe, nie musisz głosu mieć, byś miał mocną głowę...

Wspaniałym Chórzystom Wspaniałego Chóru MEDICI PRO MUSICA dedykuję filmową piosenkę Gabryelli:

*Moje życie jest tylko moje
Na ziemi mam ten krótki czas
Przywiodła mnie tu moja tęsknota za tym, czego mi brakowało
I za tym, co otrzymałam
Ale to jest droga, którą wybrałam
A moja wiara wznosi się ponad słowa
I wreszcie ujrzałam tę odrobinę nieba, którego tak szukałam
Pragnę czuć, że żyję aż do końca moich dni
I będę żyć tak, jak pragnę
Po to, by czuć, że żyję
Wiem, że dałam z siebie, ile mogłam
Nigdy nie przestałam być sobą
Tylko na jakiś czas zapadłam w sen
Może nigdy nie miałam wyboru
Tylko wolę życia
Wszystko, czego pragnę, to być szczęśliwą
Będąc tym, kim jestem
Chcę być silna i wolna
Zobaczyć, jak dzień się budzi po nocy
Jestem tu i moje życie należy tylko do mnie
Długo szukałam swojego nieba
Teraz już wiem, że kiedyś je znajdę
Chcę czuć, że w pełni przeżyłam swoje życie.*

UTRAPIONY WIRUS

Ostatnie miesiące pandemii koronawirusa spowodowały olbrzymie zainteresowanie mało dotychczas popularną wirusologią. Wirusy to dość dziwne cząstki zakaźne, które mogą namnażać się tylko w żywej komórce gospodarza. Ich budowa jest bardzo prosta, gdyż składają się jedynie z kwasu DNA lub RNA oraz płaszcza białkowego zwanego kapsydem. Te perfidne stworzenia są całkowicie zależne od zainfekowanych komórek, gdyż nie posiadają struktur koniecznych do wytworzenia energii. Jest kwestią dyskusyjną, czy należy je uznać za organizmy żywe.

Koronawirusy znane są od dawna. Powodują najczęściej sezonowe przeziębienia. Obecność przeciwciał wskazuje na to, że większość ludzi miała kontakt z tą grupą wirusów. SARS-CoV-2 powodujący chorobę COVID-19 jest jednym z siedmiu koronawirusów mogących zainfekować ludzi. Jego genom jest w znacznej części identyczny z wirusami SARS-CoV i MERS-CoV, które pochodzą od nietoperzy. Wirus SARS-CoV-2 jest w 96% genetycznie zgodny z wirusem wyizolowanym od tych zwierząt. Ogniwem pośrednim w zakażeniu człowieka w przypadku SARS-CoV-2 jest prawdopodobnie łuskowiec indyjski. Podejrzewa się, że duża liczba ludzi w Wuhan zaraziła się od żywych zwierząt sprzedawanych na miejscowym targowisku. Wirus SARS-CoV-2 po dostaniu się do organizmu człowieka łączy się z receptorami konwertazy angiotensyny II (ACEII), które występują głównie w układzie oddechowym i jelitach. Bardzo łatwo przenosi się między ludźmi.

Pierwsze infekcje spowodowane tym koronawirusem odnotowano pod koniec 2019 roku w chińskim mieście Wuhan. Stąd wirus ten rozprzestrzenił się na cały świat, powodując olbrzymie zamieszanie i strach niemal wszystkich mieszkańców naszego globu. Atmosferę podsycają jak zwykle żądne sensacji media.

Pojawiło się, szczególnie w Internecie, mnóstwo sensacyjnych informacji o sztucznym pochodzeniu wirusa, który miałby być wytworzony w laboratorium w różnych niecznych celach, takich jak zniszczenie światowej gospodarki, przykrycie wprowadzenia technologii 5G czy uzyskanie olbrzymich zysków ze sprzedaży wyprodukowanej w przyszłości szczepionki. Teorie te wzmacnia fakt, że w Wuhan od 2017 roku działa duży ośrodek naukowy pod nazwą Krajowe Laboratorium Bezpieczeństwa Narodowego, zajmujący się badaniami nad najgroźniejszymi wirusami.

Pierwsze wirusy hodowano sztucznie na zarodkach kurzych już w latach 30. XX wieku. Obecnie wirusy namnażane są na hodowlach komórkowych, a materiał z nich uzyskany oczyszcza się poprzez filtrowanie, wirowanie i metody chromatograficzne. Dostępne doniesienia naukowe i opinie ekspertów zaprzeczają teorii o sztucznym pochodzeniu wirusa SARS-CoV-2. Może o tym świadczyć fakt, że wirus ten ma niezbyt dobrze dopasowane białko domeny wiążącej receptor (białko fuzyjne S), które łączy się z receptorami ACE II. W genomie wirusa nie znaleziono też żadnych śladów po manipulacjach genetycznych prowadzonych przez naukowców.

Problem z wirusem SARS-CoV-2 polega na jego łatwym rozprzestrzenianiu się. Jedna

zarażona osoba przenosi wirusa średnio na następne trzy osoby. Dla porównania wirus grypy przenosi się średnio tylko na jednego kolejnego człowieka. Wirus rozprzestrzenia się głównie drogą kropelkową. Nie jest obecnie jasne, czy przenosi się on z matki na płód. Okres inkubacji wynosi od 5 do 14 dni. Część zarażonych osób nie ma żadnych objawów klinicznych i stanowi duże zagrożenie dla zdrowej populacji. Na szczęście choroba CO-VID-19 ma niewielką śmiertelność, ok. 2–4%. Dla porównania przy infekcjach wirusami MERS-CoV było to 36%, a dla SARS-CoV – 10%.

Wirus SARS-CoV-2 atakuje komórki wielu narządów, jednak najbardziej niebezpieczne zmiany dotyczą układu oddechowego. Po połączeniu z receptorem komórkowym ACE II wirus wnika do komórki drogą endocytozy. We wnętrzu komórki w cytoplazmie uwalnia swój materiał genetyczny (RNA). Po wyprodukowaniu potrzebnych białek w lizosomach i replikacji łańcucha RNA mogą powstać nowe wirusy. Po śmierci komórki wirusy zostają uwolnione. Uszkodzenie komórek powoduje gwałtowne pobudzenie układu odpornościowego objawiające się zmianami zapalnymi powodującymi wysięk i obrzęk śródmiąższowy,

które zaburzają prawidłową wymianę gazową prowadzącą do hipoksji i kwasicy oddechowej. Nasilony stan zapalny niszczy również surfaktant, co prowadzi do jeszcze większych zaburzeń oddechowych.

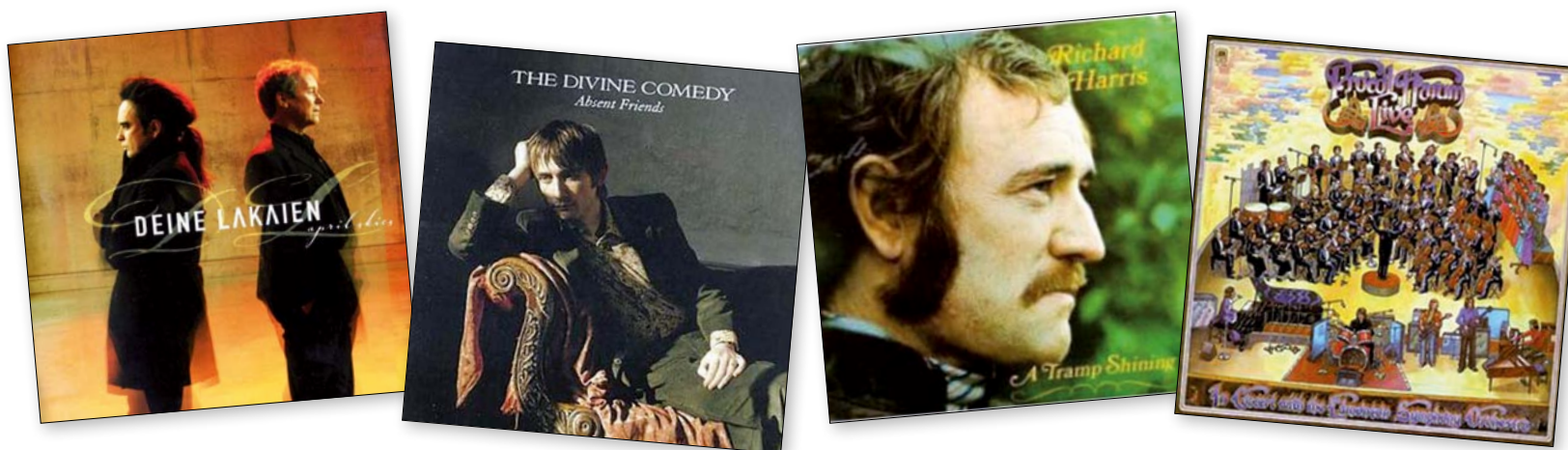
Pandemia koronawirusa spowodowała już olbrzymie niekorzystne zmiany, szczególnie w światowej gospodarce. Naszym zadaniem, jako służby zdrowia, jest spowodowanie, aby wirus ten nie przenosił się zbyt szybko i żeby było jak najmniej ofiar śmiertelnych. Kluczowe jest tu ograniczenie kontaktów międzyludzkich, a więc zachowanie odpowiednich odstępów między ludźmi, stosowanie masek, dokładne mycie rąk. W przypadku kontaktu lub podejrzenia o zakażenie wirusem musimy stosować kwarantannę. To ograniczenie wolności i pewne utrudnienia oraz niedogodności mogą uchronić nas od szybkiego rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2. Sytuacja pandemii jest dla nas, lekarzy, i dla całego społeczeństwa wyjątkowo trudnym egzaminem, który musimy zdać, aby uchronić się przed dalszym rozwojem epidemii, która może wymknąć się nam spod kontroli.

dr n. med. Roman Łesiów



POP W FILHARMONII?

lek. Paweł Tryba



W życiu panuje niezmienna od zarania dziejów zasada, że czegoś nie da się zrobić, dopóki nie przyjdzie ktoś, komu nikt nie powiedział, że się nie da – i robi! Tak właśnie jest z łąčeniem orkiestrowych aranżacji z rockiem i popem. Najpierw mówiono, że to w ogóle nie uchodzi, potem, że wyjdzie z tego kicz (co nieraz było prawdą, patrz dokonania klawiszowca Deep Purple, Jona Lorda), aż wreszcie okazało się, że takie mezalianse mogą wydać piękne potomstwo.

Jak zaczynać, to od Bacha! Lata całe przed wyśpiewaniem tej rady przez Zbigniewa Wodeckiego dziarsko poczynął sobie zespół, który w zasadzie całą swoją karierę opart na cytacie (lub kradzieży!) z *Arii na strunie G* z III Suity orkiestrowej D-dur kantora z Lipska. Motyw rozpoczynający *A Whiter Shade Of Pale* jest dla Procol Harum tyleż wizytówką, co przekleństwem. Nigdy nie przeskoczyli komercyjnego sukcesu swojego pierwszego w ogóle wydanego singla. Ale też *Bielszy odcień bieli* to godna wizytówka

Gary'ego Brookera i s-ki (dziś tylko wokalista ostał się z klasycznego składu). Brytyjczycy zawsze sięgali po elementy muzyki klasycznej, a ich utwory to raczej pieśni niż piosenki (zdarzały się też mamucich rozmiarów suity zajmujące całą stronę winyla). Godna polecenia jest zwłaszcza płyta *Grand Hotel* i pionierska kooperacja z filharmonikami *Live In Concert with the Edmonton Symphony Orchestra* – dziś partie orkiestry z przepięknego *Conquistadora* zespół na koncertach odpala z klawisza, ale to już nie

to... Lata 70. były zresztą okresem, gdy każdy ambitniejszy brytyjski zespół rockowy chciał zaliczyć współpracę z panami we frakach. Do udanych mariaży tych dwóch światów zaliczyłbym też album *The Snow Goose* Camel i „żywca” Caravan *Caravan & The New Symphonia*.

Orkiestrę z dobrym skutkiem wykorzystywali nie tylko koturnowi artrockowcy, nieraz dobrze się sprawdzała w formach piosenkowych. I nie chodzi mi tu o amerykańskie swingowe big-bandy, bo po drugiej stronie Atlantyku pojawiali się częściej twórcy, którzy tworzyli utwory nieco bardziej wyrafinowane, w europejskim duchu, a orkiestra przestawała być wyłącznie miłym tłem, mając zdecydowanie więcej do powiedzenia. Mało kto spoza Wielkiej Brytanii pamięta, że nieżyjący już aktor Richard Harris (młodzi kojarzą go jako dyrektora Hogwartu, a ja, stary hmm... chłop, raczej jako bohatera antywesternu *Człowiek zwany Koniem*) w zamierzonych latach 60. popełnił dwie płyty wypełnione poetyckimi piosenkami ubranymi w dźwięki orkiestry. Jego największy przebój, *McArthur Park*, do dziś śmiga w angielskich radiostacjach. Harris był grzecznie ułożonym, statecznym panem (no, na scenie – alkoholowe ekscesy za kulisami pomijamy), co jednak się stanie, gdy do poezji śpiewanej i orkiestry dorwie się ktoś z kontrkulturowym zacięciem? Mała apokalipsa! Jej smak zapewnił nam Scott Walker – Amerykanin, który sukcesu zasmakował po przenosinach na Stary Kontynent, najpierw w rodzinnym przedsięwzięciu Walker Brothers, a potem na własny rachunek. Scott solo nadał swojemu i tak już głębokiemu barytonowi grobową powagę, sięgnął po smyczkowe i orkiestrowe aranże w duchu ekspresjonizmu, opatrując nimi utwory premierowe i swoje wersje rozedrganych songów Jacques’a Brela. Z czasem świadomie dryfował w coraz bardziej mroczne rejony. Jego pierwsze cztery albumy to zapis stopniowego folgowania awangardowemu szaleństwu, a potem w ogóle już stwierdził, że wolno mu wszystko. Flirtował z industrialą, mając dobrze po siedemdziesiątce, nagrał album razem z dronemetalowymi szaleńcami z Sunn O)))... Początek jego artystycznej drogi tchnie elegancją, ale jest to elegancja dekadenta, świadomego, że kończy się belle époque, do pięknych miast wtargną żołdacy, a na sceny draby z gitarami elektrycznymi. Bez zmarłego kilka lat temu Walkera inaczej dziś brzmiałby Nick Cave, o scenie gotyckiej nie wspominając.

Na pewno mocno zadłużył się u Scotta Neil Hannon, od 30 lat działający pod szyldem Divine Comedy. Walker jest bez dwóch zdań wokalnym mistrzem Irlandczyka, Hannon również kocha brzmienie orkiestry. Na szczęście tu podobieństwa się kończą, bo gdy

amerykański straceniec na poważnie chciał poszarpać słuchaczowi duszę, Hannon okazuje się sympatycznym sowizdrzałem, dandysem w starym stylu, z typowo angielskim poczuciem humoru. Wodewil Neila to raczej musicale ze scen East Endu niż depresja kabaretów Republiki Weimarskiej. Hannon daje w tekstach wyraz miłości do angielskiej literatury, ale nie boi się też wygłupów – w jednym teledysku przebierze się za Szekspira, w innym za Napoleona, a na koncercie potrafi zaprezentować musicalową wariację na temat hymnu twardych rockersów – *No One Knows* Queens Of The Stone Age. Tego faceta po prostu nie da się nie lubić!

Coś z mrocznej powagi Scotta Walkera przeniknęło też do twórczości Deine Lakaien. Sturdy Uniżeni to intrygujący duet – odpowiadający za muzykę Ernst Horn to wykształcony dyrygent, swego czasu kierował orkiestrą miejską w Karlsruhe. Z kolei Macedonczyk Alexander Veljanov, wokalista i autor tekstów, szlifował głos w chórze kościelnym – co może być zaskoczeniem, gdy wstuchać się w jego przesiąknięte egzystencjalnym lękiem liryki (jest też Veljanov figurą nie do pomylenia – maskuje nikczemny wzrost fantazyjną, wysoką fryzurą). Panowie, z udziałem dodatkowych muzyków, łączą elektroniczny gotyk (nazwa dla wtajemniczonych: dark wave) z odrobiną instrumentów smyczkowych, a czasem idą na całość i zapraszają na występy symfoników. Veljanov i Horn proponują słodką, świetnie przyrządzoną truciznę – łatwo się zatopić w ich smutku. Wyobraźcie sobie, że Depeche Mode nie są dziećmi brytyjskiej klasy robotniczej, że oprócz berlińskiej elektroniki nasłuchali się za młodu Debussy’ego i Holsta – tak z grubsza brzmią Deine Lakaien. Czy to nobilitacja popu, czy raczej bastardyzacja sztuki wysokiej – trudno orzec. Jak i u reszty wymienionych.

DONOSY NA CZTERY GŁOSY

Z CYKLU PORTRETY CHÓRZYSTÓW – JAKUB KUNA

Małgorzata Sławińska
Medici pro Musica



Kuba jest jednym z naszych najmłodszych (stażem i wiekiem) chórzystów – w zespole od 2009 roku, śpiewa w basach. Przez naszego prezesa Maćka i jego żonę Dorotę bywa nawet nazywany pieszczotliwie „synkiem”, choć pokrewieństwo jest jedynie duchowe. Niniejszy felieton jest wynikiem drugiego już podejścia do sportretowania jego osoby – pierwsza moja prośba nie została przyjęta z entuzjazmem, ponieważ miał być bohaterem tej rubryki po prawdziwym „weteranie” medycyny i chóru, Tomku Przybyszewskim, co skromnego w swej naturze Kubę trochę zdeprymowało. Jako trzeci w kolejności nie miał już takich oporów, więc udało mi się go przekonać do spotkania i rozmowy.

PRACA TRUDNA I MOCNO STRESUJĄCA

Na pytanie, jak to się stało, że został lekarzem, Kuba odpowiada: „Tak naprawdę nie za bardzo ja już sam wiem [...]. Jeszcze biotechnologia mi się podobała z perspektywy

ucznia liceum, ale najbardziej jednak kierunek medyczny mnie nęcił. Mimo że – dodaje ze śmiechem – rodzice to lekarze. Poszedłem na specjalizację internistyczną. Na studiach bardzo podobały mi się fizjologia i patofizjologia, i dla mnie takim dosyć naturalnym przedłużeniem tych dwóch działów były nauki internistyczne – taka patofizjologia w praktyce. A po skończeniu tej pierwszej specjalizacji wybrałem reumatologię. [...] Od samego początku pracowałem na Oddziale Kardiologiczno-Internistycznym u dr. Ryszarda Targońskiego w Szpitalu Miejskim, a teraz pracuję na Oddziale Reumatologii”.

Po ukończeniu studiów w Białymstoku Kuba nie został w swoim rodzinnym Ełku, lecz przeniósł się do Olsztyna, gdzie łatwiej mu było budować swoją lekarską pozycję zupełnie samodzielnie.

CO FAJNEGO JEST W „CHÓROWANIU”

Kuba dołączył do Medici pro Musica ponad 10 lat temu z większą grupą początkujących lekarzy, zachęconych do przyścia na próbę przez Olę Bakun, wówczas prezeskę chóru, podczas oficjalnego powitania w Izbie Lekarskiej. Z kilkorga młodych ludzi, których z radością przyjęliśmy do zespołu, po kilku latach został tylko on – osobiste i zawodowe wybory pozostałych kolegów i koleżanek nie zatrzymały ich na dłużej w chórze, a niektórych nawet w Olsztynie. Choć twierdzi, że jego rodzice są bardzo muzykalni i w jego domu rodzinnym muzyka zawsze była obecna, to jednak, poza lekcjami muzyki w szkole podstawowej, nie miał żadnego doświadczenia w śpiewaniu ani przygotowania muzycznego. Jego pragnienia, czy może ambicje, „instrumentalne” zdradza jednak stojąca w pokoju gitara – na razie jeszcze osłonięta pokrowcem. Powstawanie muzyki jest bowiem dla Kuby procesem intrygującym.

„To mnie zawsze bardzo fascynowało, jak muzyka powstaje, jak ludzie biorą się za jakiś instrument i tworzą muzykę. I dopiero od momentu, gdy dołączyłem do chóru, ja też mo-

głem być częścią tego procesu. To jest niesamowicie fajne [...] – to tworzenie muzyki i to obcowanie z muzyką, to, że mogliśmy zaśpiewać w większym gronie, i z orkiestrą, i na różnych scenach – o tym to nawet nie śniłem, a udało się zrealizować! To jest jeden aspekt: chór jest po to, żeby tworzyć muzykę, taka oficjalna jest jego funkcja”.

Jednak, jak przekonuje, nie sama muzyka jest powodem, dla którego Kuba od 10 lat wciąż przychodzi na śródowe próby: „Bo tu nie chodzi tylko o tworzenie muzyki, ale także o bardzo fajną, ciekawą, złożoną, różnorodną grupę ludzi. Ja sobie to bardzo cenię. Ta rola chóru jest dla mnie nie mniej ważna: możliwość spotykania się z ludźmi zajmującymi się bardzo różnymi dziedzinami, nie tylko medycyną. To pozwala na poznanie innego spojrzenia na świat [...]. My mamy taką niszę, fizycznie nie da się tego wyodrębnić, ale mamy dodatkowy świat, dodatkową grupę ludzi, z którymi rozumiemy się jeszcze na trochę innych falach. Każdy z nas lubi muzykę, każdy z nas w jakiś sposób ją przeżywa, jest cenna – to jest ta jedna nić, która nas wszystkich łączy. I się okazuje, jak się poznajemy, że tych nici może być więcej i że takie spotykanie się raz na jakiś czas, w większym albo mniejszym gronie, bardzo dużo daje. To jest nie do przecenienia, to trzeba cenić i pielęgnować. Od samego początku bardzo dobrze się czułem w chorze. Od razu wszystkie te trybiki zaskoczyły”.

Jako chórzysta Kuba zaskoczył nas wszystkich i – jak się okazuje – także siebie samego, kiedy ujawnił się jako wykonawca solowy. Okazją do zaistnienia Kuby i kilku innych osób w tej roli był koncert piosenek Przybory i Wasowskiego. Ponieważ był to pierwszy występ chóru, podczas którego część piosenek miała zostać wykonana solo, nasza dyrygentka Małgosia zachęcała do zgłaszania się chętnych osób z wybranymi przez siebie piosenkami. Jak się okazało, Kuba dobrze znał repertuar Starszych Panów i miał swoją ulubioną piosenkę – *Addio pomidory*, wykonywaną dawniej po mistrzowsku przez Wiesława Michnikowskiego.

„Na początku nie byłem pewien co do propozycji naszej dyrygentki [...]. Ten mój numer solowy jest taki z przymrużeniem oka. Wydaje mi się, że gdybym miał to zaśpiewać na poważnie, tobym się stresował jak pierwszego dnia. [...] Już wcześniej znałem ten utwór na pamięć. Pomyślałem: chyba uda mi się go zaśpiewać”.

Ku uciesze publiczności Kuba zaśpiewał utwór nie tylko z wokalną poprawnością, lecz także równie lekko i z aktorskim zacięciem, które ujawniło się głównie w uroczym sepleniącej wymowie jego bohatera. Powtórzył to wykonanie jeszcze dwukrotnie, w tym w Teatrze Słowackiego w Krakowie, na prośbę organizatorów Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego „Przychodzi wena do lekarza”. Żeby jednak wykonać taki utwór w sposób przekonujący,

trzeba mieć i technikę, i talent. Że Kuba nie brak ani jednego, ani drugiego, potwierdził także, towarzysząc Oli Bakun w wykonaniu innej piosenki – *Odrobina mężczyzny na co dzień*, do której interpretacji przywdział bonżurkę, jakby pożyczoną od Felicjana Dulskiego. Od tego momentu Małgosia rezerwuje więc Kubie żartobliwe teksty do wykonania.

Z członkostwa w chorze, jak twierdzi Kuba, wynika jeszcze jedna ciekawa i cenna rzecz: „Ilekczo słucham jakiegoś utworu, jestem w stanie docenić trudniejsze partie, nawet w muzyce rozrywkowej. Na innym poziomie to się odbiera w momencie, gdy samemu też się śpiewa. Gdy wiesz, jakie masz ograniczenia, co ci się nie udało na jakimś jednym czy drugim koncercie, słyszysz, jak ktoś inny śpiewa, jesteś w stanie to wyodrębnić, ocenić i docenić”. Bardzo ciekawe!

BLISKO MUZYKI

Na moje pytanie, jakiej muzyki słucha, Kuba sięga do telefonu i odczytuje ostatnio słuchanych wykonawców. Są wśród nich reprezentanci różnych gatunków, a Kuba ze śmiechem wyjaśnia: „Im więcej słucham, tym bardziej tolerancyjny się robię”. Wśród „starych rzeczy” pojawiają się: David Bowie i Bill Evans, a następnie King Crimson, Steely Dan i Gorillas. Jak sam określa, jego zainteresowania muzyczne przechodzą od jazzu do rocka, ale „najbardziej takiego progrocka lubię z różnymi eksperymentami muzycznymi, ale lubię też muzykę, która powstaje z sampli. Jest też taki wykonawca Bonobo, który – jak twierdzi Wikipedia – tworzy muzykę z kategorii elektronika, triphop – to jest fajna rzecz. Słucham dużo jazzu, na przykład Billa Evansa czy klasyka Milesa Davisa, ale uwielbiam też polską muzykę. Okazuje się, że polscy muzycy są nie mniej utalentowani i na takim samym światowym poziomie, np. Komeda. To jest fascynujące, jaka dobra polska muzyka powstawała w tym czasie”.

Choć raczej rzadko słucha muzyki na żywo, Kuba dobrze wspomina koncerty muzyki klasycznej w olsztyńskiej filharmonii, na które chodził ponad rok, co tydzień, korzystając z karty melomana.

DALEKO OD DOKTORA HOUSE'A

Pasje Kuby przenoszą go w rzeczywistość odległą od medycyny.

„Kiedy wracam do domu po pracy, to raczej szukam rzeczy, które są zupełnie niezwiązane z pracą. Jak czytam książki, to raczej niemedyczne, jak oglądam filmy, seriale, to

też niezwiązane ze szpitalem, medycyną, doktorem House'em. Jest bardzo dużo rzeczy, bardzo dużo dziedzin, które są ciekawe, jak się przynajmniej trochę wgłębi w to”.

Dużą część wolnego czasu Kuby zajmują gry planszowe i tradycyjne gry RPG. Po metodycznych wyjaśnieniach dotyczących istoty i reguł tych drugich, bez czego trudno byłoby mi pisać o zainteresowaniach mojego bohatera, Kuba opowiedział mi, co pociąga go w grach fabularnych. Popularne RPG-i, nazywane kiedyś „grami wyobraźni”, jak przypomina, wymagają przede wszystkim improwizacji: „Jedna jest taka piękna rzecz, że gracze i mistrz gry razem tworzą pewną historię, pewną opowieść, z różnymi przeciwnościami, często jest tak, że nawet mistrz gry nie wie, co jego gracze postanowią [...]. I dzięki temu tworzy się też jakaś niepowtarzalna historia”.

Jak wnioskuję, gracze, by stworzyć postaci żyjące w odległych bardzo od rzeczywistości światach, nadać sens ich działaniom i utrzymać je przy (fikcyjnym) życiu, potrzebują także znajomości psychologii, czym Kuba z pewnością potrafi się wykazać. Dlatego na pytanie, kim mógłby być, gdyby nie został lekarzem, odpowiada, że psychologiem albo socjologiem. Ostatecznie mógłby projektować gry. Widok stosu anglojęzycznych podręczników gracza na stoliku w salonie, zwłaszcza w kontekście przedstawionego na moją prośbę uporządkowanego wyводу na temat właściwości gier, o których mowa, prowadzi mnie do wniosku, że dla Kuby gry RPG to coś więcej niż tylko rozrywka.

Wyobraźnia Kuby ma się czym karmić – znamy w chórze zamięłowanie naszego kolegi do książek. Podobnie jak w przypadku muzyki, nie są to pozycje jednego gatunku czy autora. Aktualnie przy łóżku Kuby leżą książki: *Gomulka. Władzy nie oddamy* Piotra Lipińskiego, *Wniebowzięci, czyli jak to się robi hydrozagadkę* Macieja Łuczaka, *Mitologia współczesna* Marcina Napiórkowskiego, i – „żeby nie było tak wzniośle” – komiks *Incal* oraz *Tajemnice Incala*. Do ulubionych autorów Kuby należą Ursula K. Le Guin, Julian Barnes, John Steinbeck, Cormac McCarthy, Susan Sontag. Jeśli nie książki, czas zajmują Kubie „stare filmy”. Jednym tchem wymienia *Siódmą pieczęć* Bergmana, *Trzeciego człowieka* Reeda i *Bulwar Zachodzącego Słońca* Wildera, natomiast mimo dłuższego namysłu nie potrafi wymienić czegoś współczesnego, co spodobałoby mu się na tyle, by było warte wspomnienia. Z polskiego kina natomiast lubi Kieślowskiego, no i wprost uwielbia *Hydrozagadkę* Kondratiuka.

Kuba określa się jako wielbiciel sztuki, choć (jeszcze) nie jej znawca. Jak mówi, lubi przejść się po muzeach. Wraz ze znajomymi planował wyprawę po rzymskich muzeach, którą jednak udaremniło nadejście pandemii Covid-19. W Polsce ma swoje ulubione –

w Krakowie. Ma też swoich ulubionych artystów – ostatnio jest nim np. amerykański malarz Jean-Michel Basquiat. Ściana w salonie Kuby czeka tymczasem na umocowanie kolorowych plakatów NASA (nadruk na płótnie), bo można sobie reprodukcję plakatu strzelić na ścianę. Ale reprodukcja obrazu jest takim trochę oszustwem.

(NIE TYLKO) O TYM, JAK SIĘ TERMOMIX ROZPRAWIA Z CEBULĄ

Obraz tego, co Kuba robi w wolnym czasie, dopełnia, nieco wymuszony przeze mnie, wątek gotowania. Na chóralnych imprezach Kuba dotąd błysnął znakomitym humorem, ale jak sam twierdzi, jego flagowym daniem jest chili con carne. Ku mojemu zaskoczeniu Kuba jest szczęśliwym posiadaczem termomiksu, chciałam więc wydusić z niego potwierdzenie lub dementi dotyczące krążących wśród znajomych opowieści o zaletach tegoż urządzenia. Jak się okazało, w termomiksie Kuba nie tylko sieka cebulę, choć zaczął od zachwyty nad tą właśnie funkcją urządzenia, ale również gotuje zupę musztardową z zapiekany boczkiem, a w kolejce czeka już ciasto. Prowadząc tę jakże przyjemną rozmowę przy kubku kawy ozdobionym wizerunkiem kuny, bez specjalnego zaskoczenia konstatowałam, jak wyłania się z tego spotkania portret interesującego człowieka, o takich właśnie cechach, których Kuba poszukuje (i jak twierdzi – bezsprzecznie znajduje) wśród koleżanek i kolegów z Medici pro Musica.

Małgorzata Sławińska, Medici pro Musica



CZARNOBYL

5.30. Budzik w zegarku na ręce zaczął wibrować. Wstaję i wyglądam za okno. Znowu deszcz i szarówka. Pogoda w Czarnobylu nie rozpieszcza. Jak co dzień. Cztery dni z rzędu aura jak z filmu *Siedem*. Ale to dobrze – klimat bardziej odpowiada miejscu i lepsze zdjęcia wyjdą, gdy słońce nie przerysuje konturów. To wzmacnia percepcję. Wstajemy, myjemy się w hotelu w mieście Czarnobyl. „Hotel” i „miasto” piszę z przekąsem. Hotel maksymalnie półgwiazdkowy. Po prostu mieszkania w bloku. Miasto-duch to tymczasowe lokum dla obsługi od 2 tys. do 4 tys. pracowników i naukowców byłej elektrowni, a także składowiska odpadów radioaktywnych. Jemy śniadanie, wsiadamy do małego busa i legalnie jedziemy na granicę Strefy Wykluczenia – zony, jak tu się mówi. Wkładam słuchawki do uszu. Słucham *Czarnobylskiej modlitwy* Swietłany Aleksijewicz, więc tży same płyną z oczu w tych „pięknych” okolicznościach przyrody. Jeszcze wtedy nie wiem, że książka tej noblistki posłuży za kanwę miniseriale *Czarnobyl*, który można obejrzeć na jednej ze znanych platform filmowych. Serial naprawdę godny polecenia, jeśli ktoś lubi skończyć oglądanie/czytanie i zmienić postrzeganie świata.

No dobra, dojeżdżamy do granicy zony. Drut kolczasty, brama, strażnica. Dostajemy osobiste dozymetry i kilka liczników Geigera-Müllera. Odtąd ciche tykanie, raz wolniejsze, raz szybsze, będzie nam towarzyszyć. Szczególnie przy przechodzeniu obok zełtomowanych maszyn z okresu katastrofy lub przy przejeżdżaniu przez Rudy Las. Tu nawet nie wolno się zatrzymywać. Rudy, czyli czerwony. Nazwa wzięła się od zmiany koloru liści po tym, jak w nocy przeszła radioaktywna chmura z reaktora. Rano drzewa były już czerwone. Taka jesień w środku wiosny, gdy chlorofil w liściach uległ destrukcji. Po katastrofie czołgami i spychaczami rozjeżdżono i potamano drzewa, a teren zaorano, ale promieniowanie tła zostało. Przejeżdżamy również przez „most śmierci”. W nocy 26 kwietnia 1986 roku paręnaście osób oglądało stąd potężny, świetlisty promień bijący w niebo ze zniszczonego reaktora na wysokość ponad kilometra. W ciągu kilku lat wszystkie te osoby zmarły, większość na choroby nowotworowe.



Teren znany na świecie jako przyczyna największej, ale nie jedynej katastrofy nuklearnej, tak naprawdę składa się z trzech miast i wielu wsi. Chcemy odwiedzić ich jak najwięcej. Pierwsze miejsce to wspomniany Czarnobyl – miasto to zbudowane w XII wieku nad rzeką Prypecią kiedyś należało do Rzeczypospolitej. Drugie miasto to Czarnobyl-2. To tu zbudowano cztery reaktory, dwa były budowane, a docelowo miało być ich dziesięć (w zależności od źródła). Wszystkie typu RBMK-1000. Są to reaktory, w których spowalniaczem neutronów, czyli moderatorem, jest grafit, stąd można usłyszeć, że są to reaktory grafitowe. Technologia użyta przez konstruktorów była wadliwa od samego początku, a poza tym z oddawaniem bloków spieszono się na różnego rodzaju święta, rocznice. W związku z tym przed inauguracją nie przeprowadzono wszystkich testów. Jeden z nich przeprowadzono 26 kwietnia 1986 roku. Błędy konstrukcji i niedociągnięcia ludzkie były przyczyną katastrofy. Obecnie wszystkie reaktory są wyłączone, elektrownia zamarta i przeprowadza się tu jedynie badania naukowe. Po zgaszeniu pożaru władze ZSRR nakazały zbudowanie wokół reaktora nr 4 sarkofagu z żelazobetonu. Niestety w ciągu 30 lat kopuła sarkofagu zaczęła pękać i ogólna powierzchnia spękań wyniosła 200 m². W związku z tym rządy Ukrainy i Unii Europejskiej postanowiły zainwestować w stworzenie drugiego sarkofagu,



który miał przykryć całość reaktora ze starym sarkofagiem. Zbudowała go specjalistyczna francuska firma w odległości ok. 500 m od bloku. Następnie w 2019 roku na szynach kolejowych wtoczono go na swoje miejsce. Francuzi dają 100 lat pewności co do ochrony przed promieniowaniem. Koszt budowy miał wynieść 900 mln euro, a finalnie zamknął się sumą 2 mld euro. Ciężar płatności w głównej mierze poniosła Unia Europejska i przy okazji wybudowano magazyn odpadów radioaktywnych dla całej Europy.

Jedną z setek ciekawostek jest istnienie wokół reaktora minerału, który powstał w tym jedynym miejscu na świecie. Nazwano go czarnobylitem i składa się ze stopionych w wysokiej temperaturze pierwiastków, związków chemicznych typowych dla reaktora i akcji gaśniczej. Poza tym chciałem wszystkich uspokoić, że teraz teren wokół elektrowni ma bardzo niskie promieniowanie tła. Sam sprawdzałem. Na pewno niższe niż np. w Warszawie lub nad Morskim Okiem. Granit i beton generują bardzo duże promieniowanie.

Na horyzoncie widać potężne kominy chłodni reaktorów. Jedziemy. To tu miała odparowywać para wodna, oddając nadmiar ciepła wytworzony przez 190 ton uranu-235.



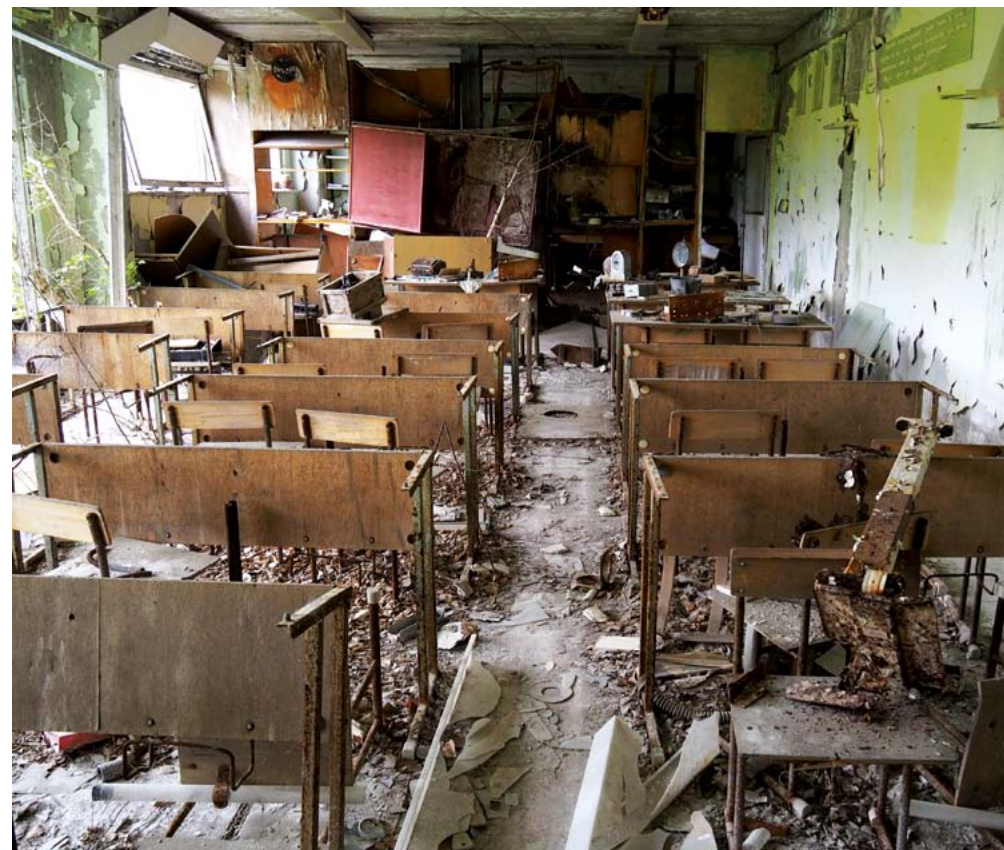
Wewnątrz mural przedstawiający chirurga zmęczonego po operacjach, które miały uratować poparzonych pracowników elektrowni. Mural wykonany na podstawie zdjęcia Iwana Kostina, za które otrzymał nagrodę World Press Photo.

Kolej na miasto Prypeć. „Miasto róż”, „Miasto kwiatów”. Pomnik sukcesu socjalistycznej gospodarki – miasto dla wybranych. Średnia wieku 24 lata. Wiele młodych małżeństw. Wszyscy zdolni, ambitni, zasłużeni. Stąd kilkanaście przedszkoli po 200–300 miejsc każde. W końcu same młode małżeństwa. Wszystkie budynki spójne architektonicznie. Przy głównej arterii – Prospekcie Lenina – na widokówkach mnóstwo klombów z różami, reprezentacyjne gmachy w stylu socrealizmu. Gmach partii, Hotel Polesie, zarząd elektrowni, supermarket. Miasto o populacji 45 tys. miało wszystko co potrzeba do szczęśliwego życia. Pływalnie, sale gimnastyczne, szkoły podstawowe, sklepy pełne telewizorów, sklep z pianinami (proszę sobie wyobrazić np. Ciechanów, Ostródę z takim sklepem), wielkie szpitale, przychodnie dentystyczne. Wszystko w skali makro. Niech widzą, że socjalizm to jedyna słuszna droga. A na obrzeżach bloki mieszkalne, w tym siedem 17-piętrowych.

1 maja 1986 roku miano oddać do użytku lunapark z dużym diabelskim młynem. Diabelski młyn nie przewiózł żadnego pasażera i już chyba nie przewiezie. Nie zdążył. 26 kwietnia 1986 r. zarządzono test, który powinien być wykonany przed oddaniem reaktora do użytku. Godzina 1:23 zmieniła dla mieszkańców Miasta Róż wszystko.

Teraz, idąc po Prospekcie Lenina, czujemy się jak w młodym lesie. Natura szybko upomniała się o swoje. Po różach nie ma śladu. Szyby powybijane, wszędzie pleśń, krzaki, popękany asfalt i beton. Od czasu do czasu przebiegnie lis. Wchodzimy do przedszkola. Niby nie można tego robić, ale tyle kadrów, że spędzamy tam trzy godziny. Pozostawione lalki, samochodziki, powywracane łóżka, na ścianie wisi portret Lenina. Królestwo mchu. Idziemy do szkoły. Łatwo rozpoznać klasę fizyki. Na ławkach stoją pomoce naukowe, na ścianie wiszą tablice ze wzorami, no i Lenin. Geografia. No tak, mapy największej potęgi na Ziemi. Już się rozpadają, poplamione, porwane, trawa rośnie na ławce. Muzyka. Kła-

wisze pianina połówki i spęczniały, a po kolorach nie ma śladu. Na podłodze rozrzucone płyty winylowe, część połamana. Tu Szostakowicz, tam Musorgski, a i Chopin się znalazł. Najciekawsze przysposobienie obronne. Cała sala w maskach przeciwgazowych. Setki. Kończymy z edukacją, idziemy do szpitala, potem do przychodni dentystycznej. Zardzewiałe łóżka, po chwili stół operacyjny i lampa operacyjna, farba odlażała ze ścian. Wszędzie cisza i tylko woda gdzieś kapie z sufitu. W aptece szpitalnej mnóstwo fiolek, buteleczek. Na podłogach porzucane karty pacjentów. Prąd w Prypeci jest wyłączony, można bezpiecznie chodzić bez obawy porażenia, a kabli w każdym pomieszczeniu wisi mnóstwo. Następnie odwiedziliśmy budynki techniczne, sale turbin, składowiska porzuconych samochodów, bocznice kolejową z powywracanymi wagonami. Tam, gdzie metal, tam większe promieniowanie, ale i tak nie są to duże dawki, tym bardziej że nie przebywamy tu długo. To postapokaliptyczne miasto robi przeogromne wrażenie. Na pewno chcę tu wrócić.



Jedziemy dalej – do opuszczonych wsi. ZSRR użyło ok. 800 tys. żołnierzy Armii Czerwonej do akcji wysiedlania i czyszczenia (bezszykownego) zony. Ich zadaniem był wywóz mieszkańców i zabicie wszystkich zwierząt w okolicy. Zdarzało się, czytając różne pamiętniki, że krowy zabijano w trakcie dojenia. Następnie zwłoki zwierząt zwożono do mogilników i zalewano cementem. Opuszczonych drewnianych chat są setki. W środku piec w kuchni i izba sypialna. Na kołkach na drzwiach wiszą kufajka, kapelusz, a na stole leżą talerze, miski, sztućce. Czasami butelka wódki. Dano im niewiele czasu na zebranie dobytku. Wiele chat z zawalonymi dachami. Wszystko gnije i zarasta, trudno przedostać się przez krzaki. W każdej wsi pomnik Bohaterów Wojny Ojczyźnianej 1941–1945.

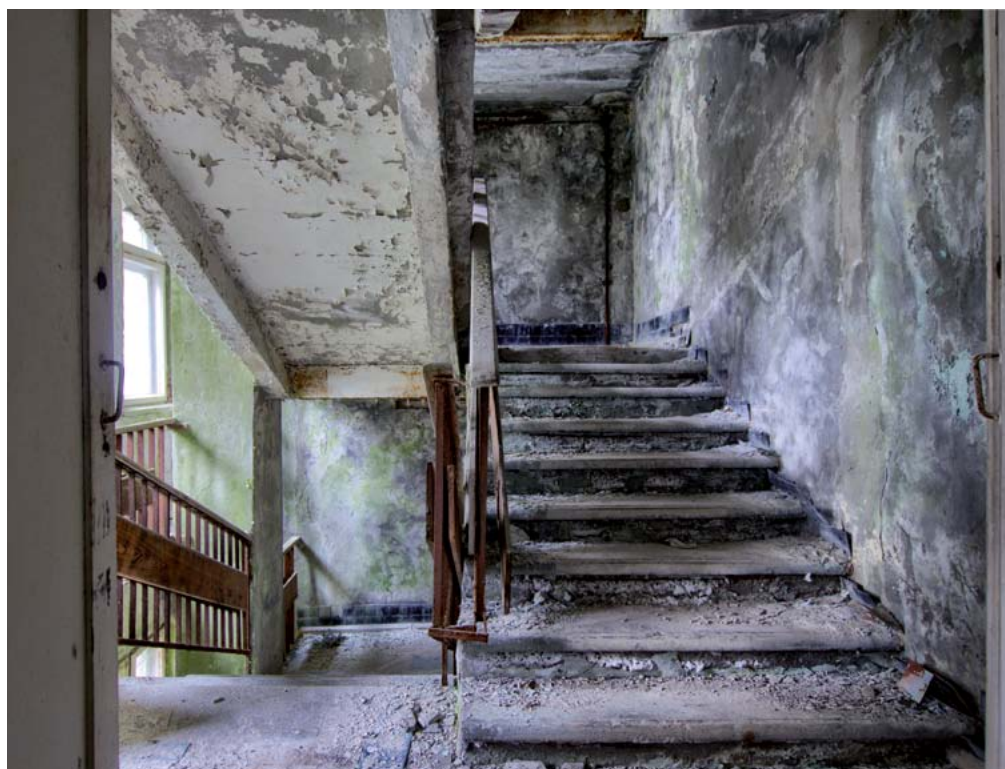
Na koniec, trzeba to zobaczyć, jedziemy do Dugi – Oka Moskwy. Wielkiego radaru pozahoryzontalnego. Amerykanie nazywali go „moskiewskim dzięciołem”. W czasie, kiedy pracował, w amerykańskich telewizorach i radiach słychać było zakłócenia podobne do uderzeń tego ptaka. Radar ten składał się z dwóch części – razem ponad 500 m długości i 135 m wysokości – i służył do wykrywania amerykańskich rakiet balistycznych.

W późniejszych latach wynaleziono prostsze i pewniejsze technologie, zamknięto więc kompleks, który obecnie niszczy.

Po czterech dniach żegnamy z zoną, bardzo poruszeni, to magnetyczne miejsce. To stanowczo za mało, żeby zobaczyć wszystko. Chcemy tu wrócić. Zostały miliony kadrów do uwiecznienia, oczywiście bez napawania się ludzką tragedią. Przy wyjeździe obowiązkowo trzeba się przytulić do dozymetru. Nie piszczy. To dobrze. W najgorszym wypadku trzeba zostawić radioaktywne części garderoby. Konkludując: przyroda po nas nie zapłaci i bardzo szybko zabierze w posiadanie to, co jej zabraliśmy.

Na zakończenie: temat katastrofy czarnobylskiej jest bardzo obszerny. Poruszyłem tu naprawdę część tego, co jest dla polskiego czytelnika dostępne w języku polskim. A książek, szczególnie w ostatnich latach, pojawiło się sporo. Do tego dochodzi Internet. Czasami informacje są sprzeczne, stąd musiałem opowiedzieć się za jakąś stroną, żeby zmieścić się na łamach „Biuletynu Lekarskiego”.

lek. stom. Andrzej Demus



TUŻ OBOK DROGI

Piękno renesansu – zamek w Krasiczynie

Zamek w Krasiczynie wybudowany został na przełomie XVI i XVII wieku. Budowę rozpoczął Stanisław Krasicki. Utrzymany jest w stylu renesansowo-manierystycznym, na planie czworokąta, z wewnętrznym dziedzińcem i czterema basztami:

- Boska – z kopułą na szczycie; mieściła kaplicę;
- Papieska – zwieńczona attyką, będącą kopią papieskiej korony Klemensa VIII; znajdowały się w niej pokoje gościnne przeznaczone dla wysokich dostojników kościelnych;
- Królewska – z sześcioma małymi narożnymi wieżyczkami; mieściły się w niej apartamenty królewskie;
- Szlachecka – zwieńczona koroną stanowiącą kopię korony króla Zygmunta III Wazy.

Zewnętrzne i wewnętrzne ściany zamku pokrywa dekoracja sgraffitowa, w sumie zajmuje ona dużą powierzchnię (7000 m²) i jest cechą charakterystyczną tej budowli.

Wzdłuż południowego i zachodniego skrzydła dziedzińca biegną krużganki. Po II wojnie światowej w zamku mieściło się technikum leśne, a od lat 70. XX wieku mecenas nad nim sprawowała Fabryka Samochodów Osobowych w Warszawie. Po likwidacji FSO w 1996 roku zamek wraz z parkiem przejęła Agencja Rozwoju Przemysłu i przeprowadziła prace remontowo-budowlane i konserwatorskie. Jednym z najcenniejszych elementów architektonicznych zamku jest mieszcząca się w Baszcie Boskiej kaplica, przyrównywana do Kaplicy Zygmuntowskiej na Wawelu. Obecnie w zespole zamkowo-parkowym znajdują się hotel i restauracja. Niektóre części zamku są udostępnione do zwiedzania w grupach z przewodnikiem.

Zamek otoczony jest parkiem o powierzchni 14,5 ha, będącym ozdobą krasiczyńskiej rezydencji. Stary drzewostan wraz z nasadzeniami, znakomicie wkomponowany w naturalny krajobraz, prezentuje się okazale o każdej porze roku.

lek. Jarosław Parfianowicz

Źródło: Wikipedia





PAMIĘCI TYCH, KTÓRZY ODESZLI...

Ryszard FUKS urodzony 16 marca 1932 roku w Nowogrodku. Po ukończeniu w 1955 roku studiów na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku i uzyskaniu dyplomu lekarza rozpoczął pracę na Oddziale Chirurgicznym Szpitala im. Mikołaja Kopernika w Olsztynie. W 1960 roku uzyskał I stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej, w 1962 roku I stopień, a w 1966 roku II stopień specjalizacji z chirurgii dziecięcej. Odbił liczne szkolenia organizowane przez Instytut Doskonalenia Kadr Medycznych, w tym trzymiesięczny kurs w klinice prof. Jana Kossakowskiego. Indywidualnie szkolił się w klinikach urologii u prof. T. Krzeskiego w Warszawie i u prof. R. Sztaby w Gdańsku. Wprowadził na Oddziale Chirurgii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie nowoczesne metody leczenia schorzeń urologicznych u dzieci. W 1974 roku uzyskał tytuł doktora nauk medycznych, a jego praca doktorska otrzymała pierwszą nagrodę Zarządu Głównego na Zjeździe Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych we Wrocławiu.

W latach 1980–1998 sprawował stanowisko ordynatora Oddziału Chirurgii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie. W 1981 roku został powołany przez ministra zdrowia na stanowisko konsultanta wojewódzkiego ds. chirurgii dziecięcej. W latach 1983–1996 pełnił obowiązki sekretarza Sekcji Urologii Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych. W 1985 r. przez trzy miesiące szkolił się jako stypendysta w Klinice Urologicznej Roland Klinik w Bremen. W 1991 roku został honorowym członkiem Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych.



Dr n. med. Ryszard Fuks
ur. 16 marca 1937, zm. 4 sierpnia 2020

Od 1993 roku przez dwie kadencje (8 lat) pełnił funkcję przewodniczącego Oddziału Gdańskiego PTChDz. Zarząd Oddziału zaczął redagować i wydawać „Biuletyn Szkoleniowy” – w tym czasie jedyne wydawnictwo tego rodzaju w kraju. Ryszard Fuks był autorem lub współautorem licznych publikacji naukowych z chirurgii i urologii dziecięcej. Organizował liczne ogólnopolskie konferencje i sympozja naukowe z zakresu urologii i chirurgii dziecięcej. Był niezastąpionym organizatorem szkoleń w formie kursów dla lekarzy, pielęgniarek i studentów. Organizował szkolenia lekarzy z oddziału w ośrodkach klinicznych w kraju i za granicą: w Niemczech, Francji i Stanach Zjednoczonych. Dzięki stałemu podnoszeniu kwalifikacji przez zespół i wprowadzaniu nowych metod leczenia

noworodków i dzieci starszych praca oddziału była bardzo pozytywnie oceniana przez Nadzór Krajowy (prof. K. Łodziński) i Zarząd Główny PTChDz. Osiągnięto wysoki poziom w leczeniu schorzeń urologicznych, ogólnochirurgicznych, wad wrodzonych u noworodków, w tym wad układu nerwowego, schorzeń urazowo-ortopedycznych, rozszczepów warg i podniebienia.

Wykształcił 10 specjalistów chirurgów dziecięcych. Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski oraz odznakami: „Zasłużony dla Armii i Mazur” oraz „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”.

UWAGA!

We wrześniowym wydaniu papierowej wersji Biuletynu Lekarskiego nr 164, na stronie 23, w artykule „Pamięci tych, którzy odeszli” poświęconemu dr. Ryszardowi Fuksowi, przez pomyłkę zamieszczone zostało zdjęcie dr. Jana Rymiana. Zdjęcie pobrane zostało ze strony Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie (www.chirurdzydzieciacy.pl/historia). Przyczyną pomyłki była niewłaściwa interpretacja podanych na stronie podpisów odnoszących się do zamieszczonych tam zdjęć.

Nie ma słów, które mogłyby wyrazić nasz żal za a zaistniałą sytuację. Serdecznie przepraszamy wszystkich czytelników, a przede wszystkim rodzinę, przyjaciół i dawnych współpracowników Doktora. Stosowne sprostowanie umieścimy w następnym numerze Biuletynu.

W kolejnym wydaniu Biuletynu (nr 165, grudzień 2020 r) w cyklu „Uczeń i jego mistrz” ukaże się obszerny artykuł autorstwa dr. Jana Zygmunta Trusewicza o życiu i pracy zawodowej dr. Ryszarda Fuksa.

Redakcja

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

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

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, Paweł TRYBA,
Katarzyna ŻÓŁKIEWICZ-KABAĆ, Elżbieta SKÓRA,

Bożena PAŃKOWSKA

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**