

meritum

nr 4 wrzesień 2010

magazyn lekarzy kujawsko-pomorskiej oil



W numerze m.in.:

- Po VII Kongresie Polonii Medycznej str. 6
- Stulecie szpitala Miejskiego w Toruniu str. 14
- Służba sanitarna podczas operacji „Ostra Brama” w Wilnie str. 16





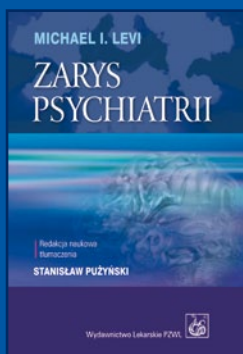
POSTĘPOWANIE DIETETYCZNE W NIEDOŻYWIENIU

Anna Rogulska

ISBN 978-83-200-4080-7, wydanie I, format: 14,5 x 20,5 cm, 80 stron, 5 tabel,

oprawa miękka, cena katalogowa 15 zł

Autorka jest dietetykiem medycznym, specjalistą do spraw żywienia. W latach 2004-2008 była konsultantem w poradni endokrynologicznej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Od 2009 roku prowadzi w Łodzi własną poradnię dietetyczną. W książce w sposób kompleksowy przedstawiono problem niedożywienia, pojawiający się u przewlekle chorych w okresie hospitalizacji i po jego zakończeniu. Autorka omawia przyczyny niedożywienia oraz sposoby jego rozpoznania, a także sposoby leczenia poprzez stosowanie odpowiedniej diety. W publikacji czytelnicy znajdą charakterystykę diet specjalnych i przemysłowych. Książka adresowana jest do lekarzy oraz do wszystkich osób uczestniczących w opiece nad przewlekle chorym w czasie i po hospitalizacji.



ZARYS PSYCHIATRII

Michael I. Levi Tytuł oryginału: Basic Notes in Psychiatry

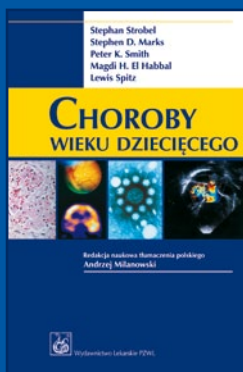
z jęz. angielskiego tłumaczył Roman Krysztofiak

Redakcja naukowa tłumaczenia: Stanisław Pużyński

ISBN 978-83-200-4236-8, wydanie I, format: 16,5 x 23,5 cm, 170 stron,

oprawa miękka, cena katalogowa 45 zł

Książka M. Leviego zawiera kompendialny, nowoczesny zestaw informacji z zakresu psychiatrii klinicznej, skupiony wokół problemów rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. Jest to pozycja adresowana zarówno do lekarzy specjalizujących się w psychiatrii jak i lekarzy pierwszego kontaktu, studentów medycyny przygotowujących się do egzaminu, ale także psychologów czy personelu pielęgniarstwa. Do polskiego wydania wprowadzono wiele uzupełnień; dotyczą one głównie leków psychotropowych, załączono również zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dotyczące stosowania klozapiny oraz leków przeciwpyschotycznych drugiej generacji, co wzbogaci zakres zawartych w książce informacji.



CHOROBY WIEKU DZIECIĘCEGO

Stephan Strobel, Stephen D. Marks, Peter K. Smith, Magdi H. El Habbal, Lewis Spitz

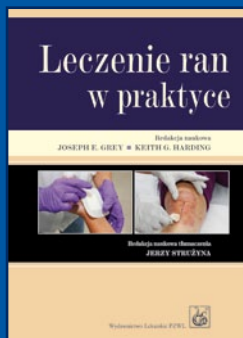
Tytuł oryginału: Paediatrics and Child Health

Redakcja naukowa wydania polskiego: Andrzej Milanowski

ISBN 978-83-200-3902-3, format 16,5 x 23,5 cm,

wydanie I, 640 stron, 1121 rycin, oprawa miękka, cena katalogowa 199 zł

Autorzy – znani specjaliści na świecie z renomowanego ośrodka pediatricznego – w sposób zwięzły i przystępny omawiają najważniejsze zagadnienia z zakresu chorób wieku dziecięcego. Poszczególne jednostki chorobowe omówiono według ustalonego schematu; etiologia, objawy kliniczne, badania diagnostyczne, leczenie oraz rokowanie. Ogromnym atutem publikacji jest bardzo bogaty materiał ilustracyjny – ponad 1100 kolorowych zdjęć. Będą niezwykle pomocne w diagnostyce poszczególnych jednostek chorobowych. Książka będzie przydatna dla lekarzy pediatrów w codziennej praktyce lekarskiej oraz studentów przygotowujących się do egzaminu z pediatrii.



LECZENIE RAN W PRAKTYCE

Joseph E. Grey, Keith G. Harding

Tytuł oryginału: ABC of Wound Healing

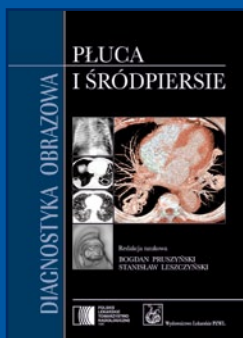
Z jęz. angielskiego tłumaczyli: Ryszard Mądry jr, Marcin Sierociński, Jerzy Strużyna

Redakcja naukowa tłumaczenia: Jerzy Strużyna

ISBN 978-83-200-3900-9, wydanie I, format 20,5 x 29 cm, 74 strony, 185 ilustracji, 26 tabel,

oprawa miękka, cena katalogowa 39 zł

Tematykę książki stanowi leczenie ran i owrzodzeń różnego pochodzenia, w tym występujących w zespole stopy cukrzycowej. Nacisk został położony na metody chirurgicznego opracowywania ran. Układ książki jest przejrzysty, dzięki czemu jest ona bardzo dydaktyczna i łatwa w korzystaniu. Książka będzie najbardziej przydatna młodym chirurgom, ponieważ zawiera opisy i świetne ryciny ilustrujące techniczne wykonywanie zabiegów. Zainteresuje również lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.



DIAGNOSTYKA OBRAZOWA PŁUCA I ŚRÓDPIERSIE

Bogdan Pruszyński, Stanisław Leszczyński (red.)

ISBN 978-83-200-3688-6, wydanie I, format: 20,5 x 29,0 cm, 644 strony, 1295 rycin, 57 tabel,

oprawa twarda, cena katalogowa 278 zł

Autorzy są znanymi i cenionymi specjalistami z różnych ośrodków w kraju. Publikacja wydana pod patronatem Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego Pierwsza publikacja z serii adresowanej do radiologów oraz osób przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego z radiologii klinicznej. Powinna stanowić doskonałą pomoc w codziennej praktyce lekarskiej. Pierwszy tom dotyczy diagnostyki obrazowej narządów klatki piersiowej. Zawiera informacje ogólne, jak omówienie metod badania narządów klatki piersiowej, wiadomości z zakresu anatomii radiologicznej, oraz część szczegółową, w której omówiono poszczególne jednostki. Każda jednostka chorobowa omówiona jest według określonego schematu: dane kliniczne, metody obrazowania z uwzględnieniem skuteczności stosowanych metod i diagnostyki różnicowej, zwrócenie uwagi na najczęściej popełniane błędy. Każdy temat jest bogato ilustrowany.

Zamówienie można składać:

– w księgarni internetowej: www.pzwl.pl

– pisemnie wysyłając na adres: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 02-672 Warszawa 113, skr. poczt. 16

– telefonicznie: 22 695 44 80 lub pod numerem infolinii: 801 142 080; faksem: 22 695 44 87

• OD REDAKTORA •



Kongres, czyli szczęśliwa siódemka

Nie wierzę w numerologię. Ale jak prawie każdy słyszałem o szczęśliwej siódemce. Bo siedem cudów świata, siedmiu mędrców greckich, po siedem tradycyjnych darów ciała i ducha, siedem cnót, siedem dzieł miłosierdzia, siedmiu japońskich bogów szczęścia, siedem gór i rzek oddzielających od świata realnego świat bajek, w którym mieszka siedmiu krasnoludków, a najlepsze buty to te siedmiomilowe. W tej wyliczance można by z powodzeniem umieścić nasz – jakże by inaczej – VII Kongres Polonii Medycznej. Kto w nim uczestniczył, ten wie, że wcale nie przesadzam. I nie był to sukces przypadkowy, a wypracowany i przez to w pełni zasłużony. Byłem w Komitecie Organizacyjnym Kongresu, przez co powinienem powściągnąć pochwały. Ale nie zrobię tego, bo absolutnie nie czuję się ojcem zwycięstwa. Jeśli takie umowne ojcostwo miałbym komuś przypisać, byłby to doktor Łukasz Wojnowski. To jego zdolności organizacyjne w połączeniu z ogromną determinacją i uporem w najlepszym pojęciu sprawiły, że drugie podejście do organizacji największego na świecie spotkania Polonii medycznej okazało się sukcesem. To on, tuż po wyborze na szefa KPOIL, zapalił zielone światło dla Kongresu. Odchudził Komitet Organizacyjny i każdemu z jego członków przydzielił konkretne zadania. A potem nadzorował, rozliczał, ale nade wszystko sam pracował. Przekonywał, jak się okazało bardzo skutecznie, samorządową centralę, lokalne władze i sponsorów, że warto nam pomóc. I nie wystawił za to co zrobił żadnego rachunku. Być może kiedyś nie potrzeba byłoby o tym wspominać, ale w czasach, w których powiedzenie „czas to pieniądź” nie jest pusto brzmiącym sloganem warto podkreślić, że organizatorzy pracowali społecznie. Mało tego, z uwagi na skromny budżet Kongresu, wszyscy członkowie Komitetu Organizacyjnego wnieśli pełne opłaty z tytułu wpisowego i imprez towarzyszących! Pisząc o organizatorach nie można pominąć pracowników biura naszej Izby. Ich zaangażowanie dalece wykraczało poza zakres urzędowych godzin pracy i obowiązków, a w dniach poprzedzających Kongres i podczas jego trwania było wysiłkiem dosłownie od świtu do nocy. Doskonale przygotowanie organizacyjne imprezy było najważniejszym, wpływającym na pozostałe czynnikiem, który przyczynił się do jej sukcesu. Na drugim miejscu wymienię przygotowany przez profesora Marka Rudnickiego program naukowy. Profesorowi Rudnickiemu udało się pogodzić wodę z ogniem, czyli tak dopasować tematykę, by każdy z uczestników, niezależnie od specjalizacji i miejsca wykonywania zawodu, znalazł coś interesującego. Dzięki prywatnym znajomościom Prezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych ściągnął do Torunia medyczne gwiazdy. I to był w mojej ocenie czynnik sukcesu numer trzy. Gościem specjalnym Kongresu była profesor Maria Siemionow z Cleveland Clinic, która wślawiła się pierwszym udanym przeszczepem twarzy w Stanach Zjednoczonych. Ponieważ moim zadaniem było organizowanie spotkań z mediami, miałem możliwość wielokrotnych rozmów z panią profesor, która jak można było się spodziewać, cieszyła się dużym zainteresowaniem dziennikarzy. Nie mógłbym nie wspomnieć, że współpraca z panią profesor była ogromną przyjemnością. Bo jest profesor Siemionow nie tylko wybitną lekarką, uznanym autorytetem naukowym, ale przede wszystkim kimś, komu w fantastyczny sposób udaje się łączyć wielką klasę i ujmującą skromność. Profesor Maria Siemionow była obecna od pierwszego do ostatniego dnia Kongresu, uczestnicząc nie tylko w obradach, ale i imprezach towarzyszących. Tych zaś było co niemiara. Po wykładach nikt nie mógł narzekać na nudę. Program imprez towarzyszących to czynnik sukcesu numer cztery. Po piąte, choć kolejność jest sprawą umowną, wymienię bardzo dobrą frekwencję. Na przyjazd do Torunia zdecydowało się prawie pół tysiąca lekarzy. To bardzo dobry wynik, biorąc pod uwagę coraz większą konkurencję rozmaitych zjazdów, sympozjów i konferencji, a także trud podróży, często naprawdę niemały. Szósty czynnik sukcesu to młodzi lekarze. Do ich zadań należało m.in. pakowanie materiałów kongresowych, pomoc przy zakwaterowaniu w hotelach oraz praca w biurze Kongresu. A wszystko „za jeden uśmiech”. Byli wolontariuszami, ale pracowali profesjonalnie, zbierając liczne pochwały. No właśnie, wysokie oceny to siódmy czynnik sukcesu. Słowa uznania płynęły od wielu uczestników, wykładowców, a także obecnych na Kongresie Prezesa NIL doktora Macieja Hamankiewicza. Nie brakowało głosów, by kolejne spotkanie Polonii medycznej zorganizować w Toruniu. W numerologię nie wierzę, więc dlaczego by nie?

Sławomir Badurek

e-mail: meritum@hipokrates.org

• W NUMERZE •

Wydarzenie

- Medycyna XXI wieku – możliwości i zagrożenia **str. 2, 3, 4, 5**
- Po VII Światowym Kongresie Polonii Medycznej **str. 6, 7**

Polonia medyczna

- Wczoraj, dziś i jutro Polonii medycznej **str. 8, 9**

Placówki medycznego

- Stulecie Szpitala Miejskiego w Toruniu **str. 14**

Historia medycyny

- Operacja „Ostra Brama” w Wilnie. Rola służby sanitarnej. **str. 16- 20**

Wspomnienie

- W wojsku, konspiracji i PCK **str. 22, 23**

Poezja

- SMS do Boga • **str. 23**

Komunikaty

- **str. 15, 21, 24**

Nowe godziny pracy biura Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu

poniedziałek	8 - 17
wtorek	8 - 18
środa	8 - 16
czwartek	8 - 16
piątek	8 - 13



meritum

REDAGUJE KOLEGIUM:

lek. Sławomir Badurek

(redaktor naczelny)

dr n. med. Marian Łysiak

mgr Dominika Kisielewska

WSPÓŁPRACA:

Agnieszka Lis

mgr Elżbieta Wierzbowska

mgr Anna Zielaskiewicz

Numer zamknięto 30.08.2010

Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania tekstów, nie zwraca nadesłanych materiałów, nie odpowiada za treść zamieszczonych ogłoszeń i reklam.

MEDYCYNĄ XXI WIEKU – MOŻLIWOŚCI I ZAGROŻENIA

Ideą leżącą u podstaw organizacji Światowych Kongresów Polonii Medycznej jest umożliwienie jej uczestnikom nawiązania utraconych więzi z ojczyzną oraz integrowanie polskich i polonijnych środowisk medycznych. W programach naukowych kolejnych kongresów równorzędne miejsce zajmują wykłady naukowe prezentujące najnowsze osiągnięcia światowej medycyny oraz sesje poświęcone codziennym problemom zawodu lekarza i środowiska lekarskiego. Niezwykle istotnym aspektem kongresu są imprezy towarzyszące sesjom naukowym, które dają możliwość nawiązania nieformalnych kontaktów i wielowymiarową wymianę doświadczeń.

W dniach 24 – 26 czerwca 2010 roku do Torunia przyjechało około pięciuset lekarzy z Polski i spoza granic naszego kraju, aby wziąć udział w VII Światowym Kongresie Polonii Medycznej. Oprócz lekarzy z Polski, którzy stanowili najbardziej znaczący procent uczestników, najliczniejsze reprezentacje Polonii Medycznej przybyły z Białorusi, Stanów Zjednoczonych, Litwy, Niemiec i Ukrainy.

Kongresy Polonii Medycznej wyróżniają się naukowo-integracyjnym charakterem spotkań i są organizowane co kilka lat w różnych miejscach Polski. Tym samym Toruń dołączył do ekskluzywnego grona polskich miast, które organizowały kongresy w latach poprzednich, to jest do Częstochowy, Katowic, Krakowa i Warszawy.

Organizatorami Kongresu były Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych oraz Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska przy wsparciu Naczelnej Izby Lekarskiej, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz Urzędu Miasta Torunia.

Według pierwotnych założeń VII Światowy Kongres Polonii Medycznej miał się odbyć w Toruniu we wrześniu 2009 roku – w roku piętnastolecia istnienia Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych, jednak ze względów organizacyjnych przeniesiono go na czerwiec 2010 roku. W międzyczasie zmieniły się władze zarówno Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej, jak i Naczelnej Izby Lekarskiej.

Przewodniczącym Komitetu Naukowego został prof. Marek Rudnicki, chirurg i działacz polonijny z Chicago, Prezes Fede-

racji Polonijnych Organizacji Medycznych. Członkami Komitetu byli: prof. Barbara Adamowicz-Klepalska, prof. Jan Borowiec, prof. Zbigniew Chłap, prof. Tadeusz Chruściel, prof. Marek Dobke, prof. Tomasz Grodzicki, prof. Ewelina Hrycaj-Malanicz, prof. Marek Jackowski, prof. Kazimierz Jodkowski, dr Piotr Konopka, dr Zbigniew Kostecki, doc. Krzysztof Krajewski-Siuda, dr Bogdan Miłek, dr n. med. Bartłomiej Nierzwicki, prof. Grzegorz Opala, prof. Władysław Pierzchała, prof. Grażyna Rydzewska, prof. Maria Siemionow, dr Bronisława Siwicka, prof. Adam Styś, prof. Anatol Świącicki, prof. Tadeusz Tołłoczko, prof. Andrzej Urbanik, doc. Zygfryd Wawrzynek, prof. Stanisław Wos, prof. Jerzy Woy-Wojciechowski, dr Jerzy Zieleński oraz prof. Jan Zierski.

Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego był dr Łukasz Wojnowski, pełniący funkcję Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu, skarbnikiem – dr Stanisław Hapyn, a członkami Komitetu – lekarze: Sławomir Badurek, Kazimierz Bryndał, Krystyna Chrupczak, Maciej Czerwiński, Piotr Hubert, Mariusz Janikowski, Piotr Kasztelowicz, Robert Mielcarek oraz Aleksander Skop. Funkcję dyrektora Kongresu pełniła mgr Elżbieta Wierzbowska, dyrektor Biura Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu.

Honorowy patronat nad VII Światowym Kongresem Polonii Medycznej objął Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Lech Kaczyński, który planował przybycie na uroczystą inaugurację Kongresu. Niestety, smoleńska katastrofa pokrzyżowała te plany. W wypadku prezydenckiego samolotu zginęło także dwoje członków Komitetu Honorowego: Krystyna Bochenek, Wicemarszałek Senatu RP oraz Maciej Płażyński, Prezes Stowarzyszenia „Wspólnota Polska”, które było jednym z partnerów Kongresu.

W składzie Komitetu Honorowego Kongresu znaleźli się: Rafał Bruski – Wojewoda Kujawsko-Pomorski, Piotr Całbecki – Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego, dr Maciej Hamankiewicz – Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Bronisław Komorowski – Marszałek Sejmu RP, Ewa Kopacz – Minister Zdrowia RP, Andrzej Person – Przewodniczący Senackiej Komisji Spraw Emigracji i Łączności z Polakami za Granicą, Waldemar Przybyszewski – Przewodniczący Rady Miasta Torunia, Andrzej Radziwiński – Rektor Uniwersytetu Mikołaja Koperni-

ka w Toruniu, dr Konstanty Radziwiłł – Prezydent Stałego Komitetu Lekarzy Europejskich, Radosław Sikorski – Minister Spraw Zagranicznych RP, Michał Wojtczak – Senator RP, Jerzy Woy-Wojciechowski – Prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz Michał Zaleski – Prezydent Miasta Torunia.

Inauguracja Kongresu

Uroczystą inaugurację VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej rozpoczęto od powitania gości Kongresu, wśród których znaleźli się między innymi Prezydent Miasta Torunia Michał Zaleski, Wiceprezydent Miasta Torunia Zbigniew Fiderewicz, Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego Piotr Całbecki, Biskup Diecezji Toruńskiej Andrzej Suski, Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz, senatorowie i posłowie, przedstawiciele władz samorządowych, uczelni wyższych i samorządów zawodowych.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego dr Łukasz Wojnowski w swoim przemówieniu powitalnym oznajmił, iż niezwykle miło jest mu witać gości przybyłych do Torunia w szczególnym dla tego miasta roku, a mianowicie w 777. rocznicę lokacji miasta i jednocześnie w 65. rocznicę powołania Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Podkreślił także, że uznawany za patrona Torunia Mikołaj Kopernik był przede wszystkim lekarzem, a zatem Toruń jest idealnym miejscem na spotkanie lekarskie. Dr Wojnowski wyraził także nadzieję, że uczestnicy Kongresu wyjadą z Torunia w pełni usatysfakcjonowani i z przyjaźnieniem.

Przewodniczący Komitetu Naukowego prof. Marek Rudnicki rozpoczął od wyrażenia swojej radości z faktu, iż dzięki wysiłkowi i uporowi wielu osób, skupionych głównie wokół toruńskiej Izby Lekarskiej, udało się wskrzesić do pięknego obrazu marzenie, które poległo w zgłiszczach pod koniec ubiegłego roku. Zauważył, iż Światowy Kongres Polonii Medycznej jest wydarzeniem niezwykle, ponieważ przyjeżdżają na niego lekarze z całego świata, których łączy dwie istotne sprawy: przyjazd do ojczyzny i przywiezienie ze sobą bagażu potężnych, niezwykle cennych doświadczeń zdobytych w krajach, w których na co dzień pracują. Na koniec zwrócił się do uczestników Kongresu – zwłaszcza tych, którzy przybyli zza wschodniej granicy Polski – mówiąc: „Mamy wspólne prze-

życia. Korzystajmy z nich wspólnie, abyśmy wszyscy razem mogli lepiej sprawować ten zawód, który jest zawodem szczytnym i jednocześnie oferować to, co mamy najlepszego, naszym kolegom i pacjentom, których zostawiliśmy w kraju."

Po wystąpieniu męskiego chóru Copernicus z Torunia głos zabrali zaproszeni goście. Prezydent Miasta Torunia Michał Zaleski w sposób szczególny powitał uczestników Kongresu, którzy opuścili rodzinne gniazda i wyfrunęli na cały świat, zapewniając jednocześnie, że „ten kraj i te gniazda czekają ciągle na was, są dla was otwarte i gościnne”. Następnie scharakteryzował Toruń jako miasto, które jest otwarte na gości z różnych stron świata i w którym od zawsze najistotniejsze były pokój i dialog oraz współdziałanie i współpraca. Dziękując organizatorom za wybór miasta Torunia na miejsce organizacji Kongresu, Michał Zaleski wyraził nadzieję, że pobyt w Toruniu będzie „spełnieniem nie tylko spotkania z ojczyzną, ale także spełnieniem planów naukowych i poznawczych, a przede wszystkim nawiązania dobrych koleżeńskich kontaktów”.

Senator Jan Wyrowiński powitał zgromadzonych na sali w imieniu Senatu RP, dla którego troska o losy Polaków przebywających poza granicami naszego kraju jest konstytucyjnym obowiązkiem i życzył uczestnikom Kongresu owocnych obrad. Zauważył także, iż obrady Kongresu przypadają w Polsce na okres kampanii prezydenckiej, w której problematyka ochrony zdrowia jest jednym z wiodących tematów.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr Maciej Hamankiewicz wyraził wdzięczność lekarzom, którzy podjęli trud przybycia na Kongres z najodleglejszych zakątków świata. Zauważył, iż uczestniczenie w światowym spotkaniu Polonii Medycznej jest wyrazem dbałości lekarzy emigrantów o swoje korzenie i możliwością określania tożsamości narodowej. W tym aspekcie szczególnie radosnym jest fakt, iż wielu uczestników Kongresu przyjechało do Torunia ze swoimi dziećmi i wnukami. Odnosząc się do programu naukowego Kongresu w sposób szczególny polecił wykład dotyczący medycznych aspektów katastrof lotniczych, który stwarza okazję do wspomnienia zarówno ofiar zbrodni katyńskiej, jak i tragedii smoleńskiej.

Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego Piotr Całbecki powitał uczestników Kongresu i życzył im owocnych obrad oraz pogodnych dni spędzonych nie tylko w Toruniu, ale w wielu miejscach regionu kujawsko-pomorskiego. W sposób szczególny podziękował dr Maciejowi Czerwińskiemu, który zainicjował całe przedsięwzięcie i podczas licznych spotkań przeko-

nał Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego do aktywnego zaangażowania się w organizację Kongresu.

Wykład inauguracyjny

– Challenges in face transplantation

Prof. Marek Rudnicki zaprosił zgromadzonych na uroczystej inauguracji gości na wykład inauguracyjny prof. Marii Siemionow z Cleveland Clinic (Ohio, USA) zatytułowany „Challenges in face transplantation”.

We wprowadzeniu do wykładu prof. Rudnicki oznajmił, iż od chwili, gdy po raz pierwszy usłyszał w mediach nazwisko prof. Marii Siemionow i dowiedział się o ogromie pracy, jaką włożyła w przygotowanie i przeprowadzenie transplantacji twarzy był przekonany, że najbliższe prestiżowe spotkanie lekarzy nie może się odbyć bez jej udziału, dlatego w listopadzie 2009 roku poprosił prof. Siemionow o przybycie w charakterze gościa honorowego i wygłoszenie wykładu inauguracyjnego na VII Światowym Kongresie Polonii Medycznej. Prof. Rudnicki przypomniał, iż prof. Maria Siemionow jest absolwentką Akademii Medycznej w Poznaniu, która 25 lat temu wyjechała do Stanów Zjednoczonych i osiągnęła w swojej karierze zawodowej wyższość, o których marzy wielu młodszych i starszych lekarzy.

Wykład prof. Marii Siemionow był przedstawieniem wieloletniej trudnej drogi, jaką przebyła do pierwszej transplantacji twarzy człowieka i scharakteryzowaniem wyzwań, na jakie napotykała na różnych etapach tej drogi. Mnogość wyzwań związanych z transplantacją ludzkiej twarzy jest kwestią oczywistą, zważywszy chociażby na to, jak niezwykle skomplikowaną strukturą jest twarz człowieka, wyrażającą piękno i emocje, nadającą indywidualną tożsamość i umożliwiającą życie w społeczeństwie. Równie wielkie znaczenie wiąże się z pełnieniem złożonych funkcji przez umiejscowione w strukturze twarzy organy takie jak nos czy usta.

Pierwszymi wyzwaniami było przeprowadzenie eksperymentów laboratoryjnych na szczurach i doświadczeń na ludzkich zwłokach. Klinika w Cleveland była pierwszym miejscem na świecie, w którym przeprowadzono transplantację twarzy szczura. Przeprowadzenie ponad 1000 operacji na szczurach pozwoliło zespołowi prof. Marii Siemionow szczegółowo poznać się z immunologicznymi zagadnieniami przeszczepu twarzy.

Jednym z największych wyzwań – charakterystycznym dla pionierów medycyny – było uzyskanie zgody amerykańskiego komitetu etycznego (IRB) na przeprowadzenie operacji transplantacji twarzy, która jest uznawana za procedurę eksper-

mentalną. Po kilkuletnich staraniach uzyskano zgodę w październiku 2004 roku – był to jednak dopiero początek drogi.

Kolejnym wyzwaniem dla zespołu prof. Siemionow stały się amerykańskie i światowe media, które już w 2004 roku – po uzyskaniu zgody komitetu etycznego – szczegółowo informowały o przygotowaniach do operacji i zadawały mnóstwo pytań, między innymi o kwestię wyglądu i tożsamości osoby, której zostanie przeszczepiona część twarzy innego człowieka. Poważnym wyzwaniem okazały się także kwestie prawne, wymagające między innymi dokładnego określenia czy ludzka twarz jest organem czy tkanką.

Przed przystąpieniem do transplantacji twarzy konieczne było uzyskanie zgody na przeszczep od organizacji, która tworzy listy dawców i biorców organów, przy czym okazało się, że wpisanie na listę twarzy jako organu możliwego do przeszczepu mogło spowodować protesty potencjalnych dawców organów, dla których twarz nie jest takim samym organem jak wątroba czy nerka. Uzyskanie zgody zajęło cztery lata.

Poważnym wyzwaniem było skompletowanie zespołu lekarzy i osób innych specjalności, którzy mieli pracować nad poszczególnymi – medycznymi i pozamedycznymi – aspektami transplantacji twarzy, dążąc do wspólnego celu. Prof. Maria Siemionow jako chirurg prowadzący powołała zespół, w którego składzie znaleźli się między innymi lekarze ponad trzydziestu różnych specjalności medycznych – w tym chirurdzy plastyczni, chirurdzy rekonstrukcyjni, transplantolodzy, dentyści, anestezjolodzy, immunolodzy – a także pielęgniarki, bioetycy i psychologowie.

Jednym z najpoważniejszych wyzwań był dobór odpowiedniego pacjenta do przeprowadzenia transplantacji twarzy. Odpowiedni kandydat powinien być silny, stabilny psychicznie i odpowiedzialny, ponieważ oprócz bycia pacjentem miał być także członkiem zespołu, aktywnie współpracującym z lekarzami. Ostatecznie wybrano 44-letnią kobietę, postrzeloną w twarz przez męża, która utraciła część kości twarzy i nie była w stanie normalnie jeść, pić ani oddychać.

W grudniu 2008 roku zespół lekarzy kierowany przez prof. Marię Siemionow przeprowadził 22-godzinną operację przeszczepienia twarzy od zmarłej dawczyni, dzięki której pacjentka odzyskała szczękę wraz z podniebieniem, górną wargę, policzki i nos, a także odzyskała zmysł smaku i węchu oraz możliwość samodzielnego oddychania, mówienia i jedzenia. Operację, której koszty sięgnęły 250 tysięcy dolarów, w całości sfinansowała Fundacja przy Klinice w Cleveland.

Ostatnim wyzwaniem było oczekiwanie na rezultaty operacji i poznanie odpowiedzi na pytania, czy organizm pacjentki nie odrzuci przeszczepu, jak będzie wyglądała twarz pacjentki po przeszczepie, czy uda się w pełni odzyskać zmysły i mimikę twarzy oraz jak pacjentka odnajdzie się w nowej rzeczywistości.

Na zakończenie wykładu prof. Maria Siemionow zauważyła, iż jako chirurg prowadzący mogła kontrolować wszystkie wyzwania, które pojawiły się przed przeszczepem, ale nie miała żadnego wpływu na to wszystko, co działo się po transplantacji. Prof. Siemionow wyznała także, iż za każdym razem, gdy widzi zdjęcie swojej uśmiechniętej pacjentki, jest przekonana, że warto było zmierzyć się z szeregiem wyzwań, jakimi naznaczona była droga do transplantacji twarzy.

Medycyna molekularna procesów starzenia

Kolejny wykład wygłoszony w części inauguracyjnej Kongresu, zatytułowany „Medycyna molekularna procesów starzenia”, przedstawił prof. Tadeusz Maliński – biochemik z Uniwersytetu w Ohio.

Prof. Maliński rozpoczął swoje wystąpienie od zdefiniowania starzenia jako prawdopodobieństwa śmierci człowieka w danym punkcie czasu, które wzrasta z ilością przeżytych lat, a także jako zmian w całym organizmie człowieka zachodzących w przeciągu całego życia. Procesy zachodzące w organizmie człowieka są nieubłagane i polegają na ciągłej walce między zniszczeniem komórek a odpowiedzią organizmu na to zniszczenie, czyli odbudowywaniem systemu.

Prof. Maliński omówił najważniejszą obecnie teorię starzenia się, czyli teorię zniszczeń powodowanych przez cząsteczki oksydacyjne (ROS), które dziennie powodują 6 milionów zniszczeń w jednej komórce. Procesy zachodzące w organizmie człowieka przedstawił obrazowo jako ciągłą walkę „dobrego” tlenu azotu i „złego” nadtlenu azotynu.

W badaniu procesów starzenia na poziomie molekularnym zespół prof. Malińskiego wykorzystuje zdobyte nanotechnologii – nanosensory, nanoroboty i nanosystemy, czyli urządzenia 1000 razy mniejsze od średnicy włosa, które pozwalają badać objętość milion razy mniejszą niż kropla wody.

Dobroczynny wpływ tlenu azotu prof. Maliński omówił na przykładzie układu krwionośnego – przepływ krwi w naczyniach krwionośnych powoduje wydzielanie się tlenu azotu, który tworzy film zapobiegający krzepnięciu płytek i formowaniu się zatorów.

Na podstawie pomiaru stosunku stężeń tlenu azotu do nadtlenu azotynu można przewidzieć między innymi jak długo będzie biło serce danego człowieka – jest to zatem metoda obliczania przewidywanej długości życia. Stworzono skalę do analizy relacji tych dwóch cząsteczek – wynik większy niż pięć oznacza, iż system jest funkcjonalny, a wynik poniżej jeden wskazuje na dysfunkcjonalność systemu.

Określono także krytyczne minimum stężenia tlenu azotu niezbędne do funkcjonowania serca – jeżeli stężenie tlenu azotu spada poniżej minimum, serce przestaje bić w ciągu kilkunastu sekund. Pomiar dwóch cząsteczek daje ważne informacje diagnostyczne i umożliwia śledzenie procesów starzenia się organizmu. Niektóre choroby mogą znacznie przyspieszać starzenie się organizmu – cukrzyca i otyłość mogą skrócić życie człowieka o kilkanaście lat. Niezwykle istotnymi czynnikami przyspieszającymi starzenie się człowieka jest narażenie na duży stres i palenie papierosów.

Medyczno-etyczna oś: lekarz – pacjent – szpital – państwo

Książd prof. Tadeusz Biesaga z Katedry Bioetyki Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie wygłosił wykład dotyczący kwestii etycznych zawodu lekarza – zwłaszcza w jego relacjach z pacjentami, jednostkami ochrony zdrowia oraz organami państwowymi.

Rozpoczął od zagadnienia presji wywieranej w warunkach wolnego rynku na medycynę i zawód lekarza, która często jest atakiem na podmiotowość lekarza, jego sumienie i zasady etyczne. Obszary wpływu wolnego rynku rozszerzają się przez szybki rozwój przemysłu medycznego i farmaceutycznego, a reklamy wpływają na decyzje lekarzy i pacjentów. Medycyna skomercjalizowana wymusza wywieranie silnego wpływu przez szpital na lekarza, a firmy ubezpieczeniowe w USA są nastawione na zysk i mają wpływ na dystrybucję leczenia.

Kolejnym zagrożeniem są zasady wprowadzane przez państwo liberalne, które wymaga od pracowników, aby w miejscu pracy byli oni neutralni aksjologicznie i lojalni wobec pracodawcy, aby stali się biurokratami moralnymi. Państwo liberalne relatywizuje także normy uniwersalne przez stosowanie zasady minimalnej moralności i wprowadza atomizm społeczny.

W takich warunkach tworzą się nowe modele relacji. W miejsce relacji: lekarz – pacjent pojawia się relacja: urzędnik państwowy – klient i następuje zawieranie kontraktu na wykonanie określonej usługi. Opieka zdrowotna sprowadzona jest do towaru, który pacjent może wybierać i nabywać według własnego uznania, a lekarz

musi ten wybrany towar dostarczyć na życzenie klienta bez odwoływania się do własnych zasad i moralności. Wartość pacjenta jako nabywcy towaru jest w tej relacji adekwatna do jego zamożności.

Jednak zasada podatności na zranienie nie pozwala na bezosobowe traktowanie cierpiącego w wyniku choroby pacjenta jak klienta i konsumenta usług, tylko postępowanie zgodnie z solidarnością społeczną. Lekarz w szczególnej sytuacji choroby powinien być adwokatem pacjenta, a nie instytucji państwa liberalnego i nie może zawieść pokładanego w nim zaufania.

Wręczenie wyróżnień

Ostatnim punktem programu inauguracji Kongresu było uroczyste wręczenie medalu Gloria Medicinae prof. Marii Siemionow i odznaczeń Pro Gloria Medici.

Medal Gloria Medicinae jest najwyższym odznaczeniem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego przyznawanym raz w roku dziesięciu lekarzom nie tylko za osiągnięcia naukowe oraz dydaktyczne, ale również za trud i wieloletnią pracę przy łóżku chorego. Jego szczególną wartość wynika z faktu, iż jest przyznawany lekarzom przez innych lekarzy. Medal może otrzymać każdy lekarz pracujący w Polsce i za granicą, profesor lub lekarz z najmniejszego nawet ośrodka miejskiego, bowiem jest on przyznawany za pracę dla dobra chorego, za pracę, która wzbudza szacunek społeczeństwa i rozsławia dobre imię lekarza polskiego.

Pro Gloria Medici jest najstarszym odznaczeniem przyznawanym przez samorząd lekarski lekarzom i innym osobom szczególnie zasłużonym dla środowiska lekarskiego. Jest też najwyższym odznaczeniem przyznawanym przez Kujawsko-Pomorską Okręgową Izbę Lekarską. Wyróżnieni zostali: dr Zbigniew Kostecki z Niemiec, prof. Marek Rudnicki z Chicago oraz dr Andzela Bogutka z Mołdawii.

Program naukowy Kongresu

Program naukowy Kongresu został stworzony przez Komitet Naukowy pod przewodnictwem prof. Marka Rudnickiego. Łączył w sobie zarówno wykłady prezentujące najnowsze trendy i doniesienia medyczne, jak i dyskusje dające lekarzom możliwość wymiany doświadczeń w zakresie różnorodnych rozwiązań systemowych i organizacyjnych w ochronie zdrowia w różnych państwach świata. Wykłady odbywały się w Auli Uniwersytetu Mikołaja Kopernika oraz w audytoriach Wydziału Prawa i Administracji UMK.

W czwartek 24 czerwca 2010 roku odbyło się siedem sesji naukowych:

– Cywilizacja XXI wieku a chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna (moderatorzy: Marek Dobke, Maria Siemionow)

– Czy samoleczenie może być panaceum na niektóre bóleczki systemów ochrony zdrowia? (Marek Rudnicki, Krzysztof Krajewski-Siuda)

– Lekarz, jego praca i środowisko (Jerzy Woy-Wojciechowski, Andzela Bogut-ska)

– Pediatria wczoraj, dziś i jutro (Alicja Chybicka, Andrzej Kajetanowicz)

– Ewolucja medycznego Internetu (Piotr Kasztelowicz, Oleg Navolokin, Igor Gnot)

– Medyczne aspekty katastrof lotniczych (Karol Śliwka, Krzysztof Kordel)

– Kardiologia: doniesienia różne (Bronisław Orawiec, Bronisława Siwicka).

W piątek 27 czerwca 2010 roku przeprowadzono łącznie szesnaście sesji naukowych:

– Odpowiedzialność lekarza wobec pacjenta i prawa (Jan Zierski, Mirosław Nesterowicz)

– Nowości w gastroenterologii i chirurgii (Marek Rudnicki, Jan Konturek)

– Mity i realia diagnostyki obrazowej (Andrzej Urbanik, Jorge Zieleniewski)

– Leczenie uzależnienia od tytoniu jest obowiązkiem lekarza - sesja poświęcona pamięci zmarłego w tym roku prof. Konrada Jamrozika (Witold Zatoński, Andrzej Wielgosz)

– Nowoczesne techniki diagnostyczno-terapeutyczne na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum w Bydgoszczy – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu (Henryk Kaźmierczak, Marek Jackowski)

– Autonomia lekarza: oksymoron czy wymarzona rzeczywistość (Adam Styś, Grzegorz Opala)

– Współczesne problemy chirurgiczno-metaboliczne (Jerzy Sarosiek, Piotr Konturek)

– Uwarunkowania sukcesu finansowego w ochronie zdrowia (Zygfryd Wawrzyniak, Andrzej Matyja)

– Ewolucja i rewolucja w ginekologii (Ewa Radwańska, Ryszard Poręba)

– Współczesna stomatologia – spojrzenie z różnych perspektyw (Barbara Adamowicz-Klepalska, Bartłomiej Nierzwicki)

– My – Polsce, Polska – nam: perspektywy obustronnego zainteresowania edukacją w medycynie (Ewa Radwańska, Piotr Laidler)

– Zdrowie naszego pokolenia: co robić by żyć dłużej i lepiej (Grzegorz Opala, Andrzej Wielgosz)

– Międzyspecjalistyczna terra incognita: granice rozsądku i odpowiedzialności (Jan Zierski, Adam Styś)

– Problemy etyczne zawodu lekarskiego (Maria Michejda, Zbigniew Domosławski)

– Model lekarza rodzinnego: między wystawiaczem skierowań a omnibusem (Bogdan Miłek)

– Doniesienia różne (Kazimierz Jodkowski, Stanisław Zemankiewicz)

Ostatniego dnia Kongresu miały miejsce tylko dwie sesje naukowe:

– Tęskno mi do Polski: Wracać? Nie Wracać? Cześć? (Janusz Kasina, Bogdan Miłek)

– Wczoraj, dziś i jutro Polonii Medycznej: między oczekiwaniami a realiami (Marek Rudnicki)

Imprezy towarzyszące

Światowy Kongres Polonii Medycznej tradycyjnie posiada bogaty program imprez towarzyszących. Uczestnicy VII Kongresu mieli możliwość uczestniczenia w biesiadzie staropolskiej w osadzie „Karbówko”, połączonej z występami Nocnej Zmiany Bluesa oraz Kabaretu Lekarzy z Łodzi, a także wzięcia udziału w bankiecie w Dworze Artusa, uatrakcyjnionym koncertem zespołu „Morka i Przyjaciele” oraz występem zespołu Uniatowski Jazz Quartet.

Miłośnikom poznawania nowych miejsc zaproponowano nocne zwiedzanie Torunia, rejs statkiem po Wiśle, seans w Planetarium, zwiedzanie Obserwatorium Astronomicznego w Piwnicach pod Toruniem, Muzeum Etnograficznego i Żywego Muzeum Piernika, a także wycieczkę do Cytadeli Grudziądzkiej. Dla lekarzy sportowców zorganizowano turniej tenisa ziemnego, a dla lekarzy internautów – spotkanie uczestników list internetowych.

Światowy Kongres Polonii Medycznej umożliwił zorganizowanie zebrań Rady Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych oraz posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej. Odbłyło się także uroczyste spotkanie przedstawicieli Komitetu Naukowego i Organizacyjnego Kongresu, Rady Federacji oraz Naczelnej Rady Lekarskiej z Prezydentem Miasta Torunia Michałem Zaleskim.

Zakończenie Kongresu

Uroczyste zakończenie VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej wypełniły podsumowania i podziękowania. Dr Andzela Bogut-ska podziękowała organizatorom Kongresu w imieniu polskich lekarzy ze Wschodu za umożliwienie im wzięcia udziału w tak ważnym dla Polonii Medycznej wydarzeniu. Prof. Marek Rudnicki podziękował organizatorom Kongresu – Naczelnej Izbie Lekarskiej i w sposób szczególny Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej z prezesem Łukaszem

Wojnowskim na czele. Dr Łukasz Wojnowski wyraził radość płynącą z faktu, iż Komitetowi Organizacyjnemu udało się spełnić oczekiwania uczestników. Oceniając skromnie wkład pracy toruńskiej Izby Lekarskiej zauważył, że byli oni tylko rzemieślnikami, których zadaniem było godnie oprawić dzieło, jakim był program naukowy Kongresu. Dr Wojnowski podziękował prof. Markowi Rudnickiemu i wręczył mu okolicznościowe upominki. Podziękował także swoim współpracownikom i młodym lekarzom, którzy pomogli w organizacji Kongresu.

Dr Aleksander Skop ogłosił wyniki turnieju tenisowego i wręczył nagrody zwycięzcom – w grze pojedynczej triumfował dr Bronisław Orawiec, a w grze podwójnej zwyciężyli dr Bronisław Orawiec i dr Aleksander Skop. Dr Maciej Hamankiewicz i dr Anna Lella podziękowali w imieniu Naczelnej Rady Lekarskiej Komitetowi Naukowemu i Organizacyjnemu Kongresu oraz wszystkim wykładowcom, którzy zechcieli się podzielić swoją wiedzą i doświadczeniami.

Zamykając VII Światowy Kongres Polonii Medycznej prof. Marek Rudnicki wyraził nadzieję, że Kongres otworzy nową, lepszą erę w relacjach Polonii Medycznej ze środowiskami medycznymi w Polsce. Wyraził także swoje zadowolenie z wysokiego poziomu sesji naukowych i prezentowanych w ich ramach wykładów.

Sponsorzy

Sponsorami Kongresu byli: Senat Rzeczypospolitej Polskiej, Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Naczelna Izba Lekarska, a także firmy: Bellastoma-Consus Medica, BMW Jaworski Auto Sp. z o.o., Aesculap Chifa Sp. z o.o., Infocomp Toruń Sp. z o.o., TU Inter Polska SA, Klinika Uzdrowiskowa „Pod Tężniami” Ciechocinek, Fabryka Cukiernicza „Kopernik” SA Toruń, Lecznicze Citomed, Sanofi-Aventis Sp. z o.o., Siemens Finance Sp. z o.o., Stolter Sp. z o.o., TZMO SA, US Pharmacia Sp. z o.o. Wrocław, Draeger Polska Sp. z o.o. Bydgoszcz.

W gronie partnerów Kongresu znalazły się takie przedsiębiorstwa i organizacje jak Stowarzyszenie „Wspólnota Polska”, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Urząd Miasta Torunia, Urząd Miasta Grudziądz, miasto i gmina Kowal, Poczta Polska, Lufthansa, Toruń Convention Bureau Copernicus oraz Centrum Konferencji i Wystaw EXPO-ANDRE.

Patronat medialny nad imprezą objęły telewizje: Telewizja Polska, TVP Bydgoszcz, UMK TV, wydawnictwa medyczne: Gazeta Lekarska, Medycyna Praktyczna, Służba Zdrowia i Wiadomości Lekarskie oraz portale: esculap.pl, konsylium24.pl i openmedica.pl.

Dominika Kisielewska

PO VII ŚWIATOWYM KONGRESIE POLONII MEDYCZNEJ

W sobotę 26 czerwca 2010 r. zakończył się VII Kongres Polonii Medycznej. Było to niezwykle spotkanie lekarzy z całego świata, którzy przyjechali do Torunia, by podzielić się najnowszą wiedzą z wielu dziedzin medycyny z lekarzami z Polski i ze świata. Wspólnym mianownikiem tego spotkania było polskie pochodzenie i porozumiewanie się językiem wspólnym dla wszystkich – językiem polskim.

W Kongresie uczestniczyło ponad 600 lekarzy, rozsiadanych po całym świecie, od Australii po Kazachstan, od San Diego po Wilno, Lwów i inne miasta i kraje, które w następstwie losów historii znalazły się poza granicami Polski. Trzy dni wspólnych rozmów były świętem dla wszystkich, dla których zniknęły na ten czas granice, różnice, problemy.

Uczestników Kongresu przybyłych z różnych stron połączyła chęć podzielenia się unikalnymi doświadczeniami pracy w różnych systemach ochrony zdrowia. Warto, by z tych doświadczeń skorzystać przy budowaniu jakiegokolwiek systemu ochrony zdrowia, czy też jakiegokolwiek jego formy.

Kongres odbywał się pod ogólnym hasłem: „Medycyna XXI Wieku – Możliwości i Zagrożenia”.

Prezes Kongresu Polonii Amerykańskiej w swoim liście do uczestników Kongresu pisał min że „... rola lekarza – Polaka – jest szersza niż zakres tylko i wyłącznie medycyny. Wielu z Waszych pacjentów zgłasza się do Was nie tylko, ponieważ jesteście specjalistami w swoich dziedzinach, ale również, a czasem może i przede wszystkim, dlatego że mają zaufanie, że wieść kultury i dziedzictwa, która ich z Wami łączy, przełoży się na głębszy kontakt”. Przewodniczący Papieskiej Rady d/s Służby Zdrowia, arcybiskup Zygmunt Zimowski („Minister Zdrowia Watykanu”) w swoim błogosławieństwie podkreślił temat Kongresu „trafnie dobrany do potrzeb dzisiejszego człowieka, w sposób szczególny chorego i potrzebującego pomocy drugiej osoby”.

Gościem Honorowym była prof. Maria Siemionow z Cleveland Clinic, autorka „Face to Face”. Przedstawiła fascynującą historię wykonania pierwszego całkowitego przeszczepu twarzy u kobiety, która w wyniku postrzału straciła nie tylko skórę, ale dużą część struktury kostnej twarzy.



Współorganizatorzy Kongresu prof. Marek Rudnicki i dr Łukasz Wojnowski.

Z rąk przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, prof. Woya-Wojciechowskiego, otrzymała najwyższe wyróżnienie tej organizacji, Medal „Gloria Medicinae”. Pobyt prof. M. Siemionow w Toruniu sponsorowany był przez firmy Bellastoma Consus Medica oraz BMW.

Niezwykłym zainteresowaniem cieszyły się również dwa inne wykłady inauguracyjne: prof. Tadeusz Maliński z Ohio University mówił o molekularnych mechanizmach starzenia się, a książd prof. Tadeusz Biesaga z Uniwersytetu Papieskiego im. Jana Pawła II w Krakowie o medycynie etycznej osi: lekarz-pacjent-szpital-państwo.

Program naukowy Kongresu obejmował 26 sesji, w których wystąpiło 160 mówców z całego świata, w tym ponad 70 naukowców z tytułem profesora. Tematyka sesji była bardzo różnorodna, tytuły wielu sesji były niezwykle intrygujące. Czołowi chirurdzy plastycy zastanawiali się, co decyduje o rozwoju ich dziedziny – oczekiwania pacjentów, czy też wzrastająca oferta chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej. Podczas innej sesji, międzynarodowy panel zastanawiał się, czy samoleczenie może być remedium na nieustanne bóle łązki. Sesję „Czy samo leczenie może być panaceum na niektóre bóle łązki systemów

ochrony zdrowia” sponsorowane były przez firmę US Pharmacia. Dyskusja dot. postępów w chirurgii i gastroenterologii wzbudziła zainteresowanie każdego gremium na świecie.

To właśnie podczas niej można było wysłuchać niezwykle wykładu dr. Tomasza Roguli bezpośrednio (live) z Cleveland Clinic z Ohio. Prof. Sarosiek z Texas Tech z El Paso z niezwykłą pasją mówił o mechanizmach obronnych błony śluzowej żołądka. Na sesjach dot. ginekologii, kardiologii, stomatologii, pediatrii, radiologii, medycyny rodzinnej mówiono nie tylko o postępach w tych dziedzinach, ale również o zmniejszających się różnicach między możliwościami medycyny w różnych krajach. Intrygującą wszystkich była sesja dot. medycznych aspektów katastrof lotniczych, z udziałem lekarzy biorących udział w badaniach po katastrofie pod Smoleńskiem. Problemy etyczne zawodu lekarskiego, odpowiedzialność lekarza wobec pacjenta i prawa, autonomia lekarza, jego praca i środowisko, granice odpowiedzialności między specjalistami to tematy kolejnych sesji. Walka z paleniem papierosów, przedstawienie leczenia uzależnienia jako obowiązku każdego lekarza to inna bardzo ciekawa sesja w której udział wzięli min. prof. W. Zatoński z Centrum Onkologii

w Warszawie, prof. A Wielgosz z University of Ottawa (Canada) Warto podkreślić, że ta sesja w całości sponsorowana była przez Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Podczas odrębnej sesji przedstawiono bogate osiągnięcia Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu.

i emanowało wolą dalszych wspólnych przedsięwzięć.

Kapituła Odznaczenia i Tytułu Pro Gloria Medici Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej przyznała swoje najwyższe wyróżnienie trzem zasłużonym działaczom Polonii Medycznej. Otrzymali je: dr Andżela Bogutska z Polskiego Towarzystwa

kolejnych turystów. Toruń absolutnie zasługuje na to.

Członkowie Związku Lekarzy Polskich w Chicago stanowili jedną z najbardziej dynamicznych grup kongresowych. Wspomniany wyżej dr Marek Rudnicki był głównym animatorem Kongresu. Dr Józef Mazurek, prezes ZLP w Chicago oraz honorowy prezes dr Bronisław Orawiec mieli świetne wystąpienia, a dr Orawiec tradycyjnie wygrał turniej tenisowy organizowany dla uczestników Kongresu. Prof. Ewa Radwańska zorganizowała i prowadziła sesję dot. ginekologii. Dr Kornelia Król i dr Ewelina Worwąg były również bardzo aktywnymi uczestniczkami Kongresu.

Na zakończenie Kongresu, współorganizatorzy: Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych oraz Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska wymienili pamiątkowe certyfikaty. Czytamy w nich: „Rada Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych wyraża podziękowanie Kujawsko-Pomorskiej Izbie Lekarskiej oraz jej prezesowi dr. Łukaszowi Wojnowskiemu za ogromny wysiłek i zaangażowanie przy organizacji VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej”. Na drugim zaś czytamy: „Wielce Szanownemu Panu Profesorowi Markowi Rudnickiemu, Prezesowi Federacji Polonijnych Orga-



od lewej:

Piotr Hubert, Marek Rudnicki, Mieczysław Szatanek, Maria Siemionow, Łukasz Wojnowski, Sławomir Badurek, Ryszard Poręba, Jerzy Woy-Wojciechowski, Bronisław Orawiec

Trzy sesje poświęcono problemom relacji między krajem a lekarzami pracującymi za granicą. Mówiono o tym, co Polska może oferować zagranicy w ramach edukacji, leczenia, badań naukowych, jak również jakie są oczekiwania i korzyści dla obu stron z szeroko zakrojonych programów prowadzonych przez różne szkoły medyczne. Głęboko utkwiała w pamięci sesja zatytułowana „Tęskno mi do kraju: Wracać? Nie wracać? Czekać?”. Lekarze z różnych stron świata podzielili się swoimi odczuciami o możliwościach powrotu do kraju i szansach na odnowienie w nim karier zawodowych. Ładunek emocjonalny tych wspomnień był niezwykle, w ciągu kilku minut uwolniono nagromadzone przez dziesiątki lat tęsknoty za krajem, za swoją ziemią ojczystą, za wszystkim, co utraciono, przebywając za granicą. Te chwile i wspólne przeżywanie lat tułaczki pozostaną nam wszystkim w pamięci.

Kongres podsumowała sesja poświęcona przyszłości Polonii Medycznej, tej na Zachodzie i również tej na Wschodzie. Wspólne spotkanie Prezydium Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Zarządu Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych zakończyło obrady Kongresu. To spotkanie świadczyło o niezwykle ciepłych relacjach między oboma organizacjami

Medycznego w Mołdawii, dr Zbigniew Kostecki z Polskiego Towarzystwa Medycznego w Niemczech oraz prof. Marek Rudnicki ze Związku Lekarzy Polskich w Chicago.

Kongres miał bardzo wysoki poziom naukowy. Ale dominującym aspektem spotkania ludzi, przybywających z tak daleka, była niezwykła, radosna i otwarta atmosfera Kongresu. Weterani Kongresów, ci, którzy bywali uprzednio, nie pamiętają tak znakomitej oprawy, organizacji i programu, ale przede wszystkim atmosfery. Złożyło się na to wiele czynników: znakomity program naukowy, przygotowany przez prof. Marka Rudnickiego z Chicago, prezesa Światowej Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych, świetne zabezpieczenie organizacyjne, zapewnione przez miejscowego partnera, Kujawsko-Pomorską Izbę Lekarską, pod przewodnictwem dr Łukasza Wojnowskiego. Toruń zaskoczył wszystkich swoim ciepłem, niezwykłą mozaiką średniowiecznych murów przy nowoczesności prężnego ośrodka akademickiego. Urząd Miasta Torunia z prezydentem Zaleskim, Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego zrobili wszystko, by lekarze z całego świata znaleźli w nim przyjazne miejsce, otwarte na świat i czekające na



nizacji Medycznych i Przewodniczącemu Komitetu Naukowego Kongresu, z wyrazami szacunku i uznania za tytaniczną pracę włożoną w organizację VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej i zapewnienie niezwykle wysokiego poziomu naukowego i merytorycznego Kongresu”. Te kilka słów na obu certyfikatach, podpisanych przez prezesów swoich organizacji, świadczą, że wzajemne zrozumienie, determinacja i wola zorganizowania dobrego spotkania może być zrealizowana niezależnie od wieku, wielu różnych problemów. Oby takich spotkań, tak dobrze przyjętych przez wszystkich, było więcej.

Marek Rudnicki
Łukasz Wojnowski



WCZORAJ, DZIŚ I JUTRO POLONII MEDYCZNEJ

Według szacunkowych danych Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych Polonia Medyczna liczy obecnie od 20 do 25 tysięcy lekarzy rozsiadanych po całym świecie od Stanów Zjednoczonych po Kazachstan. Szczególnie duże skupiska lekarzy związanych z polskością znajdują się w Ameryce Północnej, Europie Zachodniej oraz na zachodnich terenach byłego ZSRR. Są oni zrzeszeni w zróżnicowanych terytorialnie polonijnych stowarzyszeniach medycznych, z których część należy do Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych.

Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych

Na początku lat 90. minionego wieku narodziła się idea stworzenia organizacji, która połączyłaby w sobie związki lekarzy polskich z różnych państw świata i skoordynowała ich działania. Inicjatorem i głównym propagatorem tej idei był dr Kazimierz Nowak z Londynu.

W maju 1993 roku we francuskim Calais, a następnie w październiku tego samego roku w Sztokholmie spotkali się przedstawiciele czterech polonijnych stowarzyszeń medycznych: Związku Lekarzy Polskich na Obczyźnie w Londynie, Związku Lekarzy Pochodzenia Polskiego we Francji – Paryż, Zrzeszenia Pracowników Służby Zdrowia Pochodzenia Polskiego we Francji – Lille oraz Stowarzyszenia Medyków Polskich w Szwecji – Sztokholm. Podczas tych dwóch spotkań potwierdzono potrzebę utworzenia federacji polskich organizacji medycznych na emigracji, a także sprecyzowano jej cele i oczekiwania.

Federacja Polskich Organizacji Medycznych na Obczyźnie została powołana do życia 13 marca 1994 roku w Londynie. W jej skład weszły cztery organizacje założycielskie. Zasady przyjmowania kolejnych organizacji członkowskich zostały określone w zatwierdzonym tego samego dnia statucie. Za podstawowe cele Federacji uznano integrację polskich środowisk medycznych na emigracji, reprezentację tych środowisk oraz ich integrację z Polską. Pierwszym prezesem Federacji został dr Kazimierz Nowak.

W czerwcu 2000 roku w wyniku wniosków rozważań i głosowania korespondencyjnego uproszczono nazwę Federacji z „Federacja Polskich Organizacji Medycznych na Obczyźnie” na „Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych”.

Zgodnie z zapisami statutowymi Federacja jest apolityczną organizacją emigracyjną, będącą oficjalnym reprezentantem całości organizacji członkowskich i repre-

zentującą ich wspólne interesy. Federacja ma przede wszystkim służyć medycznej społeczności polonijnej, ale także – przez patriotyzm i dobrze pojęty interes społeczny i narodowy – ma służyć Polsce.

Członkiem Federacji może zostać – na zasadzie dobrowolności – każde aktywne stowarzyszenie medyczne zrzeszające członków zamieszkujących poza granicami Polski, które popiera statutowe cele Federacji. Po przystąpieniu do Federacji organizacje medyczne zachowują swoją niezależność, działają według ustalonych przez siebie statutów, posiadają własne cele i styl działania, a także utrzymują własne zasady przyjmowania członków i określają ich prawa i obowiązki.

W myśl statutu do podstawowych celów Federacji należy:

- wymiana doświadczeń i koordynacja działań organizacji członkowskich oraz współpraca zawodowa i podtrzymywanie więzi koleżeńskich i towarzyskich;
- reprezentowanie wspólnych interesów organizacji członkowskich w relacjach ze środowiskiem medycznym oraz organizacjami administracyjnymi w Polsce i na terenie międzynarodowym;
- współpraca zawodowa, naukowa, kulturalna i koleżeńska ze środowiskami medycznymi i naukowymi w Polsce;
- organizowanie spotkań i konferencji dla Polonii Medycznej.

Organem zarządzającym Federacją jest Rada Federacji. Do obowiązków członka Rady Federacji należy przede wszystkim zapewnienie obustronnej łączności między stowarzyszeniem, które reprezentuje i Radą Federacji oraz działanie dla podniesienia prestiżu Federacji i jej efektywności. Na czele Federacji stoi prezes wybierany przez Radę Federacji na okres trzyletniej kadencji.

Obecnie w skład Rady Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych wchodzi: Prezes Federacji dr Marek Rudnicki, Wiceprezes dr Andżela Boguńska, Sekretarz dr Jan Sobociński, Skarbnik dr Bronisław Orawiec, były Prezes Federacji dr Jan Borowiec oraz prezesi polonijnych organizacji medycznych i lekarze delegaci.

Członkowie Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych

Aktualnie w skład Federacji wchodzi 16 organizacji medycznych:

- **Association des Medecins d'Origine Polonaise de France** (prezes: dr Piotr Kohnopka)
- **Association des Professionnels de Sante d'Origine Polonaise (APSOP) Region Nord Pas-de-Calais** (prezes: dr An-

drzej Burzynski) – Stowarzyszenie Pracowników Zdrowia Pochodzenia Polskiego z siedzibą w Lille powstało we wrześniu 1988 roku w celu utrzymywania i zacieśniania więzi koleżeńskich pomiędzy członkami Stowarzyszenia, a także pogłębiania ich wiedzy fachowej i kulturalnej oraz reprezentowania i obrony wspólnych interesów.

• **Deutsch-Polnische Medizinische Gesellschaft Berlin** (prezes: prof. Jan Zierski)

• **Koło Lekarskie przy Towarzystwie Kultury Polskiej Zakarpacia** (prezes: dr Aleksander Pulyk)

• **Polish American Health Association** (prezes: dr Paweł Muranski) – zostało utworzone w październiku 1990 roku w Waszyngtonie. Słowo „health” w nazwie zostało użyte celowo, aby wyraźnie podkreślić, że założycielami i członkami Stowarzyszenia są nie tylko lekarze, ale także naukowcy i przedstawiciele innych zawodów medycznych. Oprócz integrowania polskiego środowiska medycznego w wymiarze zawodowym, kulturalnym i społecznym Stowarzyszenie kładzie nacisk na promowanie i podtrzymywanie polskich tradycji medycznych.

• **Polish-American Medical Society** (prezes: dr Józef Mazurek) – Związek Lekarzy Polskich w Chicago został założony w 1946 roku w celu skoordynowania działań zmierzających do ułatwienia kontaktów towarzyskich i zawodowych oraz wzmocnienia pozycji lekarzy imigrantów w profesjonalnym amerykańskim środowisku. Obecnie Związek odgrywa kluczową rolę w ruchu polskiej emigracji medycznej i jest nie tylko uważany za lidera miejscowych ugrupowań zawodowych, lecz także za jedno z najważniejszych tego typu stowarzyszeń poza granicami Polski.

Związek Lekarzy Polskich organizuje słynne Bale Lekarzy, pikniki oraz narciarskie i tenisowe zawody sportowe, uczestniczy w lokalnych akcjach na rzecz Polonii chicagowskiej, a przede wszystkim jednoczy i koordynuje środowiska lekarzy medycyny, stomatologii i weterynarii. Obecnie Związek Lekarzy Polskich w Chicago liczy ponad 400 członków.

• **Polnische Medizinische Gesellschaft in Deutschland e.V.** (prezes: dr Zbigniew Kostecki) – Polskie Towarzystwo Medyczne w Niemczech powstało 21 listopada 1992 roku w Dusseldorfie. Wówczas przystąpiło do niego około 30 lekarzy, obecnie Towarzystwo liczy około 400 członków. Zgodnie ze statutem celem Towarzystwa jest zjednoczenie polskojęzycznej grupy lekarzy, lekarzy dentystów, lekarzy weterynarii, farmaceutów, a także studentów

medycyny przebywających w Niemczech w celu uaktywnienia ich działalności naukowej, zawodowej i społecznej, a także współpraca z niemieckimi, polskimi i podobnymi stowarzyszeniami innych krajów w zakresie problematyki medycznej w Niemczech, Polsce i za granicą.

Polskie Towarzystwo Medyczne w Niemczech jest inicjatorem utworzenia portalu polscylekarze.org, który powstał we współpracy z Federacją Polonijnych Organizacji Medycznych i dzięki finansowemu wsparciu Ministerstwa Spraw Zagranicznych. Portal powstał z myślą o olbrzymiej ilości medyków polskojęzycznych rozsianych po całym świecie. Ma on służyć pomocą polskojęzycznym turystom i mieszkańcom jednoczącej się Europy w znalezieniu natychmiastowej pomocy medycznej w miejscu ich pobytu.

• **Polskie Stowarzyszenie Medyczne na Litwie** (prezes: dr Barbara Komarowska) – zostało założone w 1989 roku i zrodziło się z potrzeby pracy na rzecz potrzebującej ludności polskojęzycznej, w oparciu o zawód medyczny oraz mowę ojczystą. Do głównych celów Stowarzyszenia należy ochrona zdrowia, oświata medyczna, pomoc praktyczna dla polskiej młodzieży oraz doskonalenie kwalifikacji zawodowych członków Stowarzyszenia.

• **Polskie Towarzystwo Lekarskie na Grodzieńszczyźnie** (prezes: dr Kazimierz Jodkowski) – Polskie Towarzystwo Lekarskie na Grodzieńszczyźnie powstało w styczniu 1995 roku i zrzesza około 200 lekarzy Polaków z Grodna i okolic. Do głównych celów działalności Towarzystwa należy integracja lekarzy Polaków, dołączenie się do kultury polskiej i propagowanie polskości wśród Polaków na Grodzieńszczyźnie, a także podnoszenie kwalifikacji zawodowych swych członków i poziomu ochrony zdrowia poprzez współpracę zawodową z towarzystwami lekarskimi z Polski, organizowanie wspólnych sympozjów oraz doskonalenie kwalifikacji swych członków w polskich klinikach. Towarzystwo udziela pomocy lekarskiej Polakom zamieszkałym na terenie swojego działania.

• **Polskie Towarzystwo Lekarskie w Baranowiczach** (prezes: dr Maria Syczewska) – powstało w 1992 roku. Towarzystwo przede wszystkim zajmuje się integrowaniem lekarzy polskiego pochodzenia, podnoszeniem kwalifikacji zawodowych swoich członków i upowszechnianiem nowości z różnych dziedzin medycyny.

• **Polskie Towarzystwo Medyczne w Mołdawii** (prezes: dr Augustyn Zagorski) – działa od 1995 roku. Ze względu na trudną sytuację ekonomiczną narodu mołdawskiego członkowie Towarzystwa w szerokim zakresie angażują się w różnorodną działalność charytatywną.

• **Polska Medicinska Föreningen i Sverige – region Stockholm** (prezes: dr Stanisław Ryniak) – idea utworzenia Polskiego

Związku Medycznego w Szwecji pojawiła się w czerwcu 1991 roku podczas I Światowego Kongresu Polonii Medycznej i została wcielona w życie w listopadzie tego roku. Celem Związku jest kulturalna i społeczna integracja lekarzy polskich mieszkających i pracujących w Szwecji.

• **Polska Medicinska Föreningen i Sverige – region Malmö** (prezes: dr Ted Mingelgrin)

• **Stowarzyszenie Lekarzy Polskich we Lwowie** (prezes: dr Ewelina Hrycaj-Malanicz) – zostało założone w marcu 1991 roku. Nadrzędnym celem Stowarzyszenia jest integracja lekarzy polskiego pochodzenia zamieszkałych we Lwowie i w obwodzie lwowskim, a także nawiązywanie kontaktów koleżeńskich i naukowo-zawodowych z instytucjami medycznymi w Polsce i poza jej granicami. Jednak za swoje główne zadanie członkowie Stowarzyszenia uważają okazywanie pomocy medycznej swoim rodakom.

• **Stowarzyszenie Lekarzy Polskich przy Związku Polaków w St. Petersburgu**

• **Związek Polonii Medycznej w Gruzji im. św. Grigola Peradze** (prezes: dr Tatiana Kurczewska) – został utworzony w marcu 1999 roku. Główne cele Związku to zjednoczenie lekarzy polskiego pochodzenia, współpraca z gruzińskimi, polskimi i podobnymi organizacjami w innych krajach w zakresie problematyki medycznej w Gruzji, Polsce i za granicą, podnoszenie poziomu zdrowia wśród członków polonijnych organizacji zarejestrowanych w Gruzji, a także popularyzacja polskiej kultury i tradycji w środowisku polskiej wspólnoty w Gruzji. Z uwagi na trudną sytuację ekonomiczną Gruzji członkowie Związku udzielają bezpłatnej pomocy wszystkim Polakom i osobom polskiego pochodzenia zamieszkałym w Gruzji.

Wczoraj, dziś i jutro Polonii Medycznej:

między oczekiwaniami a realiami

Ostatnia sesja naukowa VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej poświęcona była rozważaniom nad przeszłością i przyszłością Polonii Medycznej. Uczestnicy sesji moderowanej przez prof. Marka Rudnickiego wysłuchali trzech wykładów prezentujących historię organizacji polonijnych.

Dr Piotr Konopka z Paryża zaprezentował historię działalności Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych od jej powstania w 1994 roku do dnia dzisiejszego. Dr Bronisława Siwicka z Wilna omówiła dwadzieścia lat zmagania Polskiego Stowarzyszenia Medycznego na Litwie, a dr Olga Bondarewa z Berdiańska przedstawiła problemy i perspektywy rozwoju polskiego środowiska medycznego na Ukrainie.

Prof. Marek Rudnicki informując o przynależności Związku Lekarzy w Berdiańsku do Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych oświadczył, że Federacja stworzyła

listę dziesięciu warunków, które powinna spełniać polonijna organizacja medyczna, aby móc zostać członkiem Federacji – przede wszystkim powinna to być organizacja posiadająca określoną strukturę organizacyjną i aktywnie działająca w swoim środowisku.

Ostatnią sesję naukową zakończyła wspólna prezentacja i dyskusja przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej (Prezes Maciej Hamankiewicz, Wiceprezes Anna Lella, członkowie Prezydium NRL: Marta Klimkowska-Misiak, Wojciech Marquardt, Stefan Sobczyński) oraz Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych (Prezes Marek Rudnicki, Wiceprezes Andżela Bogut-ska, Sekretarz Jan Sobociński, Skarbnik Bronisław Orawiec).

Wspólną dyskusję rozpoczęła prezentacja prof. Marka Rudnickiego, który stwierdził, że w ostatnich latach Polonia Medyczna zmieniła swój charakter. W latach 50. niemal 100% Polonii Medycznej stanowiła tzw. stara Polonia, czyli osoby, które wyemigrowały z kraju przed wieloma laty i ich dzieci. W latach 90. XX gwałtownie zaczęła przyrastać tzw. nowa Polonia – Polonia solidarnościowa. Natomiast ostatnie 10 lat przyniosło nie tylko przyrost ilościowy nowej Polonii, ale także zrodziło poważne problemy definicyjne – czy można bowiem określić mianem Polonii Medycznej lekarzy weekendowych albo tylko czasowo praktykujących za granicą.

Dr Maciej Hamankiewicz powiedział, że od 2004 roku do państw Unii Europejskiej wyjechało z Polski około 7,5 tysięcy lekarzy (w tym 4,5 tysięcy specjalistów), co powoduje realne problemy dla polskiego systemu zdrowotnego. Zauważył także, że należy znaleźć skuteczniejsze metody integrowania lekarzy pochodzenia polskiego, aby na kolejne kongresy przyjeżdżała znacznie większa reprezentacja Polonii Medycznej. Dr Wojciech Marquardt zauważył, iż być może konieczna jest zmiana formuły kongresów.

W odpowiedzi prof. Marek Rudnicki wspominał o dwóch inicjatywach, które mają umożliwić zintegrowanie jeszcze większej liczby polskich lekarzy. Jedną z nich jest portal polscylekarze.org dr. Zbigniewa Kosteckiego, a drugą – organizowany przez prof. Adama Stysia międzynarodowy klub lekarza polskiego pochodzenia, który stanie się częścią Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych.

Prof. Rudnicki oznajmił, iż trwają rozmowy Rady Federacji z Narodową Radą Lekarską dotyczące uproszczenia procedur związanych z odzyskaniem prawa wykonywania zawodu lekarza po powrocie do Polski. Prof. Rudnicki podkreślił także, że w relacjach Polonii Medycznej z polskim środowiskiem lekarskim powinno dominować partnerstwo i współdziałanie.

Dominika Kisielewska

WYMIANA DOŚWIADCZEŃ

Organizowane co kilka lat światowe kongresy Polonii Medycznej są nie tylko miejscem debaty nad problemami ściśle medycznymi, ale także okazją do wymiany doświadczeń w kwestiach organizacji systemu zdrowotnego, pozycji lekarzy w danym społeczeństwie czy też nowych zjawisk w ochronie zdrowia. Dlatego też kilka sesji wykładowych poświęcono takim zagadnieniom jak samoleczenie, autonomia zawodu lekarza czy funkcjonowanie lekarzy rodzinnych w różnych państwach świata. Niezwykle emocje wzbudziła sobotnia sesja przedpołudniowa opatrzona hasłem: „Tęskno mi do Polski”.

wynikające z samoleczenia, podkreślając jednocześnie, że samoleczenie musi się opierać na rzetelnej edukacji zdrowotnej społeczeństwa.

Prof. Andrzej Wielgosz z Ottawy przedstawił zagadnienie aktywnej roli pacjenta w leczeniu z perspektywy kanadyjskiej, koncentrując się głównie na aspekcie samozarządzania chorobą. W Kanadzie tworzone są stowarzyszenia i grupy pacjentów, których zadaniem jest wspieranie i edukowanie chorych cierpiących na określone choroby przewlekłe. Osoby chore są kierowane do odpowiednich programów przez swoich lekarzy rodzinnych. W ten sposób pacjenci uczą się samodziel-

samoleczenie nie jest i nie może być jednak rozwiązaniem problemów służby zdrowia.

Dr Jerzy Kruszewski z Warszawy omówił zagadnienie samoleczenia przez Internet. Zdaniem dr. Kruszewskiego pacjenci korzystają z Internetu przede wszystkim z wygody oraz ze względu na łatwy i szybki dostęp do znacznej ilości informacji na różnorodne tematy. Korzystanie z Internetu rodzi jednak także problemy związane przede wszystkim z wątpliwą jakością części tekstów medycznych zamieszczanych w sieci. Przejawem nowych zwyczajów jest pojawienie się pojęcia cyberchondryka, który spędza dużo czasu w Internecie,



Krzysztof Sadowski



Wojciech Łącki



Andrzej Sosnowski



Mirosław Wielgosz

Czy samoleczenie może być panaceum na niektóre bolączki systemów ochrony zdrowia?

Na tak postawione pytanie próbowali odpowiedzieć uczestnicy jednej z czwartkowych sesji popołudniowych moderowanej przez prof. Marka Rudnickiego.

Jako pierwszy wystąpił doc. Krzysztof Krajewski-Siuda z Krakowa, który przedstawiając referat zatytułowany: „Odpowiedzialne leczenie – wyzwanie naszych czasów” zdefiniował samoleczenie jako połączenie znaczenia angielskich słów self-medication (leczenie stanów nagłych) i self-cure (samo-opieka, leczenie chorób przewlekłych) oraz w szerszym ujęciu self-management (samo-zarządzanie chorobą). Skala zjawiska jest znacząca – ¾ Polaków deklaruje stosowanie leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych kupowanych bez recepty. Leki OTC stanowią 26% wszystkich sprzedawanych w Polsce leków. Doc. Krajewski-Siuda przedstawił także dane potwierdzające oszczędności dla systemu zdrowotnego

nie zarządzać swoją chorobą, częściowo odcinając system opieki zdrowotnej.

Kolejną osobą, która próbowała odpowiedzieć na zawarte w tytule sesji naukowe pytanie, był dr Konstanty Radziwiłł z Warszawy, który rozpoczął od omówienia problemów związanych z definiowaniem pojęcia samoleczenia. Sam zdefiniował samoleczenie jako sytuację, w której osoba chora bez konsultacji z lekarzem lub innym pracownikiem służby zdrowia podejmuje decyzje o sposobie leczenia siebie lub członka rodziny nie posiadając wykształcenia medycznego. Wśród przyczyn sięgnięcia pacjentów po samoleczenie dr Radziwiłł wymienił utarte zwyczaje, wpływ producentów leków i twórców metod szarlatkańskich oraz fałszywe pojmowanie swojej autonomii. Samoleczenie jest zjawiskiem korzystnym w przypadku lekkich chorób, jednak często może być niebezpieczne. Podstawowymi warunkami korzystnego samoleczenia jest wyedukowanie pacjenta i społeczeństwa oraz dobry kontakt z zaufanym lekarzem. Zdaniem dr. Radziwiłła

próbując zdiagnozować swoje złe samopoczucie i często doszukując się u siebie egzotycznych schorzeń. Coraz częściej do lekarza trafiają pacjenci, którzy dzięki Internetowi sami diagnozują swoje choroby i ustalają proces leczenia.

Dr Tatiana Kurczewska z Tbilisi przedstawiła wykład zatytułowany: „System ochrony zdrowia oraz regulacje rynku farmaceutyków w Gruzji”. Ze względu na tragiczną sytuację ekonomiczną Gruzji mieszkańcy tego państwa nie posiadają żadnych ulg na usługi medyczne, co w sposób szczególny uderza w osoby starsze i dzieci. Większości Gruzinów nie stać na płatne porady lekarskie, dlatego radzą sobie z tym problemem kupując w aptekach leki bez konsultacji z lekarzem. W Gruzji wszystkie leki dostępne są bez recepty – nawet antybiotyki. Ceny leków są całkowicie wolnorynkowe i ustalane w sposób monopolistyczny z kilkusetprocentową marżą.

Dr Bogdan Miłek z niemieckiego Wadgassen w oparciu o własne doświadczenia omówił zagadnienie samoleczenia

widzianego transkulturowo. Dr Miłek rozpoczął od postawienia tezy, iż samoleczenie jest zakodowane w naszych genach – człowiek leczy się sam tak jak same leczą się zwierzęta. Zauważył też pewien wyznacznik samoleczenia charakterystyczny dla imigrantów – w opinii Polaków mieszkających w Niemczech lek przeciwbólowy przywieziony czy przysłany z Polski działa znacznie lepiej niż jego niemiecki odpowiednik. Na zakończenie dr Miłek stwierdził, iż nie uda się zwalczyć samoleczenia, dlatego należy je po prostu uwzględnić w procesie leczenia.

Dr Romuald Krajewski z Warszawy omówił polskie doświadczenia w zakresie evidence based medicine. Nawiązując do idei przewodniej sesji naukowej przedstawił medycynę opartą na dowodach jako pod-

gotowie. Według danych sprzed kilku lat – sprzed boomu na samoleczenie – państwu Unii Europejskiej udawało się zaoszczędzić na samoleczeniu około 16,5 mln euro rocznie. Samoleczenie ma konkretny wpływ na aktualną rzeczywistość systemów ochrony zdrowia i zużywa dużą ilość publicznych pieniędzy, jednak zdaniem prof. Rudnickiego nie powinno być częścią polityki państwa, jak również nie powinno być uznawane za substytut odpowiedniej i racjonalnej polityki zdrowotnej państwa.

Autonomia lekarza: oksymoron czy wymarzona rzeczywistość

O autonomii lekarzy i jej ograniczeniach rozmawiali uczestnicy piątkowej

łącznie prywatne usługi medyczne. Zdaniem dr. Ręckiego lekarz pozostający w stosunku pracy nie wykonuje wolnego zawodu, gdyż ogranicza go podległość służbowa i organizacyjna, dlatego o autonomii lekarza można mówić tylko w przypadku lekarzy pracujących na własny rachunek. Jednym z najpoważniejszych czynników ograniczających autonomię lekarza jest sam lekarz, który jest „moralnie sflaszonym” produktem studiów medycznych. Innym czynnikiem destabilizującym są według dr. Ręckiego instytucje i organizacje działające w ochronie zdrowia – izby lekarskie, które mają charakter korporacyjny i wykonują wykluczające się zadania oraz Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Urząd Skarbowy i Zakład Ubez-



Bronisława Siwicka



Stefan Sobczyński



Tadeusz Biesaga

stawę do edukowania społeczeństwa w celu podniesienia poziomu samoleczenia. W swoim wystąpieniu skoncentrował się przede wszystkim na procedurach oceny nowych technologii medycznych przez polską Agencję Oceny Technologii Medycznych.

Ostatnim wykładem wygłoszonym w tej sesji naukowej był referat prof. Marka Rudnickiego z Chicago pod tytułem: „Samoleczenie nie powinno być substytutem racjonalnej polityki zdrowotnej państwa”. Prof. Rudnicki postawił na wstępie pytanie: czy samoleczenie jest drogą do redukcji kosztów leczenia czy też jest drogą do zaoszczędzenia pieniędzy w systemie opieki zdrowotnej. Zauważył bowiem, że tym głośniejszy mówi się o samoleczeniu im mniej pieniędzy jest w systemie opieki zdrowotnej.

Z punktu widzenia pacjenta samoleczenie obniża koszty leczenia, zwłaszcza w sytuacji, gdy niska cena leku idzie w parze z jego wysoką efektywnością. Ale samoleczenie jest także oszczędnością dla systemu opieki zdrowotnej, bo pacjent idzie do apteki, omijając lekarza lub po-

sesji naukowej moderowanej przez prof. Adama Stysia oraz prof. Grzegorza Opalę.

Sesję rozpoczął dr Paweł Basiukiewicz z Grodziska Mazowieckiego, omawiając kwestie semantyczne autonomii lekarza. Z punktu widzenia lekarza autonomia to niezależne wykonywanie zawodu. Zdaniem dr. Basiukiewicza pojęcie: autonomia lekarza jest zatem oksymoronem, bo lekarz jest niewolnikiem dobra chorego. Byłoby idealnie, gdyby była to jedyna zależność ograniczająca autonomię lekarza. Jednak obok relacji: lekarz – pacjent istnieje także relacja: lekarz – lekarz, w której autonomię lekarza ograniczają takie czynniki jak współpraca z innymi lekarzami, podległość służbowa oraz rekomendacje. Szczególnie bolesne są dla lekarzy ograniczenia autonomii w zakresie nauki, autonomii finansowej czy też autonomii administracyjnej.

Dr Marek Ręcki omówił na przykładzie własnych doświadczeń autonomię lekarza widzianą z poziomu prowadzonego przez siebie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, który świadczy wy-

pieczeń Społecznych, a także firmy farmaceutyczne i media.

Dr Teresa Kawka-Urbaneck ze Skierniewic przedstawiła autonomię lekarza widzianą oczami ordynatora. Lekarze w trakcie stażu podyplomowego – zwłaszcza w dużych szpitalach akademickich – nie są autonomiczni w swoich decyzjach i działaniach. Większą samodzielność mają lekarze stażyści w mniejszych ośrodkach miejskich, gdzie mają większe szanse na dostanie własnych pacjentów i podejmowanie samodzielnych decyzji. Autonomia lekarza jest zależna od formy zatrudnienia – najpełniejszą swobodą cieszą się lekarze prowadzący własne praktyki, a lekarze zatrudnieni na etacie są zawsze zależni od decyzji ordynatora oddziału i dyrektora szpitala. Autonomię lekarzy pracujących w szpitalu dodatkowo ogranicza brak dostępu do niektórych leków i sprzętu medycznego oraz działalność Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wykład zatytułowany „Autonomia lekarza i autonomia pacjenta na oddziale chorób wewnętrznych” przedstawiła dr Broni-

sława Siwicka z Wilna. Rozpoczęła od stwierdzenia, że we współczesnym świecie od lekarza wymaga się neutralności i akceptowania wyrażanych przez pacjentów potrzeb. W ten sposób służba zdrowia staje się agencją usługową spełniającą zachcianki społeczeństwa i realizującą dyrektywy państwa. W swoim wystąpieniu dr Siwicka skoncentrowała się na ograniczeniach autonomii lekarza w jego relacjach z pacjentem, którego prawa i potrzeby powinny być w pełni respektowane.

Dr Andrzej Sosnowski z Gdańska przedstawił zagadnienie autonomii lekarza konsultanta w Wielkiej Brytanii. W systemie angielskim nie ma ordynatorów oddziałów szpitalnych; w szpitalach pracują lekarze konsultanci, będący samodzielnymi pracownikami klinicznymi. Jednak uzależnienie lekarzy od administracji jest w systemie brytyjskim znacznie większe niż w Polsce – często osoby bez wykształcenia medycznego podejmują decyzje o przyjęciu lub wypisie pacjenta w oparciu o wskazania finansowe lub statystyczne. Konkluzją wykładu było stwierdzenie, że autonomia lekarzy specjalistów w Polsce jest znacznie większa niż ich brytyjskich odpowiedników.

Z kolei prof. Adam Styś z USA opowiedział o autonomii lekarza w systemie amerykańskim. Prof. Styś określił profesjonalną autonomię lekarzy jako przywilej samoregulacji profesji nadawany przez społeczeństwo – poziom autonomii zależy od prestiżu zawodu i zaufania społecznego. W ostatnich latach amerykańscy lekarze przestali uznawać za najważniejszą autonomię kliniczną, zastępując ją autonomią finansową. Przyznanie lekarzom prawa do autonomii wpływa pozytywnie na jakość leczenia i zdrowie pacjentów. Według badań empirycznych amerykańscy lekarze wysoko cenią sobie takie przejawy autonomii jak możliwość decydowania o wyborze pacjentów i metod ich leczenia, możliwość kontrolowania innych zawodów związanych z medycyną, a także wolność wyboru specjalizacji, miejsca praktyki i określenia wysokości zarobków.

Sesja naukowa poświęcona autonomii zawodu lekarza zakończyła się burzliwą dyskusją, którą rozpoczął prof. Grzegorz Opala. Zauważył on, iż pełna autonomia lekarza charakterystyczna dla pierwszej połowy XX wieku została znacznie ograniczona w momencie pojawienia się systemów organizacji ochrony zdrowia, które ograniczają możliwość wykonywania zawodu lekarza i uzależniają świadczenie usług zdrowotnych od czynników ekonomicznych.

Prof. Maria Michejda wspomniała o wysokich kosztach studiów medycznych w Stanach Zjednoczonych i łączących się z tą kwestią nadużyciach, które wpływają na utratę zaufania pacjentów do lekarzy. Razem z prof. Adamem Styśem omówiła także negatywny wpływ systemu ubezpieczeniowego i rozbudowanej administracji na autonomię i etykę amerykańskich lekarzy. Ksiądz prof. Tadeusz Biesaga stwierdził, iż bardzo często walka o autonomię kończy się przegraną pacjenta, gdyż zasada dobra pacjenta jako wartości najwyższej jest odrzucana w państwach liberalnych i zasugerował, że dobro pacjenta powinno być wyznacznikiem autonomii zarówno lekarza, jak i pacjenta. Ks. prof. Biesaga zauważył także, że wysokie koszty obsługi systemów zdrowotnych są generowane między innymi poprzez realizację zadań społecznych, a nie medycznych, takich jak aborcja, antykoncepcja czy eutanazja.

Następnie dyskusja poszła w kierunku problemów finansowych i organizacyjnych systemów zdrowotnych. Prof. Adam Styś zauważył, że administracja opieki zdrowotnej wyznacza określoną cenę zdrowia i życia pacjenta i tylko lekarz może uchronić chorego przed konsekwencjami takiego postępowania. Dr Andrzej Sosnowski wskazał na konieczność nie tyle oszczędzania, co niemarnowania środków w systemie ochrony zdrowia. Prof. Jan Zierski z Berlina skwitował dyskusję refleksją, iż ze względów ekonomicznych nie ma powrotu do autonomii lekarza w dawnym stylu, gdyż żaden lekarz nie może sobie pozwolić na leczenie swoich pacjentów za darmo.

Dr Irena Weder z Getyngi w ostrych słowach wezwała polskich lekarzy do reformy i usprawnienia polskiego systemu zdrowotnego i likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia, będącego wyrazem przerosłu administracji państwowej i generującym dodatkowe, niepotrzebne koszty w systemie ochrony zdrowia. Likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia umożliwiłaby także oddzielenie finansowania ochrony zdrowia od budżetu państwa.

Model lekarza rodzinnego: między wystawiaczem skierowań a omnibusem

We wprowadzeniu do dyskusji nad współczesnym modelem lekarza rodzinnego prowadzący sesję dr Bogdan Miłek zauważył, że na początku wszyscy lekarze byli lekarzami rodzinnymi – dopiero od XIX wieku zaczęły się pojawiać kolejne specjalności lekarskie. Wykłady dotyczyły

funkcjonowania lekarzy rodzinnych w różnych systemach zdrowotnych i miały w zamierzeniu ogniskować się wokół jednego aspektu pracy lekarza rodzinnego, a mianowicie wokół jego relacji z lekarzami specjalistami.

Dr Irena Weder z Getyngi rozpoczęła od podkreślenia ogromnego znaczenia, jakie w niemieckim systemie zdrowotnym posiada lekarz rodzinny – znaczenia nieporównywalnego z innymi systemami zdrowotnymi. Uzasadniła, jak ważna dla relacji lekarza rodzinnego z jego pacjentami jest otwarta i wspierająca postawa instytucji ubezpieczeniowych. Lekarze rodzeni w Niemczech muszą mieć dodatkową specjalizację i co roku uczestniczyć w obowiązkowych szkoleniach. Mają także możliwość zrobienia dodatkowej specjalizacji, na przykład z radiologii i wówczas mogą samodzielnie wykonywać badania diagnostyczne. W niemieckim systemie zdrowotnym obowiązuje zasada, iż lekarz rodzinny płaci specjalistom za konsultacje, co wpływa na ilość wystawianych skierowań.

Dr Grażyna Wronka z Warszawy omówiła pokrótce funkcjonowanie lekarzy rodzinnych w Polsce w oparciu o zasady ustalone przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zauważyła, że specjalizacja z zakresu medycyny rodzinnej istnieje w Polsce dopiero od kilkunastu lat, dlatego jako lekarze podstawowej opieki zdrowotnej pracują także lekarze innych specjalności spełniający określone warunki. Wśród rozlicznych funkcji, jakie w polskim systemie zdrowotnym spełniają lekarze rodzeni, dr Wronka położyła szczególny nacisk na koordynację opieki nad pacjentem, na pełnienie roli koordynatora zespołu specjalistów opiekujących się danym pacjentem.

Dr Kamil Umiński ze Szwecji rozpoczął prezentację od przedstawienia zalet kształcenia lekarzy opartego na systemie mentorskim i zauważył, że szwedzcy lekarze rodzeni mają obowiązki edukacyjne wobec młodych lekarzy. Nadmieniał także, że egzaminy specjalizacyjne w Szwecji są nieobowiązkowe. Szwedzcy lekarze rodzeni chętnie kierują swoich pacjentów na różnego typu badania diagnostyczne, gdyż dostęp do nich nie jest w żaden sposób limitowany. Na zakończenie dr Umiński wymienił czynniki, które jego zdaniem umożliwiają lekarzom rodzinnym uzyskanie statusu omnibusa: funkcjonalne standardy medyczne, efektywny system kształcenia, łatwość komunikacji między personelem medycznym, odpowiednie finansowanie i sprawny system kontroli oraz świadomość pacjentów.

Dr Barbara Komarowska z Wilna omówiła system kształcenia lekarzy rodzinnych i metody finansowania opieki zdrowotnej na Litwie. Litewscy lekarze rodzeni kładą duży nacisk na realizację programów profilaktycznych i szczepień u dzieci, a także na wczesne wykrywanie nowotworów. Na Litwie skierowania od lekarza rodzinnego są wymagane do każdego specjalisty. Ciekawym rozwiązaniem są książeczki receptowe, dzięki którym lekarz rodzinny dowiaduje się, czy pacjent wykupił przepisane leki, na ile czasu mu one wystarczą i jakie leki przepisał pacjentowi specjalista.

Referat dotyczący funkcjonowania lekarzy rodzinnych w warunkach kanadyjskich przedstawił dr Andrzej Kajetanowicz z Halifax. Zauważył, że w ostatnich latach stopniowo zmniejsza się zainteresowanie specjalizacją z medycyny rodzinnej. Lekarz rodzinny w Kanadzie aktywnie angażuje się w opiekę zdrowotną nad swoimi pacjentami – może nawet uczestniczyć w jego leczeniu szpitalnym, jeżeli posiada odpowiednie kompetencje. Lekarze rodzeni pełnią funkcję koordynatorów opieki medycznej i gromadzą wszelkie informacje związane ze stanem zdrowia swoich pacjentów, a lekarze specjaliści pełnią funkcje konsultacyjne.

Dr Andrzej Dziulko z Paryża omówił funkcjonowanie lekarzy rodzinnych we Francji. Zauważył, iż chociaż każdy lekarz ogólny może być specjalistą medycyny rodzinnej, liczba lekarzy rodzinnych we Francji gwałtownie się zmniejsza ze względu na niski poziom finansowania medycyny rodzinnej w porównaniu z innymi specjalizacjami czy w porównaniu z finansowaniem lekarzy rodzinnych w innych państwach europejskich.

Ostatnim wystąpieniem była relacja dr Eweliny Gowin z Poznania, stypendystki Fundacji Kościuszkowskiej, przedstawiająca podstawową opiekę zdrowotną w USA widzianą oczami polskiego lekarza rodzinnego. Medycyna rodzinna w Stanach Zjednoczonych ma długą tradycję – początki tej specjalizacji datują się na okres po II Wojnie Światowej. Zarobki lekarzy rodzinnych w Stanach Zjednoczonych są znacznie niższe niż lekarzy specjalistów, dlatego co czwarty lekarz rodzinny pracujący w USA jest obcokrajowcem. Wynika z tego problem niedoboru lekarzy rodzinnych – średnio na 10 tysięcy pacjentów przypada w USA 5 lekarzy (w Polsce 3,5 lekarza). Amerykański lekarz rodzinny kieruje swoich pacjentów do konkretnego lekarza specjalisty i w odpowiedzi za każdym razem otrzymuje od niego szczegółowy list z wynikami konsultacji.

Tęskno mi do Polski: Wracać? Nie Wracać? Czekać?

Przedostatnia sesja naukowa VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej – moderowana przez dr. Janusza Kasinę i dr. Bogdana Miłkę – poświęcona była wymianie przemyśleń i doświadczeń związanych z różnymi aspektami życia poza granicami Polski i możliwościami powrotu do ojczyzny.

Dr Andrzej Pazera ze Szwajcarii wygłosił niezwykle emocjonalne wystąpienie opisujące trzydzieści lat jego pracy zawodowej w Szwajcarii. Dr Pazera wymieniał negatywne zjawiska charakterystyczne dla wolnorynkowego systemu opieki zdrowotnej oraz zmierzające w złym kierunku przemiany, jakie zaobserwował w relacjach lekarza z pacjentami i z innymi lekarzami. Ze smutkiem zauważył, że nawet jeśli polskiemu lekarzowi udało się osiągnąć sukces za granicą to cena tego sukcesu w większości przypadków była zbyt wysoka. Na zakończenie dr Pazera podzielił się gorzką refleksją – rozważając możliwość powrotu do Polski należy się zastanowić, czy przypadkiem nie będzie się dla swojej ojczyzny balastem.

Dr Jarosław Fedorowski z Warszawy, który powrócił do Polski po 13 latach praktyki w USA, na przykładzie własnych doświadczeń przedstawił warunki, jakie muszą zostać spełnione, aby lekarz mógł odnosić sukcesy w pracy poza Polską, a następnie z sukcesem powrócić do ojczyzny. Dr Fedorowski na wstępie zaznaczył, że nigdy nie uważał się za emigranta, tylko za profesjonalistę pracującego za granicą. Po powrocie do Polski w 2006 roku dr Fedorowski otworzył prywatną praktykę kardiologiczną i założył spółkę Szpitale Polskie, która zajmuje się zarządzaniem i restrykturyzowaniem szpitali w Polsce. Za główne czynniki wpływające na podjęcie decyzji o powrocie do kraju dr Fedorowski uznaje względy rodzinne, poparcie rodziny, posiadanie ważnego prawa wykonywania zawodu i uznanej specjalizacji, posiadanie środków finansowych na okres przejściowy oraz środków i pomysłów na inwestycje, a także kontaktów w środowisku lekarskim.

Następnie o swoich doświadczeniach związanych z pracą za granicą i powrotem do ojczyzny opowiedział dr Andrzej Sosnowski, który powrócił do Polski po wieloletnim pobycie w Wielkiej Brytanii. Dla dr. Sosnowskiego powrót do ojczyzny był kwestią oczywistą, szczegółowo zaplanowaną i przygotowywaną, jedyną niewiadomą pozostawał termin tego powrotu.

Było kilka z różnych względów nieudanych prób powrotu, zanim w 2010 roku dr Sosnowski z radością mógł powrócić do Polski i cieszyć się zasłużoną emeryturą.

Ostatnim wystąpieniem w części wykładowej sesji był referat dr. Bogdana Miłki z Niemiec zatytułowany „A jeśli już nie wracać...”. Dr Miłek przez długi czas był przekonany, że szybko wróci do Polski, jednak w pewnym momencie uświadomił sobie, że powrót przestał być możliwy. Na decyzję o pozostaniu w Niemczech wpłynęła między innymi specyfika pracy zawodowej – dr Miłek jest lekarzem rodzinnym – oraz względy rodzinne. Dr Miłek często odwiedza Polskę, podtrzymuje kontakty z polskimi kolegami i aktywnie udziela się w kręgach Polonii niemieckiej. Wyraźnie podkreśla, że chociaż dzięki emigracji wiele można zyskać, należy mieć świadomość faktu, że emigracja zawsze wiąże się ze stratą części swojej tożsamości.

W trakcie dyskusji dr Irena Weder zauważyła, że na decyzję o ewentualnym powrocie do kraju w dużym stopniu wpływa to, kiedy dany lekarz wyemigrował z Polski – czy zrobił to w czasach wczesnego PRL czy też kilka albo kilkanaście lat temu, czy był emigrantem politycznym czy ekonomicznym. Dr Weder powiedziała także, że wróciłaby do Polski tylko w sytuacji, gdyby miała zagwarantowaną możliwość pracy z pacjentami. O przedstawicielach kolejnych fal polskiej emigracji w Stanach Zjednoczonych i ich radzeniu sobie z wyzwaniami życia na obczyźnie opowiedziała prof. Maria Michejda.

Dr Zbigniew Górski z Norwegii zasugerował działaczom polonijnym, aby podjęli próbę zintegrowania także lekarzy będących dziećmi i wnukami emigrantów z Polski, którzy mieszkają i pracują poza granicami Polski, ale mówią po polsku i identyfikują się z polskim pochodzeniem. Dr Bogdan Miłek oznajmił, że organizacje Polonii Medycznej są otwarte na wszystkich lekarzy polskiego pochodzenia.

Na zakończenie prof. Marek Rudnicki podał przykłady i omówił przyczyny niełatwych czy nieudanych powrotów do Polski. Najwięcej problemów sprawia lekarzom wracającym do Polski uznanie ich dyplomów i osiągnięć zawodowych, znalezienie pracy na miarę swojej wiedzy i umiejętności oraz odnalezienie swojego miejsca w lokalnym środowisku lekarskim.

Dominika Kisielewska



STULECIE SZPITALA MIEJSKIEGO W TORUNIU

Toruń, miasto o prawie 800-letniej historii, którego Starówkę wpisano na Listę Światowego Dziedzictwa Kultury UNESCO, kojarzy się przybyszom przede wszystkim z urzekającą panoramą i zabytkową architekturą gotyku nadwiślańskiego. Przeszłość miasta do dziś pasjonuje historyków w szczególności kiedy chodzi o jego wielokulturowość, rolę w związku miast hanzeatyckich, w aspektach politycznych czy militarnych. Zagadnienia związane ze zdrowiem, w szczególności w jego społecznym wymiarze, a także problematyką socjalną, były dotąd marginalizowane. Ważną bowiem przystanią w dramatycznych okolicznościach życia ludzi bywało schronienie, przytułek, czy wreszcie szpital.

Odległe są czasy przytułków przyklastornych i lecznic przyzamkowych, jak to było w czasach panowania w Toruniu Zakonu Krzyżackiego (1233 – 1454) i okresie staropolskim (1454-1793). Mecenat państwowy nad Szpitalem Miejskim (SM) zapoczątkowany został w czasach zaboru pruskiego (1793 - 1920). Awans Torunia do rangi miasta wojewódzkiego po I wojnie światowej w II Rzeczypospolitej (1920 – 1939) i stosunkowo szybka odbudowa bazy łóżkowej i diagnostycznej sprawiła, że szpital toruński wkrótce dorównał najlepszym lecznicom w kraju.

Już w roku 1937 wobec zwiększającej się liczby mieszkańców i ograniczonych możliwości szpitala na Starówce, SM przystąpił do dzierżawy szpitala ss. Diakonisek zbudowanego w roku 1910 przy ul. Batorego 17/19. Miejsce to okazało się „Genius loci” dla przyszłych losów lecznicy miejskiej. Powiększenie bazy szpitalnej w taki sposób dało znaczącą, chociaż jedynie doraźną poprawę. Na deskach architektów przygotowywać zaczę-

to plany budowy nowej lecznicy miejskiej. Na przeszkodzie stanęła II wojna światowa. Dopiero w rok po wojnie władze miejskie odzyskały obiekt szpitalny przy ul. Batorego 17/19. Po wojennej tułaczce powracać zaczęli byli i nowi jego ordynatorzy. Pomimo trudnych warunków odbudowy starej substancji szpitalnej w roku 1953, SM dysponował już 725 łóżkami.

W roku 1961 rozpoczął się sześcioletni remont kapitalny szpitala wraz z podwyższeniem gmachu głównego o III i IV piętro. Oddziały przeniesiono na czas remontu do baraków szpitalnych, do szpitala na Przedzamczu, szpitala w Chełmży i sanatorium w Czerniewicach. W roku 1971 po oddaniu do użytku nowego kompleksu budynków szpitalnych na Bielanych niektóre oddziały SM jak: wewnętrzny III, położniczo-ginekologiczny, laryngologiczny, okulistyczny i chorób płuc ulokowano w nowym obiekcie. Ważnym wydarzeniem roku 1972 było zorganizowanie w SM pierwszego w lecznictwie cywilnym Torunia Działu Anestezjologii i reanimacji.

W roku 1973 w Oddziale Wewnętrznym II, powstała sala Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego. Narastająca liczba schorzeń nowotworowych sprawiła, że w roku 1999 utworzony został Oddział Chirurgii Onkologicznej i Ogólnej. Podobny problem dotknął cukrzycy, niewydolności krążenia i chorób krwi. Odpowiedzią było zorganizowanie Poradni Diabetologicznej (1994), Oddziału Hematologii (2001) i Kardiologii z Pracownią Hemodynamiczną (2001).

W roku 2005 wydzierżawiono teren Niepublicznemu Zespołowi Opieki Zdrowotnej TOMOGRAF dla zbudowania pomieszczeń do badań tomograficznych (TK) i rezonansem magnetycznym (MRI).

W roku 2009 otwarto Oddział Neurochirurgii. Do dwu największych osiągnięć w szpitalu doszło w roku 2010, kiedy na terenie szpitala oddano do użytku na zasadzie dzierżawy Międzynarodową Stację Dializ Holdingu Euromedic International oraz nowoczesny blok chirurgiczny z pomieszczeniami dla hematologii i apteki.

W 100-letniej historii Szpitala Miejskiego dostrzec można trzy etapy, które decydowały o jego rozwoju: Pozyskanie drogą dzierżawy szpitala ss. Diakonisek, rozbudowa szpitala przy ul. Batorego 17/19, w latach 1961 – 1966 oraz niebywały skok rozwojowy w unowocześnianiu szpitala, jaki dokonał się w latach 1994 – 2010 w dziedzinie rozbudowy obiektów szpitalnych, intensywnego szkolenia personelu oraz zakupu nowoczesnej aparatury i sprzętu medycznego.

Istotną rolę w rozwoju tej zasłużonej lecznicy odegrali jej ambitni i ofiarni pracownicy. Dotyczy to zarówno organizatorów, wysokiej klasy lekarzy – specjalistów, jak i personelu średniego i podstawowego. Wielu z nich doczekało uznania na polu zawodowym i społecznym. Wyróżnienie spotkało zarówno pielęgniarkę oddziałową chirurgii, która objęła stanowisko podsekretarza stanu w ministerstwie zdrowia w rządzie Tadeusza Mazowieckiego, jak i sześcioro niegdyśszych lekarzy – asystentów, którzy w swej dalszej karierze zawodowej uzyskali tytuły profesorskie, a jeden z nich został rektorem Akademii Medycznej.

Specjalistyczny Szpital Miejski w Toruniu wymieniany jest dziś na wysokich pozycjach w rankingach ogólnopolskich.

dr n. med. Marian Łysiak

na podstawie opracowania autora pt. 100-lecie Szpitala Miejskiego w Toruniu 1910-2010, Wyd. Nauk. UMK 2010.

Ogólnopolska Wystawa Fotografii pod hasłem *„Piękna nasza Polska cała...”*

W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotografii Lekarzy tym razem pod hasłem „Piękna nasza Polska cała...”. Urok i specyfika rodzimych krajobrazów, nieznane zakątki Polski, ale również te, które od dziesięcioleci stanowią Jej wizytówkę, wydarzenia, ciekawe sytuacje, ludzie... Realizację tego tematu pozostawiamy inwencji i wyobraźni lekarzy i lekarzy dentystów, chcących wziąć udział w tegorocznej Wystawie.

Wernisaż wystawy planujemy na 24 października 2010 roku (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 29 października br.

Zapraszamy do udziału w prezentacji zdjęć Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce. Prace prosimy nadsyłać na nasz adres nie później niż do 11 października br.

Fotogramy winny być nie mniejsze niż w formacie A5, wykonane w technikach dowolnych, opatrzone następującymi informacjami: imię i nazwisko, specjalizacja i miejscowość zamieszkania Autora, a także ewentualnie tytułem.

Kontakt:

Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej,
93-005 Łódź, ul. Czerwona 3
tel. 42 683 17 91, w. 110,
Iwona Szelewa



WŁOCLAWSKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE

w czerwcu bieżącego roku wydało książkę prof. Stanisława Sterkowicza pt. „Obóz koncentracyjny Auschwitz-Birkenau”. Jest to już czwarty tom serii „Nie zapominamy – Polacy tam byli i ginęli”. Wcześniej opublikowane tomy, również autorstwa prof. S. Sterkowicza, to: Obóz koncentracyjny Neuengamme (Wrocław 2005), Kobiety obóz koncentracyjny Ravensbrück (Wrocław 2006), Obóz koncentracyjny Buchenwald (Wrocław 2007).

Obóz koncentracyjny Auschwitz-Birkenau jest książką szczególną. Jej tematem jest bowiem niespotykane w dziejach ludzkości miejsce kaźni ponad miliona ludzi różnych narodowości, głównie Żydów. Auschwitz-Birkenau to również miejsce,

w którym hitlerowscy lekarze bezkarnie wykonywali wiele różnego rodzaju doświadczeń medycznych (planowanych i nieplanowanych) na więźniach. Autor – lekarz i były więzień Neuengamme – szczegółowo przedstawia cele i założenia obozów koncentracyjnych w III Rzeszy, dzieje obozu Auschwitz-Birkenau, zbrodnicze doświadczenia medyczne oraz sylwetki inicjatorów i wykonawców tych doświadczeń. Książkę uzupełniają aneksy i proponowane przez autora piśmiennictwo.

I choć nie jest to lektura łatwa, to warta przeczytania – z każdej strony przebijają się pytania: jakie mechanizmy powodują, że nikczemność ludzka nie ma granic, że zbrodnicze ideologie znajdują powszechną akceptację, a w ludziach w sprzyjających okolicznościach rodzą się bestie? Przesłanie autora jest jak memento: „Jeżeli zatracimy pamięć o piekle Auschwitz-Birkenau, skazujemy się na to, że kiedyś w przyszłości może się powtórzyć jego przerażająca historia”.

Polecamy Państwu niniejszy tytuł. Książka jest do nabycia we Włocławskim Towarzystwie Naukowym przy placu Wolności 20, kontakt telefoniczny: 54 232 68 45 lub 54 23228 08.

www.ultrasonografy.pl



KURS STOMATOLOGICZNY W CIECHOCINKU

09 października 2010 r. (sobota)

Sala Konferencyjna Sanatorium Kolejowego, ul. Zdrojowej 17, od godz. 10:00

Porównanie różnych rodzajów wkładów koronowo-korzeniowych – jaki wkład stosować, w jakich zębach i dlaczego?

Wykładowca:

Pani dr hab. n. med. Beata Dejak

Będą wydawane rachunki oraz zaświadczenia o ukończeniu kursu z przyznanymi 8 punktami edukacyjnymi.

Opłata z kursu w wysokości 240 zł (koszt szkolenia + obiad, kawa, napoje, ciastka).

Formularz zgłoszeniowy:

www.stomatologia.edu.pl

Wpłaty na konto równocześnie z zapisywaniem się na kurs (ostateczny termin zgłoszeń i wpłat do 04.10.2010), nr konta: 06 1020 5170 0000 1202 0065 1620, Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów, 87-800 Włocławek, ul. Królewiecka 1a/2. Dodatkowe informacje, zgłoszenia: tel.: 54 231 51 57, 694 724 871.

Służba sanitarna podczas operacji „Ostra Brama” w Wilnie



Szóstego lipca 2010 roku minęło 66 lat od rozpoczęcia na Wileńszczyźnie operacji zbrojnej AK pod kryptonimem „Ostra Brama” nazywanej również „Powstaniem Wileńskim”. Te dramatyczne wydarzenia zostały całkowicie zapomniane przez polskie społeczeństwo i media. Nie pamiętają o nich również nasze kolejne rządy zarówno lewicowe jak prawicowe.

W prowadzenie

Należy przypomnieć, że powstanie wileńskie było częścią masowego wystąpienia AK na kresach wschodnich – tzw. akcji „Burza”. Celem akcji „Burza” miało być pod-

kreślenie polskości kresów wschodnich, przejście tych terenów w walce z cofającą się armią niemiecką i wystąpienie w roli gospodarza wobec wkraczającej Armii Czerwonej.

Przedwojenne Wilno było polskim miastem i liczyło nieco ponad 200 tys. mieszkańców w tym 65% Polaków, 28% Żydów, 3,7% Rosjan. Litwini stanowili ponad 1% mieszkańców (wg. spisu z 1933 r.).

Wojenne losy Wilna były wyjątkowo burzliwe, pięciokrotnie następowała zmiana okupantów

- 18 września 1939 roku po napaści na Polskę Wilno zajmuje Armia Czerwona i miasto zostaje włączone do Białoruskiej Republiki Radzieckiej.

Pierwsi bolszewicy – rozpoczynają się represje wobec polskiej ludności, aresztowania, wywożenie do Rosji urzędów przemysłowych, żywności. Zapanował głód.

- 26 października 1939 r. na mocy porozumienia między ministrem spraw zagranicznych niepodległej jeszcze Litwy Urbsysem a Komisarzem Mołotowem. Wilno zostaje przekazane Litwinom w zamian za zgodę na utworzenie sowieckich baz wojskowych na terenie Litwy.

Wkraczający Litwini zostają początkowo przyjęci zyciwiście z nadzieją na poprawę sytuacji ludności polskiej po zmianie władzy w Wilnie. Jednakże bezwzględnie prowadzona lituanizacja, pałowanie modlących się Polaków w kościołach przez policję litewską i wreszcie zamknięcie w grudniu 1939 r. Uniwersytetu Stefana Batorego oraz inne nieprzyjazne działania – nasilając antagonizm polsko – litewski w Wilnie.

W czerwcu 1940 Litwę wraz z Wilnem zajmuje Armia Czerwona i zostaje utworzona Litewska Republika Radziecka

24 czerwca 1941 roku w drugim dniu wojny sowiecko – niemieckiej do Wilna wkraczają Niemcy.

- 13 lipca 1944 roku Wilno zajmuje ponownie Armia Czerwona

- w sierpniu 1991 roku Litwa odzyskuje niepodległość i Wilno staje się ostatecznie miastem litewskim.

Już w październiku 1939 roku zaczęły powstawać w Wilnie pierwsze organizacje konspiracyjne. Organizacje te różniły się programami politycznymi i metodami działania.

W listopadzie 1939 r. do Wilna docierają dwaj oficerowie: ppłk Nikodem Sulik oraz mjr Aleksander Krzyżanowski. Są oni wydelegowani przez generała Michała Tokarzewskiego

- dowódcy pierwszej wojskowej organizacji konspiracyjnej „Służba Zwycięstwu Polski” (SZP) przekształconej później w ZWZ a następnie AK.

W dniu 28 grudnia 1939 roku udaje się w Wilnie uformować wieloosobowy sztab

okręgu z dowódcą ppłk Sulikiem oraz licznymi przedstawicielami miejscowych organizacji. Dzięki wysiłkom ppłk Sulika konspiracja wileńska pod znakiem „Służby Zwycięstwu Polski” (SZP) zostaje przeorganizowana, uporządkowana i zjednoczona.

Wiosną 1941 r. dochodzi do masowych aresztowań wśród przywódców wileńskiej konspiracji przez NKWD. Zostaje aresztowany ppłk Sulik wraz z wieloma członkami sztabu. Aresztowania udaje się uniknąć majorowi Krzyżanowskiemu (Wilk), który odbudowuje struktury organizacji i zostaje jej dowódcą.

Po wkroczeniu armii niemieckiej sytuacja na w Wilnie uległa zmianie. Nacjonalistyczne ugrupowania litewskie zdecydowały się na daleko idącą kolaborację z Niemcami mając nadzieję na odzyskanie przez Litwę niepodległości. Powstaje spontanicznie Tymczasowy Litewski rząd, który po 43-ech dniach Niemcy rozwiązały nie mając zamiaru patronować odrodzonej litewskiej państwowości. Pozostawiono jednak Litwinom pozory samodzielnosci. Zezwolono na utworzenie sądownictwa, policji kryminalnej oraz tzw. „Saugumy” (Urzędu Bezpieczeństwa) podległej gestapo. Powstały litewskie władze samorządowe oraz formacje paramilitarne, wśród których specjalnie złą sławą zyskały oddziały specjalne (Ypatingas Burys), które w podwileńskich Ponarach wymordowały 70.000 Żydów, kilka tysięcy Polaków, jeńców sowieckich i Cyganów.

W marcu 1943 powstaje na ziemi wileńskiej pierwszy polski oddział partyzancki dowodzony przez por Antoniego Burzyńskiego ps „Kmicic”. Działa on w okolicy jeziora Narocz. Oddział ten stopniowo rozrasta się i przeprowadza szereg udanych akcji bojowych, współpracując z brygadą sowieckich partyzantów dowodzona przez ppłk Fiodora Markowa.

26 czerwca 1943 Markow zaprasza „Kmicica” do bazy sowieckiej celem uzgodnienia zasad dalszej współpracy. Podczas spotkania „Kmicic” z kilkoma towarzyszami zostaje podstępnie rozbrojony i zamordowany. Ten sam los spotkał grupę partyzantów „Kmicica” zaatakowanych w miejscu postoju.

Jesienią 1943 r. rozpoczyna się znaczna aktywność organizacyjna i bojowa dalszych grup leśnych AK na Wileńszczyźnie. Powstaje słynna 5 Brygada mjr Szendzielarza „Łupaszki”, zwana brygadą „Śmierci”. Wchłania ona żołnierzy „Kmicica”, którzy zdołali się uratować od masakry z rąk Markowa. W ciągu kilku miesięcy tworzą się nowe formacje, które z kilkunastu – osobowych grup rozrastają do oddziałów liczących od kilkuset do tysiąca żołnierzy. Oddziały te odpowiadają siłą batalionom, ale noszą nazwę Brygad.

Żołnierze wileńskich Brygad AK rekrutowali się głównie z pośród patriotycznej wileńskiej młodzieży, ale również licznie było reprezentowane środowisko wiejskie. W oddziałach partyzanckich znajdowali schronienie zagrożeni aresztowaniem działacze kon-

spiracji. Kadre dowódczą Brygad wileńskich stanowili przedwojenni oficerowie raczej niższych stopni a w kilku przypadkach „cichociemni”.

Działania zbrojne były prowadzone przeciwko oddziałom armii niemieckiej oraz kolaborującym z Niemcami formacjom litewskim. Skomplikowana sytuacja istniała w stosunku do partyzantki sowieckiej. Strona polska dążyła do unormowania tych relacji a nawet prób współpracy, co nie było realizowane przez stronę sowiecką. Dochodziło do częstych podstępnych napaści na polskie oddziały, co w końcu doprowadziło do otwartej walki.

W styczniu 1943 r. stan liczebny AK na ziemi Wileńskiej wzrósł do około 7000 żołnierzy zgromadzonych w 13 brygadach. Przeprowadzono około 250 akcji zbrojnych na różne obiekty militarne, mniejsze garnizony i szlaki komunikacyjne. Zdobyto 50 pojazdów mechanicznych oraz znaczne ilości broni, które stanowiły jedynie źródło zaopatrzenia oddziałów AK. Wyeliminowano administrację wroga na znacznych obszarach Wileńszczyzny, tworząc trwałe „republiki partyzanckie” np. Turgiele, Jaszuny, Soleczniki.

Do największych sukcesów AK na Wileńszczyźnie należy zaliczyć zwycięską bitwę stoczoną 13 maja 1944 roku pod Murowaną Oszmianką z litewskim ochotniczym korpusem gen. Plechavičiusa.

Na obszarze miasta były prowadzone intensywne działania konspiracyjne. Wydawano podziemną prasę, fabrykowano na dużą skalę fałszywe dokumenty, prowadzono tajne nauczanie. Powstały również konspiracyjne oddziały wojskowe garnizonu przygotowywane do wystąpienia zbrojnego.

Operacja „Ostra Brama”

W czerwcu 1944 roku naczelne dowództwo AK w Warszawie zdecydowało o połączeniu okręgów Wileńskiego i Nowogrodzkiego dla przeprowadzenia operacji „Ostra Brama” celem, której było zdobycie Wilna przed wkroczeniem Armii Czerwonej. Wspólnym dowódcę mianowano mjr. Krzyżanowskiego „Wilka”. W okresie poprzedzającym operację „Ostra Brama” siły AK szacowano na około 15.000 żołnierzy. W lipcu 1944 wobec szybko zbliżającej się do Wilna nacierającej Armii Czerwonej podjęto bardziej intensywne przygotowania do realizacji planu „Ostra Brama”. Termin natarcia wyznaczono pierwotnie na 7 lipca 1944, ale wobec szybszego niż przewidywano posuwania się wojsk sowieckich dowództwo AK zdecydowało się na przyspieszenie ataku na Wilno o 24 godziny.

Brak nowoczesnych środków łączności spowodował, że rozkaz o wcześniejszym terminie operacji nie dotarł do wszystkich oddziałów. W wyniku tego udział w operacji wzięła mniej niż połowa sił AK. Szanse powodzenia operacji „Ostra Brama” zmniejszyła znacznie decyzja Hitlera, który w ostatniej

chwili nakazał obronę miasta za wszelką cenę i zamienił miasto w twierdzę. Decyzja ta powstrzymała paniczny odwrót armii niemieckiej.

W odróżnieniu od Powstania Warszawskiego, główne natarcie na Wilno miało być prowadzone z zewnątrz. Oddziałom garnizonu wyznaczono zadania pomocnicze. Z kierunku wschodniego nacierało zgrupowanie nr 1 mjr Olechnowicza ps. Pohorecki; w składzie:

3 Brygada „Szczerbca” (por Fróg)

8 Brygada „Tura” (por Turonek)

III batalion nowogrodzki UBK „Sablewskiego” (ppor Bolesław Piasecki)

I batalion nowogrodzki „Zycha”

(kpt. Zogło)

i inne mniejsze oddziały

– z kierunku południowo wschodniego nacierało zgrupowanie nr 3 mjr Dębickiego ps. „Jarema” składającej się z 9 Brygady „Małego” (chor. Kolenda) i 2 batalionów nowogrodzkich.

– z kierunku północnego miało nacierać zgrupowanie nr 2 mjr Potockiego ps. „Węgielny”, do którego nie dotarł rozkaz o przyspieszeniu ataku na Wilno.

Operacja „Ostra Brama” rozpoczęła się w nocy 6/7 lipca. Oddziały wileńskiej i nowogrodzkiej AK po dowództwem ppłk Aleksandra Krzyżanowskiego („Wilka”) zaatakowały Wilno bezpośrednio z marszu.

Doszło do zaciętych walk szczególnie na 3 obszarach: w Dolnej Kolonii Kolejowej, we wsi Góry oraz w rejonie Lipowki przy zdobywaniu bunkra niemieckiego. Nie udało się uzyskać efektu zaskoczenia gdyż dowództwo niemieckie było dobrze poinformowane o mającym nastąpić natarciu AK. Duże straty zadała polskim oddziałom dobrze wstrzelana artyleria niemiecka oraz lotnictwo startujące z pobliskiego lotniska na Porubańku. Najczęstsze walki toczyła 3 Brygada „Szczerbca” w podwileńskiej miejscowości Kolonia Kolejowa (obecnie Pavilnius). Nacierając w kierunku miasta żołnierze Brygady musieli przekroczyć linię kolejową i zostali zaskoczeni przez nadjeżdżający pociąg pancerny.

Wobec dużych strat natarcie AK zostało zatrzymane, osiągając jedynie peryferie miasta. Polityczne cele operacji „Ostra Brama” zostały tylko częściowo osiągnięte. Nacierające od wschodu oddziały Armii Czerwonej napotkały walczące z Niemcami oddziały AK. Pierwsze bojowe współdziałanie miało miejsce już 7. lipca i było następnie kontynuowane.

Na północ od Wilna drugie zgrupowanie mjr „Węgielnego” nawiązało współdziałanie z oddziałami sowieckimi. Dużym sukcesem było wspólne zdobycie miasteczka Mejszagoła, co uniemożliwiło nadejście odsieczy dla broniących się w Wilnie Niemców.

Garnizon miasta Wilna było podzielony na 5 dzielnic, z których każda miała wystawić batalion powstańcy. Ponieważ do garnizo-

nu nie dotarł rozkaz o przyspieszeniu o 24 godziny rozpoczęcia operacji, poszczególne oddziały podjęły walkę samoistnie odnosząc spore sukcesy. Komendant dzielnicy A (Kalwaryjskiej) kpt. „Jan” (Bolesław Zagórny) po zmobilizowaniu swoich oddziałów opanował dzielnicę kalwaryjską a następnie przeprowadził się przez Wilnę i dotarł do Placu Katedralnego i Starego Miasta.

W dzielnicy D (śródmieście) walki prowadziła kompania „Szarych Szeregów” kpt. „Kmity” (Józef Grzesiak). Dwaj harcerze z tego oddziału zatknęli na baszcie Góry Zamkowej (Gedmina) polską flagę, która powiewała nad miastem do czasu nadejścia jednostek sowieckich.

W dzielnicy Zwierzyniec 10 lipca oddział AK należący do garnizonu otrzymał rozkaz oswobodzenia dzielnicy z sił przeciwnika. Przeprowadzone natarcie wzdłuż ulic Sosnowej, Starej i Moniuszki w kierunku Wilii. W akcji tej brałem udział jako 17 letni żołnierz AK.

Podczas tej akcji dostaliśmy się pod silny ogień, głównie z drugiego brzegu Wilii ponosząc straty. Śmiertelnie ranny został mój kolega H. Kozakiewicz pseudonim „Fordzik”. Ja także zostałem ranny w ramię. Zadanie zostało wykonane Zwierzyniec pozostał 2 dni w rękach AK.

Sytuacja militarna w ostatnich dniach walk była bardzo skomplikowana. Rozkaz Hitlera nakazujący obronę Wilna „za wszelką cenę” doprowadził do okrążenia miasta i odcięcia drogi odwrotu na zachód. Siły niemieckie w mieście zostały rozdzielone na 2 części, z której jedna pozostała w rejonie placu Łukieskiego a druga złożona z doborowych jednostek w sile 3.000 żołnierzy została zamknięta w leśnym parku „Zakrecie” - i stąd prowadziła ostrzał Zwierzynica wzdłuż ulic.

Z jednych możliwych kierunków odwrotu stanowiła droga na północ. W nocy z 12/13 lipca dowodzący gen. Stahel nakazuje grupie zamkniętej w Zakrecie przeprawę przez Wilnę i marsz w kierunku północno - zachodnim.

W dniu 13 lipca w miejscowości Krawczuny dochodzi do przypadkowego spotkania grupy gen. Stahela ugrupowaniem AK mjr „Węgielnego” maszerującym w kierunku Wilna. Dochodzi do bitwy, w której obie strony ponoszą ciężkie straty. Ginie między innymi dowódca 1-szej Brygady por „Jurand” (Czesław Grombaczewski). Bitwa pod Krawczunami była ostatnią bitwą w operacji „Ostra Brań” na Wileńszczyźnie.

Służba sanitarna

Służba sanitarna AK w Wilnie opierała się głównie na szerokim udziale lekarzy - Polaków zaangażowanych w działalność podziemia niepodległościowego. Z danych źródłowych wynika, że w konspiracji AK na Wileńszczyźnie brało udział ponad 100 lekarzy oraz ponad 300 sanitariuszy i sanitariuszek głównie rekrutujących się z ochotników przeszkolonych na kursach organizowanych od 1942 r. Około 30 % personelu medycznego

go przeszło do oddziałów partyzanckich. Pozostali pełnili służbę w garnizonie. Po zamknięciu USB został zorganizowany tajny wydział lekarski pod kierownictwem prof. Michała Reichera. Kiedy prof. Reicher musiał ukrywać się poza Wilnem w związku z pochodzeniem żydowskim - kierownikiem tajnego wydziału lekarskiego został prof. Stanisław Legeżyński. Wykłady prowadzili byli pracownicy naukowcy USB:

- prof. Reicher i dr Sylwanowicz - z anatomii
- prof. Heller i doc Bagiński - z histologii
- prof. Mozołowski - z chemii fizjologicznej
- doc. Mahrburg - z anatomii patologicznej
- prof. Michejda - z chirurgii
- prof. Abramowicz - z okulistyki
- doc. Hurynowicz - neurologii

Zajęcia odbywały się w małych grupach w zakonspirowanych mieszkaniach prywatnych, przychodniach i szpitalach. Ważną formą działania wileńskich lekarzy była ochrona młodzieży przed deportacją do Niemiec na przymusową pracę. Posługiwano się różnymi sposobami umożliwiającymi fikcyjne rozpoznanie przewlekłych schorzeń (gruźlica, jaglica, choroby skóry itp.). Dynamiczny rozwój ruchu partyzanckiego na początku 1944 roku i przewidywane nasilenie działań bojowych związany z akcją „Burza” wymagało odpowiednich przygotowań służb sanitarnych. W związku z tym komenda AK powołała nowe kierownictwo sanitarne okręgu.

Szefem sanitarnym okręgu mianowano dr. Wiktora Dunina - Horkawicza ps. „Kamil”. Szefem sanitarnych garnizonu został dr Stanisław Markiewicz ps. „Pius” - obaj okulisci. Szefem sanitarnych oddziałów partyzanckich został mianowany prof. Michał Reicher ps. „Sosna”. Szpitale wileńskie, mimo że dyrektorami byli Niemcy lub Litwini prowadziły działalność dla potrzeb konspiracji. W szpitalu neurologicznym w dzielnicy Zwierzyniec były zatrudnione doc. Janina Hurynowicz oraz dr Zofia Czyżewska. W szpitalu tym ukrywali się zagrożeni członkowie konspiracji.

W szpitalu zakaźnym dr Zofia Świdowa rozpoznając dur brzuszny na podstawie fałszywych badań i sztucznie wywołanej gorączki - ratowała polską młodzież przed aresztowaniami lub deportacją na roboty do Niemiec. Udzielała pomocy również zbiegłym z getta Żydom. Czynnikiem sprzyjającym tym działaniom była paniczna obawa Niemców przed chorobami zakaźnymi a zwłaszcza dżumą.

W lecznicy ocznej św. Józefa pracowali okulisci związani z szefostwem sanitarnym okręgu: dr Dunin - Horkawicz oraz dr Markiewicz. W lecznicy tej znajdowały się zakonspirowane łóżka dla potrzeb AK. Odbywały się tam odprawy członków szefostwa sanitarnego.

Oddziały chirurgiczne szpitali wileńskich dysponowały również łózkami dla potrzeb AK. Tworzone były zespoły chirurgiczne wyposażone w sprzęt, które wykonywały zabiegi operacyjne w terenie.

Doświadczeni chirurdzy kliniczni prowadzili szkolenia dla lekarzy i studentów starszych lat przygotowujących ich do pracy w oddziałach partyzanckich. W związku z tym powstające brygady były zabezpieczone pod względem medycznym.

Na wiosnę 1944 r. przy poszczególnych zgrupowaniach brygad zostały zorganizowane czołówki sanitarne. Czołówkę tworzył zespół składający się lekarzy i pielęgniarek i był wyposażony w odpowiedni sprzęt medyczny. Zespół ten był przygotowany do rozwinięcia szpitala w wypadku potrzeby.

Zostały zorganizowane następujące czołówki sanitarne:

I czołówka przy I zgrupowaniu AK mjr Pohoreckiego

Komendant: Stefan Cierpiński ps. „Korwin”

Chirurg dr Michał Juszczyński ps. „Michał” - asystent prof. Micheidy i dr Teresa Filipowska-Iwanowska

Wypożyczenie czołówki umożliwiała wykonywanie bardziej skomplikowanych zabiegów chirurgicznych. Dysponowano np. nowoczesnym autoklawem, salą operacyjną oświetloną lampą naftową, co umożliwiało wykonywanie zabiegów operacyjnych w nocy. Brakowało surowicy przeciwżółtaczowej.

W dniu 3 lipca czołówka przemieszczała się do wsi Czarne gdzie rozwinęła szpital polowy. Lekarze czołówki pod ogniem lotnictwa niemieckiego operowali zarówno żołnierzy polskich jak i sowieckich.

II czołówka przy II zgrupowaniu AK mjr Węgielnego

Komendant dr Tadeusz Ginko ps. „Jan”.

W trakcie marszu na Wilno czołówka wraz z oddziałami zgrupowania przemieszczała się w kierunku „Zielonych Jezior” gdzie zorganizowano szpital polowy w majątku Kalino. Zaopatrzenie czołówki było stosunkowo dobre i zostało zdobyte podczas zwycięskich bitew z nieprzyjacielem. Dysponowano między innymi - sporym zapasem surowicy, których brakowało innym zespołom.

III czołówka przy III zgrupowaniu AK mjr Jaremy

Komendant dr Tadeusz Wiszniewski ps. „Hel”

Czołówka była połączona z szpitalem polowym w Antoniszkach kierowanym przez dr. Jana Brzozowskiego ps. „Mietek” Sala operacyjna w Antoniszkach wyposażona była w reflektor własnej konstrukcji zasilany z baterii. Nie było autoklawu. Brakowało surowicy przeciwżółtaczowej i przeciw zgorzeli gazowej. W szpitalu tym dr Wiszniewski ps. „Hel” operował rannych w maju 1944 r. w bitwie pod Murawą Oszmiańską. Podczas natarcia na Wilno 6 lipca czołówka została przesunięta bliżej pierwszej linii walk do dworu Szwaicy. Powstał tu polowy szpital którego obsadę stanowiło kilka pielęgniarek oraz dr Wiszniewski Ps. „Hel”.

Czołówka sanitarna „K” związana była organizacyjnie z Komendą Okręgu Wileńskie-

go AK. Kierował nią dr Władysław Żemojtel ps. „Znachor”. Od 4 lipca czołówka K znajdowała się w miejscowości Wołkorabiszki tj. w miejscu postoju komendy okręgu.

Niezależnie od czołówek sanitarnych na terenach Wileńszczyzny zorganizowano kilka dobrze wyposażonych polowych szpitali partyzanckich. Stało się to możliwe kiedy oddziały AK wyparły administrację okupanta ze znacznej części terytorium. Przykładem takiego szpitala był szpital polowy w miejscowości Onżadowo zorganizowany przez dr Lecha Iwanowskiego ps. „Lancet”. Pracował w nim dr Włodzimierz Polak – Chmielewski. Szpital był dobrze wyposażony. Wiele sprzętu medycznego zdobyto na rozbitych batalionach litewskich gen Plechavičiusa.

W małych ośrodkach, folwarkach i wsiach organizowano punkty sanitarne, gdzie melinowano pojedynczych rannych lub chorych żołnierzy AK. Opieką nad nimi sprawowali „lekarze zaufania” z pobliskich szpitali terenowych lub ośrodków zdrowia.

Jak już wspomniano w działaniach AK na wileńszczyźnie brało udział ponad 100 lekarzy i wobec tego nie ma możliwości aby szczegółowo omówić ich działalność i pełnione funkcje. Chciałbym przypomnieć jedynie kilka znaczących postaci reprezentujących to środowisko.

Prof. Kornel Michejda (1887-1960) – kierownik Kliniki Chirurgii USB 1922-1939 twórca wileńskiej szkoły chirurgów, organizator służb sanitarnych AK, wykładowca na tajnym wydziale lekarskim w Wilnie i kursach szkolących chirurgów dla potrzeb AK. W swoim domku letniskowym w miejscowości Gulbiny przechowywał Żydów (prof. Reichera i prof. Abramowicza).

Prof. Kazimierz Pelczar (1894-1943) – światowej sławy onkolog. Czołowa postać wileńskiej konspiracji. Rozstrzelany 17.09.1943 r.

Dr Jan Nielubowicz (1915-2000) – pełnił funkcje „lekarza zaufania” grup partyzanckich w terenie. W okresie powojennym – profesor chirurgii kierownik Kliniki Transplantologii i Chirurgii Naczyni w Warszawie.

Dr Tadeusz Ginko (1917-1984) – absolwent Uniwersytetu Kowieńskiego. Komentant czołówki II zgrupowani, później szef służby sanitarnej II zgrupowania. Uczestnik bitwy pod Krawczunami. Po powrocie z Kaługi pracuje przejściowo w Toruniu a następnie na Śląsku. Kierował Kliniką Chirurgii w Katowicach, mając tytuł profesora.

Doc. Janina Hurynowicz (1894-1967) – działalność jej w konspiracji wileńskiej była już omawiana. W okresie powojennym – profesor UMK kieruje zakładem Neurofizjologii oraz organizuje Wojewódzką Przychodnię Zdrowia Psychicznego.

Juliusz Narębski (1927-1993) – żołnierz garnizonu wileńskiego. Bierze udział w walkach w dzielnicy Zwierzyniec. W okresie powojennym profesor UMK, neurofizjolog.

Dr Eugeniusz Waszczuk (1909- ?) – na stanowisku naczelnego lekarza obwodu

Brasławskiego. Organizuje służby sanitarne w powstających brygadach AK na tym terenie. Później lekarz 24 Brygady „Dryświaty”. Po wojennie na stanowisku dyrektora Szpitala Miejskiego w Toruniu.

Dr Włodzimierz Polak Chmielewski – lekarz 3 Brygady „Szczerbca” później lekarz szpitala polowego w Onżadowie. Po wojnie ordynator Oddziału Wewnętrznej Wojkowego Szpitala Okręgowego w Toruniu.

Oprócz wymienionych, w skład bardzo licznej grupy wileńskich chirurgów zaangażowanych w działalność AK między innymi wchodził: dr dr Józefa Muszyńska, Jan Janowicz, Mieczysław Pimpicki, Michał Juszczynski, Zdzisław Kieturakis, Feliks Oleński, Antoni Tołłoczko, Józef Tyimiński, Jan Kondrat, Władysław Żemojtel, Adam Dowgird i wielu innych.

Zgodnie z założeniami operacji „Ostra Brama” miasto miało być opanowane natarciem z zewnątrz, w związku z tym bazę szpitalną dla rannych miały stanowić przygotowane szpitale wileńskie. Utworzono zespoły operacyjne złożone z lekarzy, głównie chirurgów i wileńskiej siatki konspiracyjnej w wytypowanych szpitalach.

Szpital Czerwonego Krzyża:

dr dr Józef Tyimiński, Zdzisław Kieturakis, Stanisław Markiewicz (okulista)

Szpital Św. Jakuba:

dr dr Feliks Oleński, Antoni Tołłoczko, Józefa Muszyńska,

Niemiecki Szpital polowy w Zakrecie:

dr dr Jan Janowicz, Emil Leyko

W związku z tym, że oddziałom AK nie udało się zdobyć miasta, zaistniała konieczność zmiany koncepcji w zakresie organizacji bazy szpitalnej.

Powstała sytuacja wymagała utworzenia szpitala w miejscu największego natężenia działań bojowych. W tym celu został zorganizowany duży szpital terenowy we wspomnianej już miejscowości podwileńskiej Kolonii Kolejowej w pobliżu której brygady AK ponosiły największe straty.

Inicjatywę utworzenia szpitala podjęli członkowie miejscowego samorządu oraz miejscowy proboszcz, kapelan AK ks. Lucjan Sołtan.

Łóżka szpitalne lokowano w prywatnych domach a następnie szkole oraz w budynku „Towarzystwa Spółdzielczego”. Ilość miejsc szpitalnych stopniowo rosła, także w końcowej fazie zespół szpitalny mógł pomieścić ponad 200 rannych. Łóżka i wyposażenie pochodziły głównie z opuszczonego przez Niemców Wojkowego Szpitala w pobliżu Nowej Wilejki. Żywność dostarczali mieszkańcy Kolonii.

Do pracy w szpitalu przystąpiła miejscowa młodzież przeszkolona w służbie sanitarnej jak również ofiarne miejscowa ludność. W początkowym okresie personel lekarski szpitala składał się wyłącznie z lekarzy ogólnych. Pierwszym chirurgiem był sprawdzony z Nowej Wilejki dr Mieczysław Starkiewicz, który przez kilka dni niemal „non stop” ope-

rował napływających rannych. W następnych dniach dołączyli do zespołu szpitalnego chirurdzy dr Władysław Żemojtel oraz dr Adam Dowgird z czołówki sanitarnej „K” przy komendzie okręgu. W okresie późniejszym, po zakończeniu działań bojowych, kadrę lekarską szpitala w kolonii zasilili przybyli z Wilna doświadczeni chirurdzy Jan Janowicz, Zdzisław Kieturakis, Janusz Michejda i Michał Juszczynski.

Materiały opatrunkowe, leki oraz sprzęt chirurgiczny zdobywano dzięki pomysłowości, ofiarności i odwadze personelu i mieszkańców Kolonii. Szczególnie dotkliwy był brak morfiny, płynów infuzyjnych oraz surowicy p. tężcowej wobec licznych przypadków tężca. Płyny infuzyjne próbowano produkować „domowym sposobem”. Duży problem stanowiło zaopatrzenie w wodę. Dostarczano ją z pobliskiej krynicy przy pomocy ręcznie poruszanego starego beczkowsu.

Pacjentami szpitala byli żołnierze AK, oficerowie i żołnierze sowieccy oraz cywilne kobiety sowieckie.

W pobliżu kościoła w Kolonii Kolejowej powstał cmentarz istniejący do dzisiaj na którym chowano poległych i zmarłych z ran żołnierzy AK. W pobliżu chowano również zmarłych w Szpitalu Rosjan i Rosjanki których w okresie późniejszym ekshumowano i przemieszczono na cmentarz wojenny w Wilnie. Szpital w Kolonii Kolejowej zakończył swoją działalność w sierpniu 1944 a ostatni pacjent opuścił szpital w grudniu 1944 r.

Na koniec poświęcę kilka słów szpitalikowi w dzielnicy Zwierzyniec na rogu ulicy Sosnowej i Gedyminowskiej z którym wiąże się moje osobiste wspomnienia. Szpitalik ten zorganizowała Danuta Ciesielska ps. „Ślepowron” na rozkaz dowódcy rejonu II dzielnicy B. Początkowo personel medyczny składał się wyłącznie z energicznych młodych przeszkolonych sanitariuszek. Następnie dało się zmobilizować zamieszkującego w pobliżu lekarza wojskowego dr. Bułaka oraz dwójkę lekarzy Litwinów którzy wykorzystując własne narzędzia chirurgiczne byli bardzo pomocni w pracy szpitala. Materiały opatrunkowe i żywność pochodziły ze zdobyczy na Niemcach. W jednym z pomieszczeń urządzono prowizoryczną sale operacyjną.

Należałem do jednego z pierwszych pacjentów po zranieniu podczas natarcia na ulicy Sosnowej w dniu 10 lipca. Po zaopatrzeniu spędziłem noc w jednym łóżku z partyzantem sowieckim rannym w pośladek. Podczas tego samego natarcia został śmiertelnie ranny w szyję mój kolega z drużyny Henryk Kozakiewicz. Zmarł w nocy 10/11 lipca.

Do szpitala napływali liczni ranni żołnierze AK oraz partyzanci sowieccy. Byli oni zaopatrywani w prymitywnych warunkach. Ciężką próbą dla personelu szpitala była noc 12/13 lipca kiedy przez Zwierzyniec wycofywała się po sforsowaniu Wilii grupa generała

Stahela. Rannych udało się ukryć w piwnicach szpitala oraz w pobliskich prywatnych mieszkaniach.

Zdrada sojusznicza

Zakończenie operacji „Ostra Brama” przebiegało zgodnie ze scenariuszem, stosowanym poprzednio przez przywództwo sowieckie wobec AK.

Od początku walk o miasto strona Polska starała się o kontakt z dowództwem sowieckim. Do pewnych rozmów doszło 12 lipca. W ciągu następnych pertraktacji uzgodniono, że zostanie utworzony polski korpus składający się z dwóch dywizji piechoty i brygady kawalerii pod dowództwem ppłk Krzyżanowskiego „Wilka”. Korpus miał być samodzielny, podporządkowany jedynie operacyjnie Armii Czerwonej.

15 lipca rozpoczęła się koncentracja oddziałów mających wejść w skład korpusu. Miejscem koncentracji wyznaczonym przez dowództwo sowieckie był rejon oddany o ok. 25 km od Puszczy Rudnickiej.

17 lipca zostały rozwiane nadzieje na pozytywne rozwiązanie problemu AK. Podczas kolejnej narady kiedy miała być podpisana umowa o utworzeniu polskiego Korpusu, dowódca 3-go Frontu Białoruskiego gen. Iwan Czerniachowski wydał rozkaz aresztowania ppłk „Wilka”. Jednocześnie aresztowano część kadry oficerskiej AK zwolnionej podstępnie na odprawę we wsi Bogusze. Wśród tej grupy oficerów znajdowało się 8 dowódców brygad lub ich zastępcy.

Na wieść o fiasku rozmów z sowietami w nocy 17/18 lipca Brygada AK ruszyła w kierunku Puszczy Rudnickiej, eskortowana przez obserwacyjne sowieckie samoloty sowieckie tzw. „Kukuruzniki”. O godzinie 4.00 nad ranem rozpoczęło rozbrajanie polskich oddziałów i część Brygad została zmuszona do złożenia broni.

Brygady, które dotarły do Puszczy zostały otoczone. Jednocześnie w głąb lasu zaczęły przenikać jednostki Armii Czerwonej. W związku z beznadziejną sytuacją starsi oficerowie AK którzy uniknęli aresztowania w Boguszu postanowili rozwiązać istniejące oddziały pozostawiając żołnierzom wolną rękę w podejmowaniu decyzji.

Wchodziło w grę podjęcie walki, przebijanie się na własną rękę na zachód, powrót do domu i ponowne zakonspirowanie się.

Duża grupa żołnierzy zdecydowała się pozostać w Puszczy Radzieckiej a następnie przebić się do Puszczy Ruskiej. Tam po reorganizacji oddziałów i utworzeniu bazy operacyjnej podjęto walkę.

19 sierpnia oblawa przeprowadzona przez duże siły NKWD doprowadziła do rozbicia większości oddziałów AK w Puszczy Ruskiej.

21 sierpnia w bitwie pod Surkontami na skraju Puszczy Ruskiej został całkowicie rozbity oddział Nowogrodzki. W czasie tej bitwy

poległ komendant Okręgu Nowogrodzkiego mjr Maciej Kalenkiewicz ps. „Kotwicz”. W tej sytuacji Komenda Główna AK wydała rozkaz zaniechania dalszych walk i rozwiązania istniejących jeszcze oddziałów. Część oddziałów nie podporządkowała się rozkazowi i postanowiła kontynuować nierówną walkę z formacjami NKWD.

Oddziały AK które zostały rozbrojone doprowadzono do miejsca czasowej koncentracji mieszczącego się w ruinach zamku w Miednikach Królewskich.

25 lipca obóz w Miednikach wizytował przedstawiciel PKWN w stopniu oficerskim namawiając żołnierzy do wstępowania do Armii Czerwonej. Apel spotkał się z żywiołowym oporem.

Dwa dni później żołnierzy AK przewożono transportem kolejowym do Kaługi. Transport trwał 2 dni. Na miejscu uformowano zapasowy pułk strzelecki 31 Dywizji Moskiewskiej. Po około 6-cio tygodniowym szkoleniu żołnierze AK odmówili złożenia przysięgi na wierność Związkowi Sowieckemu która miała być składana w języku rosyjskim. W ramach działań represyjnych żołnierze zostali rozmundurowani, ubrani w zużyte letnie sorty mundurowe i skierowani do pracy przy wyrębie lasu. Warunki pracy były bardzo ciężkie, szczególnie w zimę. Posiłki otrzymywali pod warunkiem wykonania normy którą kilkakrotnie podnoszono.

Oficerowie aresztowani w lipcu 1944 w liczbie ok. 100 przewiezieni zostali we wrześniu z więzień w Wilnie lub do obozu w Kałudzie lub do obozu jenieckiego w Riazaniu. Wyjątek stanowili lekarze w stopniu oficerskim, których pozostawiono w Kałudze razem z szeregowymi żołnierzami. Było ich 13-stu.

W styczniu 1946 roku po umundurowaniu w nowe alienackie sorty żołnierze AK zostali przewiezieni do Polski. Przyjazd do Polski nie kończył ich gehenny – wielu z nich było represjonowanych, tym razem w majestacie „polskiego” prawa.

Oficerowie i żołnierze AK, którzy uniknęli wywiezienia do Riazania lub Kaługi – ukrywali się w Wilnie. Byli oni skutecznie tropieni i wyłapywani przez NKWD. Następnie sądzono ich w sposób urągający zasadom prawa i skazywano na wieloletni pobyt w łagrach. Najmniejszy wymiar kary wynosił 10 lat.

Ostatnie miesiące 1944 roku i zima 1945 to okres szalejącego terroru w mieście. Miał on na celu całkowitą likwidację AK na terenie Wilna i Wileńszczyzny oraz zastraszenie polskiej ludności i zmuszanie jej do opuszczenia miasta. Początkowo społeczeństwo wileńskie traktowało wyjazd z Wilna jako zdradę narodową. Z biegiem czasu opór polskiej ludności został złamany i rozpoczęła się tzw. „repatriacja”. W ten sposób zostaliśmy zmuszeni do opuszczenia naszego rodzinnego miasta. Spora grupa żołnierzy AK przedostała się na Zachód.

Wyjątkowego wyczynu dokonał ppor. Adolf Plich ps. „Góra” i „Dolina” który przeprowadził swoje zgrupowanie AK z okolic miejscowości Stółpce (obecnie Białoruś) do Puszczy Kampinoskiej gdzie brał udział w Powstaniu Warszawskim.

Wielu akowców przedostało się do Polski centralnej w małych grupach. Należeli do nich żołnierze V Brygady z mjr Szyndzielarzem „Łupaszka” oraz kilka innych oddziałów AK. Większość z nich zdecydowała się kontynuować walkę z UB i NKWD na wschodnich terenach PRL. Tworzyli oni trzon formującego się Polskiego Podziemia Niepodległościowego.

Patrząc z perspektywy czasu na założenie akcji „Burza” wydaje się, że były one mało przekonujące a może nawet naiwne. Należy jednak pamiętać, że wszystko to działo się przed konferencją w Jałcie, a sprawa granic wschodnich nie była ostatecznie przesądzona. Istniała ogromna wola walki o utrzymanie Kresów Wschodnich i takich miast jak Wilno i Lwów. W związku z tym trudno było o racjonalne rozumowanie.

Popełniono wiele błędów z punktu widzenia militarnego. Głównym błędem był brak synchronizacji działań i niewykorzystanie wszystkich sił AK wskutek przyspieszenia terminu operacji. Dziś jednak wiadomo, że nawet sukces militarny nie zmieniłby losów kresów wschodnich i Polski.

W drugiej fazie operacji negatywnie należy ocenić łatwowierność ppłk Krzyżewskiego „Wilka” który uwierzył w dobre intencje Sowietów podczas pertraktacji pomimo licznych doświadczeń z przeszłości.

Bohdan Dowbor

Bibliografia: 1. Korab - Żebryk Roman – „Operacja wileńska AK”; 2. Niwiński Piotr – „Garnizon konspiracyjny Miasta Wilna”; 3. Niwiński Piotr – „Okręg wileński AK w latach 1944-1948”; 4. Tucholski Jerzy – „Cichociemni”; 5. Malinowski Leszek – „Wileński słownik biograficzny”, Encyklopedia Ziemi Wileńskiej – tom I; 6. Stanek Aleksander – „Historia chirurgii w Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie w latach 1919-1939”; 7. Dawidowicz Aleksander – „Szpital Polowy AK w Wilnie – Koloni Wileńskiej w lipcu 1944r.” Praca Dolnośląskiego Centrum Diagnostyki Medycznej we Wrocławiu; 8. Malinowski Leszek – „Burza” na kresach wschodnich. Wileńskie rozmaitości – nr.6 -2007r.; 9. Kłosiński Zygmunt – „Operacja Ostra Brama” – Wileńskie rozmaitości – nr. 6 -2007r.; 10. Ciesielska Danuta – „Konspiracja wileńska” - „Wiano” nr.4, nr.5, nr.7, nr.8 – rok 1990.; 11. Baradyn – Żyliński Jan – „Ojczyźnie i przysiędze Hipokratesa zawsze wierni”; 12. Erdman Jan – „Droga do „Ostrej Bramy”; 13. Dowbor Bohdan – „Promocje Pomorskie” – str.26 – 1997r. red Krzysztof Sidorkiewicz nr1.

PODZIĘKOWANIE

Panu dr. Mariuszowi Litwinowi,
Ordynatorowi Oddziału
Chirurgicznego Szpitala
Powiatowego w Golubiu-Dobrzyniu
i lekarzowi prowadzącemu
Panu dr Khalilul Quaium
składam serdeczne
podziękowania i wyrazy uznania
za tak wspaniałą opiekę
i profesjonalizm
w przeprowadzonej operacji
u mojego taty.
dr n. med. Aleksandra Kawecka

**KOLOKWIMUM
Z PRAWA MEDYCZNEGO**

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra
Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25
marca 1999 r. w sprawie specjalizacji le-
karzy i lekarzy stomatologów informuje-
my, że przystępujących do egzaminu
obowiązuje zdanie kolokwium z prawa
medycznego. Kolokwium zaliczać moż-
na u Pana Dr Piotra Piekarskiego – Okrę-
gowego Rzecznika Odpowiedzialności
Zawodowej Kujawsko-Pomorskiej Okrę-
gowej Izby Lekarskiej w Toruniu – obo-
wiązuje wcześniejsze umówienie pod
numerem telefonu 56 / 655-41-60 wewn.
14.

W celu przygotowania się do kolo-
kwium obowiązują:

ustawa o zawodzie lekarza,
ustawa o izbach lekarskich,
Kodeks Etyki Lekarskiej.

Kolokwium z prawa medycznego
obowiązuje wyłącznie lekarzy, którzy zo-
stali zakwalifikowani do odbywania spe-
cializacji przed dniem 30.05.2003 r.
włącznie z postępowaniem kwalifikacyj-
nym przeprowadzonym w terminie 1.05-
15.06.2003 r. i rozpoczęli specjalizację
przed końcem 2003 r.

Natomiast wszystkich lekarzy, którzy
zostali zakwalifikowani do odbywania
specjalizacji na podst. postępowania
kwalifikacyjnego przeprowadzonego
w terminie 1.12.2003 r. - 31.01.2004 r.
i rozpoczęli szkolenie specjalizacyjne po
1 stycznia 2004 r. obowiązuje jednolity
kurs w zakresie „Zdrowia Publicznego”
(w razie wątpliwości prosimy o kontakt
z Centrum Zdrowia Publicznego w Byd-
goszczy, ul. Konarskiego 1-3, pod nr. tel.
052 349-77-67)

**Aktualny cennik reklam
(ceny netto)**

Okładki kolor:		
IV strona:	1200 zł	A4
III strona:	1000 zł	A4
II strona:	1000 zł	A4
Środek numeru:		
1/1 mono	800 zł	A4
1/2 mono	400 zł	½ A4
1/4 mono	300 zł	¼ A4
Inserty:		
cały nakład	800 zł	max. A4, waga: 1 szt. – do 5 g.
Ogłosze- nia drobne	100 zł	dot. ogłoszeń o za- trudnieniu lub poszu- kiwaniu pracy oraz ogłoszeń o sprzedaży lub wynajmie itp.

PRACA

NZOZ nawiąże współpracę
z **lekarzem stomatologiem**
tel. 502 029 249

NZOZ w Toruniu
zaprasza do współpracy
lekarza stomatologa
w celu udzielania świadczeń
w ramach NFZ z możliwością
prowadzenia praktyki prywatnej.
tel. 56 654 03 79 (księgowość),
tel. kom. 781 241 829.

WYNAJMĘ

Wynajmę 2 gabinety lekarskie
na działalność medyczną
lub inną
w Golubiu Dobrzyniu.
Kontakt: 695 886 743

Poszukujemy **lekarza stomatologa**,
partnera do prowadzenia
bogato wyposażonego gabinetu
w Trąbkach Wielkich k. Gdańska.
Możliwa dzierżawa.
Kontakt : 502 467 444;
e-mail msl@netin.pl

PRACA

LTM MED Sp. z o.o.
z siedzibą w Toruniu
zatrudni **lekarzy do pracy
w wyjazdowych zespołach
transportowych.**
Warunki zatrudnienia do uzgodnienia.
tel. kontaktowy 790 891 800

Przychodnia MULTIMED s.c.
poszukuje
**Psychiatrę, Psychologa,
Terapeutę uzależnień,
Neurologa, Reumatologa,
Logopedę, Diabetologa
lub lekarzy w trakcie specjalizacji
w następujących miastach:
Bydgoszcz, Toruń,
Grudziądz, Włocławek.**
Atrakcyjne warunki pracy i płacy.
Kontakt:
ola@multimed.konin.pl,
tel 601 079 557.

NZOZ Nasz Lekarz poszukuje do
współpracy lekarzy specjalistów do
wykonywania usług medycznych:
– w gabinetach specjalistycznych
w ramach umowy Nasz Lekarz z NFZ;
– w gabinetach prywatnych;
– dla firm ubezpieczeniowych
(orzecznictwo, ubezpieczenia zdrowotne);
– prowadzenia badań klinicznych
w charakterze współbadacza/
głównego badacza.
Proponujemy możliwość podjęcia
współpracy w różnych formach, na
wielu płaszczyznach.
Oferujemy atrakcyjne warunki finansowe.
Gwarantujemy pracę na wysokiej klasy
aparaturze medycznej.

Bliższych informacji udzielamy pod nr
telefonu: 56 619 24 44.

Osoby zainteresowane współpracą
prosimy o dostarczenie CV wraz z pełną
dokumentacją potwierdzającą posiada-
ne kwalifikacje w terminie do
10.10.2010 r. pocztą na adres NZOZ
Nasz Lekarz, ul. Szczytna 20, 87-100
Toruń lub mailem:
j.chojnacka@naszlekarz.com.pl z
tytułem
ZATRUDNIENIE.



W WOJSKU, KONSPIRACJI I PCK

We wrześniu minie 50 rocznica śmierci płk. Dr Leona Strehla, w latach 1934-1937 i 1945-1946 związanego z Toruniem i dlatego warto przybliżyć jego postać.

Leon Kazimierz STREHL (1891-1960), działacz niepodległościowy, dr medycyny, oficer WP i AK, jeńiec hitlerowski, działacz PCK.

Leon K. Strehl s. Kazimiery z d. Czarlińskiej i Władysława, urodził się 6.08.1891 r. w Czarnicach (pow. Człuchów). W latach 1901 - 1911 był uczniem poznańskiego Gimnazjum Fryderyka Wilhelma, w którym od roku 1905 należał do Towarzystwa Tomasza Zana. Był też organizatorem skautingu. Po maturze rozpoczął studia medyczne na Uniwersytecie w Monachium, skąd po roku przeniósł się do Lipska. Tu był członkiem Związku Młodzieży Polskiej „Zet” i organizatorem oraz instruktorem sekcji wojskowej tajnej „Grupy narodowej”. 1.10.1913 r. został na pół roku wcielony do 7 pułku piechoty saskiej. Po odbyciu tej służby kontynuował studia, które przerwała I Wojna Światowa i 18.09.1914 r. został zmobilizowany, jako pod lekarz w dywizjonie artylerii konnej nr 5. 6.12.1915 r. przeniesiony do rezerwowego szpitala polowego nr 118. 12 grudnia rok później został mianowany podporucznikiem lekarzem. Od 11.05.1917 r. do 4.12.1918 r. był lekarzem dywizjonu w 97 p. art. polowej. Po demobilizacji kontynuował studia w Berlinie, gdzie też udzielał się w organizacjach polskich. Rewolucja w Niemczech spowodowała, że po raz kolejny przerwał studia.

Wybuchło Powstanie Wielkopolskie i 18.01.1919 r. wstąpił do armii wielkopolskiej. Skierowany na front, od 24 stycznia do 27 lutego był pod lekarzem na odcinku Śmigiel w „Grupie Leszno” (za co w późniejszym okresie został odznaczony Krzyżem Walecznych), a w okresie 7.05 - 26.08 pełnił funkcję lekarza III batalionu 11 p. strzelców wielkopolskich. W tym czasie, 20 czerwca został mianowany podporucznikiem (ze starszeństwem od 1.01.1906 r.) i oddelegowany celem ukończenia studiów. Dyplom uzyskał 30.07.1919 r. na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Warszawie. 1 września został adiutantem w Departamencie Sanitarnym w Poznaniu, a 15

listopada działu sanitarnego D.O. Poznań, gdzie w Szpitalu Okręgowym odbywał staż podyplomowy. 3.02.1920 r. awansowany do stopnia porucznika, a 24 września kapitana. Wziął udział w III Powstaniu Śląskim. 15 grudnia 1921 r. został I referentem w Szefostwie Sanitarnym D.O.K. VII w Poznaniu, a od 1.06.1922 r. i starszym ordynatorem oddziału wewnętrznego w poznańskim Szpitalu Okręgowym. Miesiąc wcześniej 3 maja mianowany majorem (ze starszeństwem od 1.06.1919 r.). Pracę w szpitalu wykorzystywał także na doszkąlanie – 24.03.1923 r. w Warszawie uzyskał stopień doktora. W latach 1922 - 1924 był członkiem Wydziału Lekarskiego Polskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. 10 września 1925 r. na krótko trafił do Torunia, skąd 18 grudnia powrócił do Poznania, na stanowisko dowódcy 7 baonu sanitarnego. W czasie 20.10 - 31.12.1926 r. ukończył kurs doskonalenia dla oficerów lekarzy. 31.10.1927 r. został przeniesiony do Kadry oficerów służby zdrowia z równoczesnym przydziałem do 7 Okręgowego Szefostwa Sanitarnego, na stanowisko referenta ogólnego. 28.01.1928 r. otrzymał awans do stopnia podpułkownika (ze starszeństwem od 1 stycznia). 13 stycznia dwa lata później objął w zastępstwie funkcję Szefa Okręgowego Sanitariatu O.K. VII i ponownie dowództwo 7 Bat. Sanitarnego. W roku 1933 był pomocnikiem komendanta 7 Szpitala Okręgowego i komendantem Kadry zapasowej. 14.01.1934 r. był uczestnikiem poznańskiego zjazdu niepodległościowców. W kwietniu 1934 r. przeniesiony na stanowisko komendanta 8 Szpitala Okręgowego w Toruniu (zamieszkał przy ul. Sienkiewicza 11), od 1.01.1935 r. w stopniu pułkownika. Potem był także szefem Sanitarnym D.O.K. VIII. Od połowy lat dwudziestych związany był z Czerwonym Krzyżem. Początkowo prawdopodobnie w Kole przy VII Szpitalu Okręgowym w Poznaniu. 2 kwietnia 1927 r. wszedł do Komitetu Oddziału P.C.K. Poznań Miasto, do Sekcji Sanitarno-Mobilizacyjnej, a 21 tm. „jako łącznik z ramienia władzy wojskowej” i do Komitetu Oddziału Poznańskiego. W końcu tr. podjął współpracę w Komisji Wystawowej P.C.K. Powszechnej Wystawy Krajowej. 28.10.1929 r. wszedł do Komitetu Okręgu Wielkopolskiego P.C.K.

W roku 1930 był w Komisji pogotowia sanitarnego Okręgu Wielkopolskiego P.C.K. organizował i prowadził szkolenia drużyn ratowniczych oraz organizował zakup potrzebnego im sprzętu. W roku 1931 został członkiem Komitetu i członkiem Zarządu Okręgu Wielkopolskiego P.C.K. Po przeniesieniu do Torunia włączył się w prace Okręgu Pomorskiego P.C.K. został członkiem Komitetu Okręgowego i w latach 1934 - 1936 pełnił w jego Zarządzie funkcję wiceprezesa, będąc odpowiedzialnym za szkolenie drużyn ratowniczo-drogowych oraz tworzył sieć punktów tegoż ratownictwa. Odpowiadał też za propagandę.

W roku 1937 był szefem zaopatrzenia w Zarządzie Okręgu. 17 listopada 1937 r. nastąpiło przeniesienie na stanowisko Szefa Sanitarnego D.O.K. I w Warszawie, na którym pozostawał do września 1939 r. Po wybuchu wojny powierzono mu stanowisko Szefa Sanitariatu Armii „Warszawa”. Po kapitulacji objął komendę I Wojskowego Szpitala Okręgowego. W czasie całej kampanii z obowiązków wywiązywał się, jak zawsze, wzorowo i w dowód uznania d-ca Armii gen. J. Rómmel uhonorował go Krzyżem Srebrnym Orderu Virtuti Militari. 1 października został wzięty do niewoli niemieckiej. Do 11 tm. przebywał w obozie przejściowym w Skierniewicach, a potem do 31 marca 1940 r. w Szpitalu Mokotowskim (Okręgowym), gdzie niósł pomoc rannym i chorym żołnierzom oraz obrońcom Warszawy. 1 kwietnia 1940 r. został dyrektorem szpitali: Ujazdowskiego i Maltańskiego, ale i praktykował jako dermatolog. 1 lipca 1942 r., jako „Feliks”, zaprzysiężony w Armii Krajowej. Rok później został szefem Sanitariatu Komendy Głównej AK. Po wybuchu Powstania Warszawskiego w sierpniu 1944 r. koordynował pracę szpitali powstańczych, a potem organizował ich ewakuację. Sam był (po ewakuacji Woli 5 sierpnia) komendantem powstańczego Szpitala Maltańskiego przy ul. Senatorskiej 38 i 42, który sprawnie ewakuował 14 sierpnia, wraz z ok. 200 rannymi. Potem w Śródmieściu kierował Szpitalem Ujazdowskim. Wszystkie te działania spowodowały, że po raz drugi został odznaczony Krzyżem VM. Po kapitulacji Powstania znalazł się 13 października w Stalagu IV B Mühlberg-Reserve Lazarett w Zeithain,

gdzie był komendantem szpitala jenieckiego – początkowo pustych i zapluskwionych baraków. Z obozu został wyzwolony w kwietniu 1945 r., ale pozostał w nim jako ordynator polskiego oddziału w sowieckim szpitalu wojennym. Oddział ten prowadził do 12 sierpnia, kiedy to pod patronatem PCK, udało mu się, wraz z chorymi i personelem, ewakuować szpital do Torunia. 120-lóżkowy szpital umieszczono na ul. Żeglarskiej 8, a płk dr Strehl od 15 tm. nadal był jego komendantem. Zorganizował tu też farmę rolniczą dla inwalidów.

1 marca 1946 r. został powołany do Wojska Polskiego, w którym powierzono mu szefostwo wydziału leczenia w Departamencie Służby Zdrowia MON, ale i praktykował jako lekarz skórny. Nie zapomniał o Toruniu, bywał tu i utrzymywał kontakty z tutejszym Czerwonym Krzyżem. 3 września 1951 r. (po zawale serca) został zdemobilizowany i oddany do dyspozycji ministra zdrowia, który 1 października powierzył mu p.o. wicedyrektora Instytutu Hematologii, skąd 1 listopada przeszedł do pracy w Zarządzie Głównym PCK, na stanowisko kierownika wydziału Sekcji Przysposobienia Sanitarnego. 1 lutego 1952 r. został zatrudniony na stałe, jako Kierownik Działu Przysposobienia Sanitarnego Dorosłych i Kierownik Wydziału Organizacyjnego. 1 lipca tr. przeszedł na kierownictwo do Wydziału Organizacji Drużyn i Posterunków Sanitarnych w Dziale, którym do tej pory kierował. 27 marca 1953 r. został oddelegowany, jako przedstawiciel PCK, do Społecznej Komisji Kontroli Lekarskiej przy Głównym Komite-

cie Kultury Fizycznej. Miesiąc później ZG PCK zatwierdził wniosek Działu Kadr o nadanie Odznaki Honorowej II° „za duży wkład w pracy w realizacji planów PCK za rok 1952”. 1.01.1954 r. powrócił do Działu Przysposobienia Sanitarnego. Rok później został zastępcą Kierownika Działu Organizacyjno-Szkoleniowego, a dwa lata później i Kierownikiem Sekcji Przysposobienia Sanitarnego. 1 września 1958 r. nastąpiła ostatnia zmiana stanowiska pracy, został Kierownikiem Działu Oświaty i Przysposobienia Sanitarnego. 17 października 1957 r. Minister Zdrowia nadał doktorowi II° specjalizacji z zakresu Organizacji Ochrony Zdrowia.

Zmarł 1 września 1960 r. w Warszawie. Za działalność niepodległościową, zasługi wojenne i wojskowe oraz w pracy zawodowej i społecznej był odznaczony: dwukrotnie Orderem Virtuti Militari V kl. (29.09.1939, 29.08.1944), Krzyżem Niepodległości (28.12.1933), Orderem Odrodzenia Polski IV kl. (10.11.1938), Orderem Odrodzenia Polski V kl. (4.04.1959), dwukrotnie Krzyżem Walecznych (nr 22321 - 1921, IX 1939), Medalem Niepodległości (1932), Złotym Krzyżem Zasługi z Mieczami, dwukrotnie Złotym Krzyżem Zasługi (1931, 1954), Srebrnym Krzyżem Zasługi (30 IX 1929), Wielkopolskim Krzyżem Powstań- cym, Krzyżem Armii Krajowej, Medalem Pamiątkowym Za Wojnę 1918 - 1921 (1928), Medalem Dziesięciolecia Odzyskania Niepodległości (1928), Srebrnym i Brązowym Medalem Za Długoletnią Służbę (1938), czterokrotnie Medalem Wojska,

Medalem Za Warszawę, Medalem Zwycięstwa i Wolności, Medalem X-lecia PL (17 I 1955), Odznaką Honorową „Za wzorową pracę w Służbie Zdrowia” (1956), dwukrotnie Odznaką Honorową PCK II° (1934 i nr 2432 - 1 V 1953) i licznymi pochwałami, oraz sowieckim Medalem „Za pobiędu” (1945).

29 października 2009 r., na wniosek Komisji Historycznej Pamięci Narodu Okręgu Toruń ŚZZAK, Rada Miasta nadała jego imię jednej z ulic Torunia (uchwała nr 665/09).

Lesław J. Welker

Źródła: Centralne Archiwum Wojskowe,teczka Ap 3215; „Nowości” z 1 X 2001; Archiwum ZG PCK – akta osobowe (w tym i życiorys) oraz Protokół Nr 9 z posiedzenia Prezydium ZG P.C.K. z dn. 28.IV. 1953 roku; Marcin Paluszkiwicz i Jerzy Szewsz, „Słownik biograficzny członków tajnych towarzystw gimnazjalnych w Wielkim Księstwie Poznańskim 1850-1918”, Poznań 2000; „125lat Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk”, Warszawa-Poznań 1982; „Sprawozdanie z działalności Polskiego Czerwonego Krzyża Oddział Miasto Poznań za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1927 roku”, Poznań 1928 oraz „Sprawozdanie...” za rok 1928; „Sprawozdanie z działalności Polskiego Czerwonego Krzyża Okręgu Wielkopolskiego oraz Oddziału Miasto Poznań za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1929 roku”, Poznań 1930 oraz „Sprawozdania” z lat 1930-1933; „Sprawozdanie Okręgu Pomorskiego P.C.K. za rok 1936”, Toruń 1937 oraz „Sprawozdanie ... za rok 1937”, Toruń 1938; „Monitor Polski” nr 258 z 10 XI 1938; Stefan Wojtkowiak, „Lancet i karabin. Dzieje szkolnictwa medycznego w Wojsku Polskim”, Warszawa 1973; Stanisław Bayer, „Służba Zdrowia Warszawy w walce z okupantem 1939-1945”, Warszawa 1985; Andrzej Kunert „Słownik biograficzny konspiracji warszawskiej 1939-1944”, Warszawa 1987; „Okupacja i medycyna”, Warszawa 1979; „Verzeichnis der Mitglieder der Heilberufe im Generalgouvernement”, Krakau (Kraków) 1944; Hanna Odrowąż-Szukiewicz, „Powszednie dni niepowiedzianych lat”, Warszawa 1984; Lesław J. Welker „To już tyle lat”, Toruń 2000; Księga adresowa m. Torunia 1936; „Rocznik lekarski”, Warszawa 1948

• PODZIĘKOWANIE •

Bellastoma
TWÓJ PIĘKNY UŚMIECH

NALEŻY DO GRUPY

CONSUS MEDICA
Europe Limited

Kujawsko-Pomorska Okręgowa
Izba Lekarska w Toruniu
wyraża szczególne podziękowanie Firmie
Bellastoma – Consus Medica
za sponsorowanie pobytu w Polsce
Honorowego Gościa
VII Światowego Kongresu Polonii Medycznej
Pani Prof. Marii Siemionow.

• POEZJA •

SMS do Boga

*Już nie umiemy w modlitwach trwać
Jak było od wieków hen
Teraz w ręku pilot, pod nogą gaz
Ciągle spieszymy się.*

*Już nie umiemy w skupieniu być
Ciszą i szeptem warg
Mówić Ci Boże
Kochamy Cię
Dzięki składamy Ci.*

*Już nie umiemy śpiewać
Wprost z duszy swe
Prostych, cudownych słów
Słuchamy jazgot, nie ptasi śpiew
I nie klęczymy już.*

*Mamy XXI wiek
Więc SMA-a do Ciebie ślę ...
BOŻE KOCHAM CIĘ.*

Hanna Rutkowska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 12 czerwca 2010 r.
zmarła Pani Doktor

ALINA TOBY

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie
Pani Doktor oraz Przyjaciółom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 03 lipca 2010 r.
zmarł Pan Doktor

MARIAN WAYS

Wyrazy szczerego współczucia
Rodzinie Pana Doktora oraz Przyjaciółom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 31 lipca 2010 r.
zmarła Pani Doktor

HANNA MARIA WYSOCKA

Wyrazy szczerego współczucia
Rodzinie Pani Doktor
oraz Przyjaciółom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 19 czerwca 2010 r.
zmarła Pani Doktor

MARIA MORDAWSKA

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie
Pani Doktor oraz Przyjaciółom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 14 lipca 2010 r.
zmarła Pani Doktor

LUCYNA WUDARSKA

Wyrazy szczerego
współczucia Rodzinie
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 21 czerwca 2010 r.
zmarł Pan Doktor

KAZIMIERZ GOSZKOWSKI

Wyrazy szczerego współczucia
Rodzinie Pana Doktora
oraz Przyjaciółom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 18 sierpnia 2010 r.
zmarł Pan Doktor

WIESŁAW ADAMCZYK

Wyrazy szczerego współczucia
wszystkim bliskim Pana Doktora
oraz Przyjaciółom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Doktor
Elżbiecie Skwarek
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

TEŚCIOWEJ

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Panu Doktorowi
Pawłowi Wudarskiemu
Ordynatorowi
Oddziału Chorób Płuc
Wojewódzkiego Szpitala
Zespolonego w Toruniu
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

MAMY

składają pracownicy Oddziału

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Doktor Urszuli Kozyrze
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

MĘŻA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Panu Doktorowi
PAWŁOWI WUDARSKIEMU
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

MATKI

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Doktor
JOANNIE MICHALAK-WARDYN
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

TEŚCIA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Dr Jadwidze Janusz
oraz Panu Dr Jackowi Januszowi
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

OJCA I TEŚCIA

składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 24 czerwca 2010 r.
zmarła Pani Doktor

GRAŻYNA POBŁOCKA

Wyrazy szczerego współczucia
Rodzinie Pani Doktor
oraz Przyjaciółom
składa Kujawsko-Pomorska
Okręgowa Izba Lekarska

Uroczysty bankiet w Dworze Artusa



Koncert „Atrakcyjnego Kazimierza” w Muzeum Etnograficznym



Biesiada w osadzie Karbówko podczas VII Kongresu Polonii Medycznej

