

ARCHIWUM MEDYCYNY PŁOCKIEJ

ZESZYT NR 11

dr n. med. **Marek Mądrecki**
dr n. med. **Jacek Zieleniewski**

Płockie Towarzystwo Lekarskie
ul. Medyczna 19

Płock 2022

WYDAWCA

©Archiwum Medycyny Płockiej, Płock 2022
Copyright © by Marek Mądrecki, Jacek Zieleniewski

Redakcja

Marek Mądrecki
Jacek Zieleniewski

Współpraca

Andrzej Kansy
Jarosław Wanecki
Bogumiła Nowatorska

DTP

Wojciech Rybicki

Druk

Studio Reklamy i Druku POSTER

Zeszyt 11

ISBN 978-83-952532-2-5

Płockie Towarzystwo Lekarskie

Ul. Medyczna 19
09-400 Płock

Partnerem wydania publikacji jest Samorząd Województwa Mazowieckiego

Mazowsze.
serce Polski

SPIS TREŚCI

1. Słowo wstępne	5
2. List Marszałka Województwa Mazowieckiego	7
3. Jubileusz 150-lecia Płockiego Towarzystwa Lekarskiego	9
4. List Prezydenta Miasta Płocka	12
5. Maciej Słodki <i>Płockie Towarzystwo Lekarskie w latach 1872-2022</i>	13
6. Zarządy Płockiego Towarzystwa Lekarskiego	46
7. Andrzej Kansy <i>Źródła do dziejów Płockiego Towarzystwa Lekarskiego w zbiorach Towarzystwa Naukowego Płockiego</i>	47
8. List Prezesa Towarzystwa Naukowego Płockiego	54
9. Maria Respondek-Liberska <i>Kardiologia prenatalna - jako nowa specjalizacja lekarska?</i>	55
10. Piotr Radziwon <i>Przetaczać krew, czy nie przetaczać? - ciągle aktualny dylemat</i>	57
11. Jarosław Wanecki <i>Okręgowa Izba Lekarska w Płocku 1990-2022</i>	59
12. Czesław Hajduk - <i>Bene Meritus</i>	93
13. Płoccy Hipokratesi	95

14. Stopnie naukowe i tytuły w latach 2014-2021	115
15. Szymon Głowacki <i>Analiza powikłań pooperacyjnych u chorych poddanych leczeniu skojarzonemu z powodu raka płaskonabłonkowego przełyku</i>	119
16. Maciej Hawryluk <i>Biocenoza pochwy a zmiany w cytologii złuszczeniowej szyjki macicy</i>	129
17. Kinga Księżakowska-Łakoma <i>Wpływ mutacji mtDNA na system oksydacyjnej fosforylacji w procesie powstawania raka błony śluzowej macicy</i>	133
18. Joanna Królewska <i>Stomatologiczne zachowania prozdrowotne a stan uzębienia dzieci łódzkich w wieku od 12 do 18 roku życia</i>	137
19. Klaudiusz Ciepliński <i>Ekspresja produktu białkowego genu TP53 oraz wybranych markerów proliferacji (Ki-67, MCM3, PCNA oraz topoizomeraza I10) w guzach jajnika o granicznym stopniu złośliwości</i>	141
20. Tomasz Wierchowski <i>Zespół śródoperacyjnej wiotkiej tęczówki (ifis) ocena epidemiologiczno-kliniczna</i>	145
21. Małgorzata Soroka <i>Ocena przydatności klinicznego podziału wrodzonych wad serca na przykładzie wspólnego kanału przedsionkowo-komorowego</i>	150

22. Marek Roman Brzeziński	
<i>Ultrasonograficzna ocena anatomii dolnych dróg moczowych u kobiet operowanych z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu</i>	158
23. Andrzej Marcin Bielski	
<i>Ocena zastosowania nadgłośniowych urządzeń do wentylacji w warunkach ratunkowego zabezpieczenia drożności dróg oddechowych</i>	161
24. Marta Janicka-Szczepaniak	
<i>Ocena czynników ryzyka obniżenia gęstości mineralnej kości u dzieci z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów z uwzględnieniem stężeń markerów obrotu kostnego</i>	166
25. Piotr Pędraszewski	
<i>Analiza wskazań do cięcia cesarskiego w WSZ w Płocku w latach 1974-2014</i>	172
26. Specjalizacje w latach 2015-2021	179
27. Wystawa Płockiego Towarzystwa Lekarskiego w Archiwach Towarzystwa Naukowego Płockiego	185
28. Koncert jubileuszowy	
<i>Marcin Wyrostek Coloriage z Płocką Orkiestrą Symfoniczną</i>	186

Słowo wstępne

W 2015 roku, na wniosek Zarządu Oddziału Płockiego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, reaktywowaliśmy *Archiwum Medycyny Płockiej*. 10 zeszyt ukazał się po dwudziestoletniej przerwie, z założeniem odtworzenia charakteru i formy poprzednich wydań. Kolejny, 11 numer, ma na celu podsumowanie naszej bieżącej działalności i jednocześnie wprowadzenie w rocznicowe obchody 150-lecia Płockiego Towarzystwa Lekarskiego.

Każdy jubileusz skłania do przemyśleń. Z szacunkiem wspominamy ludzi działających w przeszłości i chroniących ponadczasowe wartości. Idee pierwszych prezesów-doktorów towarzystwa: Marcina Erliha, Aleksandra Zaleskiego, Zygmunta Perkhala, Aleksandra Macieszy, Mieczysława Themersona, mimo zawirowań historycznych i różnych trudności były przecież, przez półtora wieku, konsekwentnie kontynuowane. Całymi latami, mimo wojen, tępienia polskości, czerwonego terroru, lekarze złączeni w naszym towarzystwie, ratowali zdrowie i życie ludzkie, służyli społeczeństwu, dbali o polską kulturę, wznosząc hasła przodków: Bóg, Honor, Ojczyzna. Odizolowanie związane z zaborami, skutkowało brakiem pełnego i natychmiastowego dostępu lekarzy, a co za tym idzie społeczeństwa, do najnowszych osiągnięć dynamicznie rozwijanych się nauk medycznych. Tym większe jest dzieło samokształcenia, stworzone przez założycieli towarzystwa.

Rocznica wielka a czasy trudne. Pandemia spowodowana wirusem Covid 19 spowolniła działalność naukowo-szkoleniową. Ostatnie miesiące stanęły pod znakiem wojny w Ukrainie, co stwarza nowe wyzwania. Mimo wszystko i mimo to, koleżanki i koledzy z naszego terenu wciąż się kształcą, uzyskując tytuły lekarskie, specjalizacje z różnych dziedzin medycyny i broniąc prace doktorskie. Takie dane chcemy utrzymywać, dumni z przykładu, że aktualny Prezes Płockiego Towarzystwa Lekarskiego, Maciej Słodki, uzyskał tytuł profesora zwyczajnego medycyny.

Niezależnie od pandemii, wojen i kryzysów, koniecznością jest

powrót do pełnej, statutowej aktywności. W okresie powojennym staliśmy się oddziałem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i wciąż realizujemy misję dobrowolnej i interdyscyplinarnej organizacji pożytku publicznego. Niezmiennym celem jest dążenie, by lekarze wykazywali się wysokimi kwalifikacjami zawodowymi i nienaganną etyką. Stąd nasza dbałość o kształcenie ustawiczne, podnoszenie poziomu naukowego i etycznego oraz integrację środowiska, od lekarzy rodzinnych począwszy, poprzez opiekę ambulatoryjną, aż po specjalistyczne zespoły w oddziałach szpitalnych.

Słowo wstępne byłoby niepełne, gdyby nie wspomnieć doc. dr. hab. med. Tadeusza Garleja, wieloletniego powojennego prezesa Towarzystwa, który z racji licznych zasług dla środowiska został głównym organizatorem reaktywującego się samorządu lekarskiego. W grudniu 1989 roku Naczelna Rada Lekarska podjęła uchwałę o powołaniu Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku.

120 lat temu, podczas obchodów 30-lecia Płockiego Towarzystwa Lekarskiego, uczestnicy uroczystości usłyszeli zdanie: ***Niech Towarzystwo rozwija się, krzepnie i kwitnie, tak ku pożytkowi samych lekarzy jak i ogółu społeczeństwa.*** Piękne motto, które nie straciło na aktualności.

Dziękujemy Zarządowi Województwa Mazowieckiego i Marszałkowi Adamowi Struzikowi za finansowe wsparcie wydania 11. zeszytu *Archiwum Medycyny Płockiej*. Dzięki tej pomocy mogliśmy utrwalić dla potomnych działalność płockich lekarzy zrzeszonych w Płockim Towarzystwie Lekarskim.

dr n. med. Marek Mądrecki

dr n. med. Jacek Zieleniewski

Szanowni Państwo,
oddajemy w Państwa ręce kolejny już zeszyt *Archiwum Medycyny Płockiej*. W tym roku, jego wydanie zbiega się ze szczególną rocznicą – jubileuszem 150-lecia Płockiego Towarzystwa Lekarskiego. Bogata historia tego stowarzyszenia udowadnia jak wielką troską o edukację medyczną ochronę zdrowia i życia ludzkiego wykazywali się jego założyciele i członkowie.

Płockie Towarzystwo Lekarskie zostało założone jako jedno z pierwszych na terenie dawnej Rzeczypospolitej. Od początku działalności przyświecał mu jeden cel – szerzenie higieny i oświaty zdrowotnej wśród mieszkańców ziemi płockiej. Działalność Towarzystwa to zarówno praca od podstaw, czyli bezpośrednie nauczanie mieszkańców, by wzbudzić w nich świadomość sanitarną, jak i działalność naukowa. Regularne spotkania, na których przedstawiano materiał kazuistyczny, statystyczny i informacyjny, były źródłem wiedzy o stanie zdrowia ówczesnej ludności. Pamiętajmy, że były to czasy zaboru rosyjskiego.

Na przestrzeni lat członkowie Towarzystwa po wielokroć wykazywali się pracowitością i oddaniem służbie drugiemu człowiekowi. Poświęcili swój czas wolny, a nieraz i nawet własne fundusze, by rozpoczęte dzieło mogło być kontynuowane. Potrzebujący zaś otrzymali niezbędną pomoc medyczną.

Dziś Płockie Towarzystwo Lekarskie nadal troszczy się o wysoki poziom dydaktyki. Stara się umożliwiać młodszym lekarzom doskonalenie warsztatu zawodowego w takich dziedzinach medycyny jak chirurgia onkologiczna, nefrologia, chirurgia naczyń, chirurgia ogólna, kardiologia, diabetologia i hipertensjologia.

Wszystkim członkom Płockiego Towarzystwa Lekarskiego – obecnym, jak i emerytowanym – dziękuję za ogromne zaangażowanie. Państwa wiedza, praca i ciągła gotowość do niesienia pomocy potrzebującym przyczynia się do rozwoju oświaty zdrowotnej, przybliża najnowsze zdobycze nauki lekarskiej środowisku medycznemu, a także ma wpływ na wysoką jakość usług i kwalifikacji lekarzy. Życzę, by dalsza praca na rzecz rozwoju medycyny była źródłem niegasnącej satysfakcji.

Adam Struzik
Marszałek Województwa Mazowieckiego

150 lat Płockiego Towarzystwa Lekarskiego

ZAPROSZENIE



1872–2022

Zarząd Płockiego Towarzystwa Lekarskiego

prof. dr hab. n. med. Maciej Słodki, prezes
dr n. med. Włodzimierz Klonowski, wiceprezes
dr n. med. Marek Mądrecki, wiceprezes
dr n. med. Jacek Zieleniewski, sekretarz stały
lek. Michał Kuriga, skarbnik
lek. Włodzimierz Figatowski, członek Zarządu
lek. Przemysław Kapczyoski, członek Zarządu
lek. Grażyna Lesyng-Pawłowska, członek Zarządu
lek. Ryszard Moodziel, członek Zarządu

zaprasza na Uroczystości z okazji
Jubileuszu 150-lecia Płockiego Towarzystwa Lekarskiego
22 października 2022 r. (sobota)

GODZ. 12.00 SESJA JUBILEUSZOWA

Aula Liceum Ogólnokształcącego im. Marsz. St. Małachowskiego
w Płocku, ul. Małachowskiego 1

GODZ. 15.00 OTWARCIE WYSTAWY

„Historia Płockiego Towarzystwa Lekarskiego w archiwach
Towarzystwa Naukowego Płockiego”

Towarzystwo Naukowe Płockie, Plac Gabriela Narutowicza 8

GODZ. 18.00 KONCERT JUBILEUSZOWY

Sala Koncertowa Państwowej Szkoły Muzycznej w Płocku,
ul. Kolejalna 23



Polskie
Towarzystwo Lekarskie



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA
w Płocku



AKADEMIA
MAZOWIECKA
W PŁOCKU



OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK
ZAWODOWY LEKARZY

Patronat Honorowy

Adam Struzik, Marszałek Województwa Mazowieckiego
Andrzej Nowakowski, Prezydent Miasta Płocka



Program

Sesja Jubileuszowa

Godz. 12.00

Aula Liceum Ogólnokształcącego im. Marsz. St. Małachowskiego
w Płocku, ul. Małachowskiego 1

12.00 Uroczyste otwarcie, przemówienia zaproszonych gości

12.30 150 lat działalności Płockiego Towarzystwa Lekarskiego
Prof. dr hab. n. med. Maciej Słodki

12.50 Wręczenie statuetek **Płockich Hipokratesów**

13.10 Kardiologia prenatalna jako nowa dziedzina medycyny.
Prof. dr hab. n. med. Maria Respondek-Liberska

13.30 Przetaczać krew, czy nie przetaczać? - ciągle aktualny dylemat.
Prof. dr hab. n. med. Piotr Radziwon

14.00 Lunch

Koncert Jubileuszowy

Godz. 18.00

Sala Koncertowa Państwowej Szkoły Muzycznej w Płocku,
ul. Kolegialna 23

Marcin Wyrostek Coloriage

wraz z **Płocką Orkiestrą Symfoniczną im. W. Lutosławskiego**



PREZYDENT MIASTA PŁOCKA

Płock, 23 września 2022 r.

Szanowny Pan
prof. dr hab. n. med. Maciej Słodki
Prezes Płockiego Towarzystwa Lekarskiego

na Pana ręce składam wszystkim osobom zaangażowanym w działalność Płockiego Towarzystwa Lekarskiego najserdeczniejsze gratulacje z okazji wyjątkowego jubileuszu. Od 150 lat organizacja skupiająca lekarzy prowadzi niezwykle ważne przedsięwzięcia – naukowe, edukacyjne, wydawnicze, kulturalne – zmierzające do poszerzania kwalifikacji zawodowych lekarzy, podnoszenia poziomu etycznego oraz integracji środowiska medycznego.

Ta działalność zasługuje na szczególne uznanie, gdyż jej efekty przekładają się na bezpieczeństwo zdrowotne naszej społeczności. Godna pochwały jest też aktywność społeczna Towarzystwa, dzięki której osoby potrzebujące wsparcia, między innymi dzieci z ośrodków opiekuńczo-wychowawczych czy lekarze seniorzy mogą liczyć na wymierną pomoc, dzięki której łatwiej im pokonywać życiowe trudności.

Imponujący jubileusz jest wyrazem ciągłości prowadzonych działań przez kolejne pokolenia, aktywnego zaangażowania członków w różnorodne inicjatywy i kultywowanie dobrych wzorców, którymi w swoim zawodowym działaniu powinni kierować się lekarze.

Życzę Państwu nieustającej energii na kolejne lata działalności, wartościowych inicjatyw, satysfakcji z osiągnięć, poczucia spełnienia zawodowego oraz pomyślności w życiu osobistym.

2 września 2022 r.
PREZYDENT
Miasta Płocka
Andrzej Nowakowski
Andrzej Nowakowski

Urząd Miasta Płocka
Stary Rynek 1, 09-400 PŁOCK
tel.: 24 364 55 55, faks: 24 367 14 02, prezydent@plock.eu, www.plock.eu

Maciej Słodki

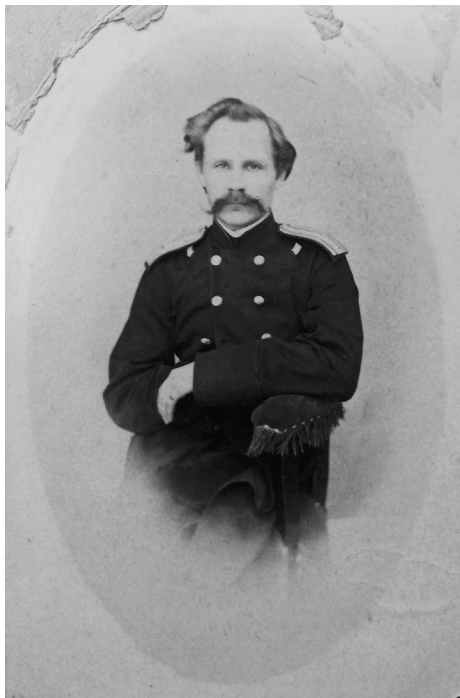
Płockie Towarzystwo Lekarskie w latach 1872-2022

Za datę powstania Płockiego Towarzystwa Lekarskiego uznaje się dzień 31 stycznia 1872 r., kiedy to ukonstytuowało się Towarzystwo Lekarzy Guberni Płockiej, bo taka była pierwotna nazwa stowarzyszenia. Wiadomo jednak, że płocka zbiorowość lekarzy zaczęła się organizować już w 1869 r. Towarzystwo należy do najstarszych organizacji lekarskich na ziemiach polskich. Wcześniej powstały m.in. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie (1820) i Towarzystwo Lekarskie w Radomiu (1871). Do Płockiego Towarzystwa Lekarskiego należeli początkowo lekarze, lekarze weterynarii oraz farmaceuci. Pochodzili oni z Płocka oraz z terenów siedmiu powiatów guberni płockiej: płockiego, sierpeckiego, lipnowskiego, rypińskiego, mławskiego, ciechanowskiego i przasnyskiego.

Inicjatorem i pierwszym prezesem Towarzystwa był dr Marcin Ehrlich (1835–1899), inspektor lekarski guberni płockiej (Ilustr. 1). Studia medyczne odbył na Uniwersytecie w Dorpacie, stopień doktora uzyskał na podstawie rozprawy o białaczce. Był młodszym lekarzem 21. pułku piechoty w Płocku, a następnie prowadził praktykę lekarską, specjalizując się w dziedzinie chorób wewnętrznych. Swoje prace naukowe publikował m.in. na łamach „Medycyny”. Współpracował z „Korespondentem Płockim”. Był członkiem Resursy Miejskiej w Płocku¹.

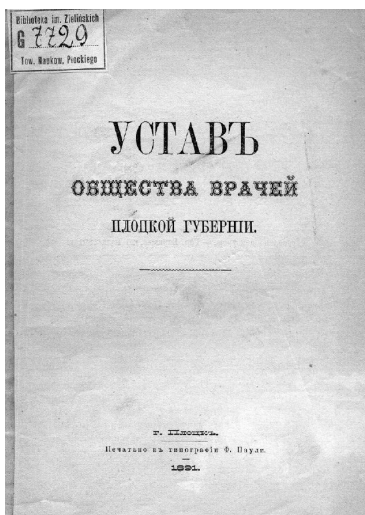
Wśród celów Towarzystwa wymieniano: poznanie warunków sanitarnych guberni płockiej, badanie warunków występowania i statystyki chorób epidemicznych, śmiertelności, wymianę doświadczeń, śledzenie postępów wiedzy i podnoszenie kwalifikacji.

1 A. Papierowski, J. Stefański, *Płocczanie znani i nieznani*, [t. 1], Płock 2002, s. 145; B. Konarska-Pabiniak, *Resursa płocka sprzed laty*, „Notatki Płockie” 1979, nr 1, s. 19-24.

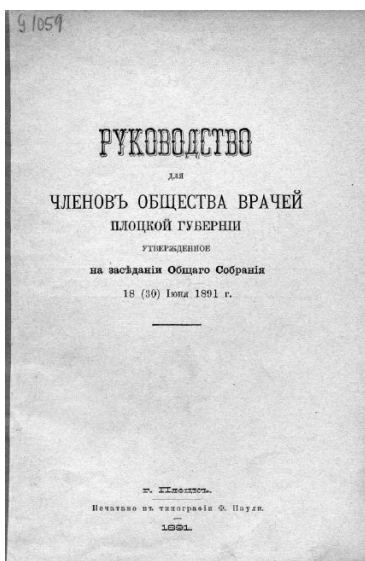


Ilustracja 1. Marcin Ehrlich (1835–1899). Ze zbiorów Towarzystwa Naukowego Płockiego

W 1891 r. ustanowiono statut Towarzystwa oraz wydano przewodnik dla jego członków (Ilustr. 2, 3). Dowiadujemy się z niego, że członkowie dzielili się na: członków rzeczywistych, honorowych korespondentów oraz wspierających. Spośród nich co 3 lata wybierano zarząd. Hasło organizacji brzmiało: „Honeste, urbaniter et collegialiter” (Uczciwie, grzecznie i kolegalnie). Posiedzenia zarządu odbywały się co miesiąc, raz w roku organizowano zebranie sprawozdawcze.



Ilustracja 2. *Ustawa Obszczestwa Wraczej płockoj guberni, Płock 1891.*
Ze zbiorów Towarzystwa Naukowego Płockiego



Ilustracja 3. *Rukawodstwo dla czlenow obszczestwa wraczej płockoj guberni, Płock 1891.* Ze zbiorów Towarzystwa Naukowego Płockiego.

W latach 1874-1900 prezesem organizacji był Władysław Ostrowski, lekarz, inspektor gubernialny, współzałożyciel Towarzystwa Kredytowego miasta Płocka². Za jego prezesury liczba członków wzrosła do 70. W tym czasie prowadzono prace naukowe, opracowano m.in. topografię i ogólną florę guberni, w „Gazecie Lekarskiej” publikowano protokoły posiedzeń Towarzystwa. W ramach współpracy z Towarzystwem Lekarskim Warszawskim pozyskano książki o tematyce medycznej, co zapoczątkowało tworzenie biblioteki. Zaczęto także organizować kursy dla felczerów oraz tzw. „babek wiejskich”. Prowadzono ponadto działania oświatowe, wydając edukacyjne broszury na temat zapobiegania chorobom. Na łamach „Korespondenta Płockiego”, w rubryce „Listy ze Starego Rynku”, publikowany tekst poświęcony higienie osobistej³.



Ilustracja 4. *Jak karmić niemowlęta?* Wydawnictwo Towarzystwa Lekarskiego Płockiego, Płock 1903. Ze zbiorów Towarzystwa Naukowego Płockiego.

- 2 A. Papierowski, J. Stefański, *Płocczanie znani i nieznan*, [t. 1], s. 451.
 3 T. Garlej, *Płockie Towarzystwo Lekarskie - osiągnięcia naukowe i zasługi społeczne*, „Notatki Płockie” 1972, nr 4, s. 13–14.

Do najważniejszych działaczy Towarzystwa tego okresu należał lekarz i astronom dr Jan Walery Jędrzejewicz (1835–1887). Dyplom lekarski uzyskał na Uniwersytecie Moskiewskim. Wiedzę medyczną uzupełniał w Würzburgu w Niemczech. Mieszkał w Płońsku, gdzie prowadził praktykę lekarską. Tam też założył obserwatorium astronomiczne oraz stację meteorologiczną. Jest autorem pierwszego podręcznika astronomii w języku polskim pt. *Kosmografia*. Swoje prace z zakresu astronomii publikował w zagranicznych czasopismach naukowych. Na łamach „Korespondenta Płockiego” zamieszczał sprawozdania meteorologiczne. Prace medyczne publikował w „Klinice” i „Medycynie”⁴.

W roku 1880 działalność Płockiego Towarzystwa Lekarskiego została zawieszona ze względu na brak aktywności oraz niepłacenie składek przez członków. Przyczynił się też do tego wybuch wojny na Bałkanach w 1878 r., co skutkowało powołaniem do wojska wielu lekarzy⁵. Działalność wznowił po dwunastu latach dr M. Ehrlich. W tym czasie biblioteka Towarzystwa wzbogaciła się znacznie o dar prof. Romualda Płaskowskiego, absolwenta gimnazjum gubernialnego w Płocku (obecnie LO im. Marsz. St. Małachowskiego w Płocku), psychiatry, profesora Szkoły Głównej i docenta Uniwersytetu Warszawskiego⁶. Ważnym osiągnięciem Towarzystwa było zorganizowanie bezpłatnej pomocy lekarskiej. W działalność filantropijną zaangażowany był Adam Bućkiewicz (1810-1895), lekarz i działacz rolniczy. Stopień lekarza II klasy uzyskał w Akademii Medyczno-Chirurgicznej w Wilnie. Pełnił funkcję lekarza miasta Płocka. Napisał prace: *O kottunie* oraz *Studia o suchotach*. Był członkiem honorowym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego⁷. W działalność charytatywną na rzecz chorych zaangażowany był dr Aleksander Maciesza (1875-1945), który finansował leki ubogim potrzebującym. Potrzeby

4 A. Papierowski, J. Stefański, *Płocczanie znani i nieznan*, [t. 1], s. 243–244.

5 J. Wanecki, *Dwa krzesła 1990-2020*, Płock 2020, s. 9.

6 A. Papierowski, J. Stefański, *Płocczanie znani i nieznan*, [t. 1], s. 474.

7 A. Papierowski, J. Stefański, *Płocczanie znani i nieznan*, t. 2, Płock 2007, s. 77–78.

w zakresie wsparcia medycznego określił chirurg Aleksander Zaleski (1855-1926) w publikacji pt. *Sprawa Pomocy Lekarskiej*, która została opublikowana w 1902 r. Zaleski ukończył Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego. Praktykę lekarską prowadził w Moskwie, Ozorkowie, Warszawie i Łęczycy. W 1897 r. został lekarzem i dyrektorem Szpitala Świętej Trójcy w Płocku. W latach 1902-1926 pełnił funkcję prezesa Płockiego Towarzystwa Lekarskiego. Należał także do Towarzystwa Higienicznego, Towarzystwa Naukowego Płockiego, Płockiego Towarzystwa Dobroczynności, Komitetu Kolonii Letnich, Towarzystwa Biblioteki Publicznej oraz Związku Równouprawnienia Kobiet Polskich. Kilukrotnie był członkiem Rady Miejskiej w Płocku. Podczas I wojny światowej zorganizował szpital polowy. W 1918 r. A. Zaleski wraz z A. Macieszą utworzył płocki oddział Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego. Wśród najważniejszych prac Zaleskiego należy wymienić: *Przyczynę do leczenia zanikowej marskości wątroby*, *Przypadek posocznicy połogowej wyleczony sztucznym wywołaniem ropnia*, *Leczenie doszczętne przerostu starczego gruczołu krokowego*⁸.

W tym okresie działalność płockich lekarzy obejmowała także sprawy sanitarne miasta oraz higienę. W tym celu opracowywano broszury dla mieszkańców miasta i okolicznych wsi (Ilustr. 4). Nawiązano współpracę z Warszawskim Towarzystwem Higienicznym i założono w Płocku jego filię. Aktywność lekarzy koncentrowała się na proponowaniu rozwiązań konkretnych, istotnych dla mieszkańców Płocka, problemów, m.in. tworzenia przytułków dla położnic, osób starszych i niepełnosprawnych, zakładania ochronek, organizowania wypoczynku letniego dla dzieci oraz urządzania ogródków jordanowskich. W czasie prezesury A. Zaleskiego szerszą opieką objęto niemowlęta, zorganizowano kuchnię dla dzieci oraz ambulatorium⁹. W tym czasie lekarze byli zobowiązani do udzielania pomocy o każdej porze, także w domu pacjenta. Niektóre zabiegi,

8 *Ś.P. D-r Aleksander Zaleski*, „Mazowsze Płockie i Kujawy” 1926, nr 4, s. 88;
A. Papierowski, J. Stefański, *Płocczanie znani i nieznan*, [t. 1], s. 655–656.

9 J. Wancki, *Dwa krzesa*, s. 9.

np. opatrywanie ran, stawianie baniek, upuszczanie krwi oraz przystawianie pijawek wykonywali wówczas felczerzy, a także fryzjerzy.

Wspomniany A. Maciesza przybył do Płocka z Syberii w 1901 r. Rozpoczął praktykę lekarską oraz zajął się biblioteką towarzystwa. Jednocześnie w mieście rozpoczęły działalność lekarki Estera Gołde-Stróżecka (1872-1938), Zofia Papierna, współorganizatorka Towarzystwa Opieki nad Ubogimi Matkami i ich Dziećmi „Kropla Mleka” przy Żydowskim Towarzystwie Dobroczyńności oraz Maria Betcherówna. Zajmowały się one przede wszystkim krzewieniem oświaty zdrowotnej wśród kobiet. Do najbardziej aktywnych lekarzy w tym czasie należał dr Zygmunt Perkahl (1851-1902), początkowo sekretarz, a następnie prezes PTL w latach 1899-1902. Dyplom lekarza oraz stopień doktora uzyskał on na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Prowadził praktykę lekarską w Płocku, pracował jako lekarz w Gimnazjum Gubernialnym w Płocku, był ordynatorem w Szpitalu Żydowskim im. Izaaka Fogla w Płocku (ul. Misjonarska 7). Należał do Resursy Miejskiej w Płocku¹⁰.

Szeroką działalnością wykazywali się Franciszek Wychowski, Mieczysław Themerson (1871-1930), Jan Gołębiowski (1854-1926), Kamil Bereza (1852-1906), Jan Chmieliński. Aktywny był także Józef Żencykowski (1878-1940), lekarz i działacz społeczny. Medycynę ukończył na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Pracował m.in. jako lekarz szkolny. W Płockim Towarzystwie Lekarskim przeprowadzał dla lekarzy szkolenia w związku z wystąpieniem cholery na terenie guberni płockiej. Należał także do założycieli Płockiego Towarzystwa Racjonalnego Polowania oraz Koła Wędkarzy Sportowców. Był członkiem Zarządu Centralnego Polskich Stowarzyszeń Łowieckich¹¹.

W Płocku rozpoczynał naukę Leon Rutkowski (1862-1917), działacz niepodległościowy, zasłużony lekarz, absolwent Wydziału Lekarskiego na Uniwersytecie Warszawskim (studiował również

10 J. Wanecki, *Dwa krzesła*, s. 9.

11 A. Papirowski, J. Stefański, *Płocczanie znani i nieznan*, [t. 1], s. 681.

w Krakowie), który praktykę lekarską prowadził w Płońsku. Realizował się on również naukowo, zajmując się antropologią¹². Płoccy lekarze zrzeszeni w PTL brali udział w najważniejszych wydarzeniach zawodowych, m.in. I Zjeździe Higienistów Polskich we Lwowie w 1914 r. oraz w II Zjeździe Lekarzy Prowincjonalnych w Lublinie¹³.

Spotkania członków organizacji odbywały się początkowo w mieszkaniu prezesa M. Ehrlicha, następnie korzystano z pomieszczeń w budynku Towarzystwa Kredytowego Ziemskiego. Od 1912 r. siedziba PTL mieściła się w Szpitalu Świętej Trójcy w Płocku.

W czasie I wojny światowej pozostało w Płocku ośmiu lekarzy. Aby zwiększyć dostępność usług dla mieszkańców, zdecydowali się oni na obniżenie swoich honorariów o połowę. Bezpłatną opieką otoczyli osoby biedne. Wśród tych lekarzy był A. Maciesza, poseł do I Dumy Państwowej, który został przewodniczącym Rady Miejskiej w Płocku, a następnie burmistrzem Płocka. Cechował się on niezwykle wrażliwością społeczną, w okresie wojny zorganizował akcję „Kropla Mleka”. W ramach tej charytatywnej inicjatywy wydawano ok. 43000 litrów mleka i ok. 24000 obiadów. Opieką lekarską nad uczniami płockich szkół zajmował się wówczas lekarz Antoni Waśniewski, popularyzator higieny i działacz społeczny.

Po odzyskaniu niepodległości w 1918 r. warunki życia mieszkańców Płocka były bardzo złe. W szczególnie niekorzystnej sytuacji znalazły się dzieci, które z powodu niedożywienia często ulegały chorobom. Lata kształtowania się polskiego państwa były dla lekarzy okresem zmagania z chorobami zakaźnymi oraz problemami materialnymi. W Szpitalu Świętej Trójcy brakowało środków finansowych na ogrzewanie, wyżywienie oraz na wypłaty dla personelu.

12 T. Garlej, *Płockie Towarzystwo Lekarskie ...*, s. 13–15; A. Papierowski, J. Stefański, *Płocczanie znani i nieznan*, [t. 1], s. 523–525.

13 J. Cabaj, *Zjazdy środowisk medycznych Królestwa Polskiego 1908-1914*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 2006, nr 51/2, s. 99–122.



Ilustracja 5. Członkowie Płockiego Towarzystwa Lekarskiego w siedzibie Towarzystwa w Szpitalu Świętej Trójcy w Płocku.

Stoją od lewej: Witold Kirszenstein, Jakub Winogron, W. Kawecki, Jerzy Bresler, Antoni Szurzec, Wojciechowski, Hersz Kadysz, Mieczysław Majde, Adam Beczkowicz. Siedzą od lewej: Bronisław Mazowiecki, Witold Piasecki, Aleksander Maciesza, Ludwik Ossowski, Ignacy Feinberg.

Fot. Waław Rydel. Ze zbiorów Towarzystwa Naukowego Płockiego.

Budowanie państwowości wiązało się z koniecznością uporządkowania przepisów prawnych. W ich rezultacie powstał nowy statut PTL. Zatwierdziło go Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w 1921 r. W wyniku zmian wyłączono z działalności Towarzystwa weterynarzy oraz aptekarzy. Prezes Towarzystwa A. Zaleski został wówczas delegatem do Warszawskiej Izby Lekarskiej. Izby lekarskie były nowymi organizacjami zrzeszającymi lekarzy, podobnie jak Związek Lekarzy Państwa Polskiego. Prezesem płockiego oddziału tej organizacji został Władysław Kosmaciński (1867-1929) (Ilustr. 6). Dyplom lekarza uzyskał on na Uniwersytecie Warszawskim w 1892 r., gdzie następnie był asystentem kliniki położniczej. Brał udział w tłumieniu epidemii cholery w Ukrainie. Udzielał pomocy lekarskiej służbie folwarcznej w Drobinie. Był ordynatorem Szpitala

Świętej Trójcy w Płocku. Pełnił funkcję prezesa Związku Lekarzy Obwodu Płockiego. Brał udział w obronie Płocka w 1920 r.¹⁴

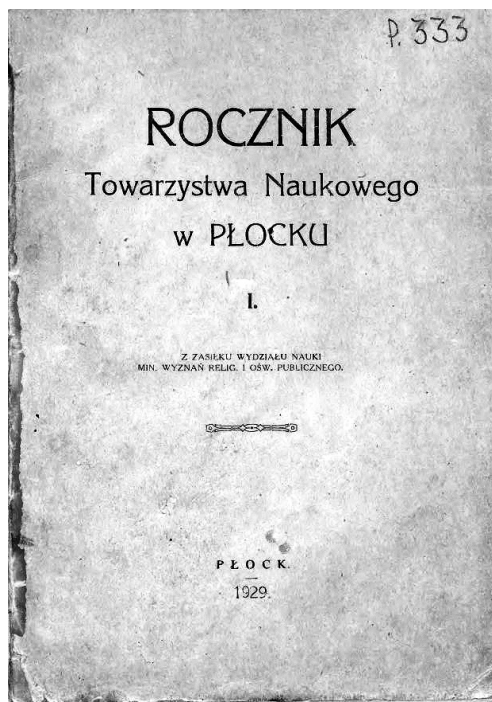


Ilustracja 6. Władysław Kosmaciński (1867-1929). Fot. Sylwin Przybojewski. Ze zbiorów Towarzystwa Naukowego Płockiego.

Od 1926 r. kiedy to na prezesa Płockiego Towarzystwa Lekarskiego wybrano A. Macieszę rozpoczęła się ścisła współpraca z Towarzystwem Naukowym Płockim, którego prezesem od 1907 r. był Maciesza (Ilustr. 5, 9). W ramach obu organizacji prowadził on badania z zakresu antropologii i okulistyki. Maciesza uzyskał dyplom lekarski na Uniwersytecie w Tomsku. Po odbyciu praktyki okulistycznej objął posadę lekarza więziennego w Płocku. Po 1905 r. był organizatorem polskiego szkolnictwa. Założył i redagował czasopisma regionalne m.in. „Głos Mazowsza”, „Życie Mazowsza”

¹⁴ Ś. P. Dr. Władysław Kosmaciński, „Mazowsze Płockie i Kujawy” 1929, nr 6, 7, 8, s. 95.

oraz „Rocznik Towarzystwa Naukowego Płockiego” (Ilustr. 7). W latach 2018-2021 redaktorem naczelnym „Rocznika TNP” został ponownie prezes PTL, prof. Maciej Słodki¹⁵. Aleksander Maciesza opublikował ponad 100 prac na temat antropologii. Pisał także na temat higieny, profilaktyki leczniczej oraz fotografii. Był jednocześnie lekarzem szkolnym w Gimnazjum im. Władysława Jagiełły w Płocku oraz prowadził poradnię przeciwjagliczną¹⁶.



Ilustracja 7. Okładka pierwszego numeru „Rocznika Towarzystwa Naukowego Płockiego”. Ze zbiorów Towarzystwa Naukowego Płockiego.

15 W 1983 r. wydano jeden numer „Rocznika TNP”, przygotował go Wiesław Koński. Nie figuruje on jednak jako redaktor naczelny. W latach 2013-2017 redaktorem naczelnym był Andrzej Kansy.

16 A. Papierowski, J. Stefański, *Płocczanie znani i nieznan*, [t. 1], s. 374-375.

Do najbardziej aktywnych lekarzy w tym czasie należał Bronisław Mazowiecki (1873-1938), wiceprezes Płockiego Towarzystwa Lekarskiego (Ilustr. 8). Po ukończeniu studiów medycznych na Uniwersytecie Warszawskim podjął pracę na oddziale chorób kobiecych w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie oraz w klinice chirurgicznej prof. Juliana Kosińskiego. W 1899 r. rozpoczął praktykę w Bodzanowie, a w 1909 r. w Płocku. W czasie wojny japońskiej oraz I wojny światowej był lekarzem wojskowym. Pracował jako lekarz w Pensji Udziałowej w Płocku, a następnie lekarz powiatowy w Płocku. Był pomysłodawcą i prezesem Towarzystwa Opieki nad Inwalidami Wojennymi w Płocku oraz inicjatorem Domu Inwalidów Wojennych. W latach 1926-1938 był lekarzem w Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem¹⁷. Związany z Akcją Katolicką, wypowiadał się przeciw pojawiającym się propozycjom regulacji urodzin.



Ilustracja 8. Bronisław Mazowiecki (1873-1938). Źródło: A. Brzeziecki, *Tadeusz Mazowiecki. Biografia naszego premiera*, Kraków 2015, s. 10.

17 A. Papierowski, J. Stefański, *Płocczanie znani i nieznan*, [t. 1], s. 391-392.

W tym okresie w Płocku działali także: internista i społecznik doktor nauk medycznych Witold Piasecki (1881-1953), dyrektor Szpitala Świętej Trójcy w Płocku; doktor nauk medycznych Adam Beczkowicz, rentgenolog, ordynator oddziału chirurgicznego Szpitala Świętej Trójcy, jeden z organizatorów Powiatowej Kasy Chorych w Płocku, członek licznych stowarzyszeń; ginekolog Antoni Szurzec. Bibliotekarzem w Płockim Towarzystwie Lekarskim był ginekolog Stanisław Netzer. Członkiem Zarządu PTL był doktor nauk medycznych Ludwik Ossowski (1890-1940), okulista. Studia lekarskie ukończył on na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Św. Włodzimierza w Kijowie. Był podpułkownikiem Wojska Polskiego, służył jako lekarz 6. pp Leg., 4. psk i 8. pal, a następnie pełnił funkcję kierownika Przychodni Przeciwwjagliczej w Płocku. Zamordowany w Katyniu w 1940 r.¹⁸

Wśród ważnych dla zbiorowości lekarzy wydarzeń okresu międzywojennego wymienić należy XV Zjazd Psychiatrów Polskich w Płocku i w Gostyninie, który odbył się w 1935 r. Tematami przewodnimi były zaburzenia psychiczne w cierpieniach alergicznych, leczenie schizofrenii insuliną oraz zagadnienie poczytalności zmniejszonej. Organizatorami zjazdu były Płockie Towarzystwo Lekarskie i Towarzystwo Naukowe Płockie¹⁹.

W czasie II wojny światowej Towarzystwo zmuszone było do znacznego ograniczenia działalności. Wielu lekarzy zostało zamordowanych przez Niemców, wielu wyjechało. Pozostali w Płocku prowadzili pomoc dla ludności. Prowadzący oddział zakaźny Seweryn Zieliński nawiązał kontakty z polskimi organizacjami konspiracyjnymi, ukrywał i pomagał przedostać się przez granicę poszukiwanym przez Gestapo. W okresie okupacji Niemcy zniszczyli archiwum Towarzystwa oraz księgozbiór liczący ok. 6000 woluminów²⁰.

18 A. Papierowski, J. Stefański, *Płocczanie znani i nieznani*, [t. 1], s. 448-449.

19 Szerzej na ten temat: „*Życie Mazowsza*” 1935, nr 5, numer poświęcony XV Zjazdowi Psychiatrów Polskich w Płocku i Gostyninie.

20 T. Garlej, *Płockie Towarzystwo Lekarskie ...*, s. 19.



Ilustracja 9. Aleksander Maciesza (1875-1945). Ze zbiorów Towarzystwa Naukowego Płockiego.

Po wyzwoleniu pozostało w Płocku 17 lekarzy, w tym niektórzy w wieku emerytalnym i schorowani. Wychodząc naprzeciw potrzebom okresu powojennego rozpoczęto odtwarzanie systemu ochrony zdrowia. Istotne zadanie stanowiła też walka z chorobami zakaźnymi. Obowiązki lekarza powiatowego objął Franciszek Małkiewicz (1899-1970), absolwent Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. Pracę w nowych warunkach rozpoczął Szpital Świętej Trójcy pod kierownictwem Wiktora Gloksina. Ordynatorami oddziałów byli: Witold Piasecki, Adam Beczkowicz, Stanisław Szymtkiewicz (1911-1971), Seweryn Zieliński, Eugeniusz Mianowski, Mieczysław Jasiński oraz Stanisław Michałowski (1912-1995), uczestnik kampanii wrześniowej i powstania warszawskiego, prezes Płockiego Towarzystwa Lekarskiego w latach 1963-1969. Działał w tym czasie w Płocku także Szpital Chorób Zakaźnych przy ul. Misjonarskiej 9. W samym tylko wrześniu przyjęto tam 147 pacjentów. Poważnym problemem było występowanie tyfusu

i błonicy na terenie powiatu płockiego²¹. Utworzono ambulatorium PCK oraz Stację Opieki nad Matką i Dzieckiem. W powstałym w 1945 r. Ośrodku Zdrowia, którym kierował Władysław Frankowski, zorganizowano pracownię rentgenowską. W. Frankowski (1880-1954), członek PTL, był chirurgiem, dyplom lekarski otrzymał na uniwersytecie w Dorpacie. Służył jako lekarz w armii rosyjskiej podczas I wojny światowej. Był ordynatorem, następnie dyrektorem Szpitala Żydowskiego w Płocku, a także lekarzem miejskim. Należał do grona organizatorów Powiatowej Kasy Chorych w Płocku. Działał w wielu organizacjach społecznych²².

Wraz ze śmiercią Macieszy w 1945 r. Płockie Towarzystwo Lekarskie zakończyło działalność. Organizacja odrodziła się w 1952 r. jako Koło Płockie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Początkowo należeli do niego lekarze z powiatów: płockiego, gostynińskiego, sierpeckiego i płońskiego, ale później gostynińscy, sierpeccy i płońscy lekarze utworzyli własne koła. Prezesem płockiego koła został doc. dr hab. n. med. Mieczysław Jasiński. Funkcję tę pełnił do 1963 r. W kolejnych latach prezesami organizacji byli: Stanisław Michałowski w latach 1963-1967, a od 1967 r. dr n. med. Czesław Myśliwiec.

Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, płockie koło zajmowało się m.in. dokształcaniem lekarzy. Podczas zebrań wygłaszano referaty z zakresu interny i chirurgii, wyświetlano filmy szkoleniowe, organizowano dyskusje. W ramach działalności prowadzono działalność wydawniczą. Opublikowano popularyzatorskie i naukowe prace Stefana Przedpeńskiego, Jerzego Chwiałkowskiego, Janusza Szaroszyka i Cz. Myśliwca²³.

Dużą wagę przywiązywano do tradycji organizowano kolejne jubileusze PTL. 100-lecie Towarzystwa zainaugurowano uroczystym posiedzeniem w siedzibie Towarzystwa Naukowego Płockiegow dniu

-
- 21 T. Piekarski, *Walka z chorobami organizacja służby zdrowia w Płocku i okolicy w latach 1945–1950 w świetle dokumentów Starostwa Powiatowego w Płocku*, „Płocki Rocznik Historyczno-Archiwalny” 2020, t. XII, s. 86-87.
- 22 A. Papierowski, J. Stefański, *Płocczanie znan i i nieznan*, [t. 1], s. 160.
- 23 T. Garlej, *Płockie Towarzystwo Lekarskie...*, s. 13–15.

31 stycznia 1972 r. W posiedzeniu uczestniczył Wiceminister Zdrowia dr Józef Grenda. Władze miejskie reprezentowali Zofia Świtalska i Jakub Chojnacki, zastępcy przewodniczącego prezydium Miejskiej Rady Narodowej Płocka. Obecny był także Tadeusz Kalaszczyński, kierownik Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej Prezydium MRN w Płocku. Podczas posiedzenia referaty wygłosili Cz. Myśliwiec i Barbara Górecka²⁴. Jubileuszowa Sesja Naukowa z okazji 100-lecia PTL odbyła się 20 maja 1972 r. w Domu Rzemiosła w Płocku (Ilustr. 10). Podczas uroczystości omówiono wkład płockich lekarzy w rozwój miasta i przedstawiono ich zasługi w leczeniu mieszkańców. Udział w sesji wzięło ponad 150 osób. Z okazji jubileuszu Miejska Rada Narodowa w Płocku specjalną uchwałą nadała Kołu Płockiemu Polskiego Towarzystwa Lekarskiego medal „X Wieków Płocka”. W uzasadnieniu podkreślono działalność naukową organizacji i zasługi w zwalczaniu chorób i organizacji pomocy lekarskiej. Prezes Cz. Myśliwiec wygłosił podczas sesji referat pt. *Wpływ zmieniającej się struktury społeczno-ekonomicznej ludności Płocka na historię naturalną choroby zawałowej serca*²⁵.

Wraz z utworzeniem w 1975 r. województwa płockiego do Płockiego Towarzystwa Lekarskiego dołączyły koła kutnowskie, sierpeckie i gostynińskie, zaś liczba członków wzrosła do 522²⁶. W tym czasie realizowano statutowe cele, m.in. związane z poznawaniem i dokumentowaniem własnej historii oraz dziejów medycyny płockiej. Na tym polu zasłużyli się w szczególności: Tadeusz Garlej, Stanisław Palczewski i Sławomir Werens. Wyróżniająca się postacią był doc. dr hab. Tadeusz Garlej (1914-1997), lekarz i działacz społeczny. Studia na kierunku lekarskim rozpoczął na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, ukończył je na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. Tam pracował w Klinice

24 Tenże, *W 100-lecie Płockiego Towarzystwa Lekarskiego*, „Notatki Płockie” 1972, nr 1, s. 43-45.

25 T. Garlej, *Jubileuszowa Sesja Naukowa w 100-lecie Płockiego Towarzystwa Lekarskiego*, „Notatki Płockie” 1972, nr 4, s. 3-12.

26 *Płockie Towarzystwo Lekarskie w 130 lecie swojego istnienia. Nota informacyjna*, Płock 2003; http://ptlplock.pl/?page_id=6

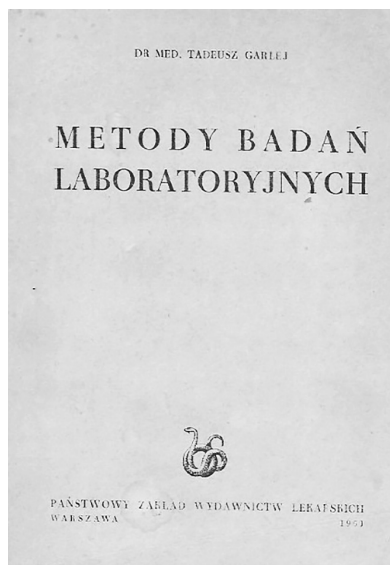
Chorób Wewnętrznych UJ. Przez 20 lat był dyrektorem szpitala w Płońsku. Po przyjeździe do Płocka objął stanowisko ordynatora oddziału szpitalnego przy Przychodni Przemysłowej „Petrochemii”. Stopień doktora habilitowanego uzyskał w 1977 r. na podstawie pracy z zakresu medycyny przemysłowej. Badał wpływ degradacji środowiska na zdrowie ludzi. Jako członek Płockiego Towarzystwa Lekarskiego był inicjatorem i redaktorem „Archiwum Medycyny Płockiej”. Uczestniczył w tworzeniu Izby Lekarskiej w Płocku. Był członkiem Towarzystwa Naukowego Płockiego. Autor ponad 200 publikacji (Ilustr. 10)²⁷.



W Prezydium miejsca zajęli (od lewej): mgr Zofia Switalska — zastępca przewodniczącego Prezydium MRN, inż. inż. Jakub Chojnacki — prezes Towarzystwa Naukowego Płockiego, dr med. Czesław Myśliwiec — prezes Płockiego Towarzystwa Lekarskiego, dr med. Tadeusz Garlej — wiceprezes PTL, doc. dr Józef Grenda — wiceminister Zdrowia i Opieki Społecznej, lek. med. Tadeusz Kalaszczyński — kierownik Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej i lek. med. Maria Grad — sekretarz PTL.

Ilustracja 10. Posiedzenie inauguracyjne Jubileusz 100-lecia Płockiego Towarzystwa Lekarskiego, 31.01.1972 r.
Źródło: „Notatki Płockie” 1972, nr 1, s. 43.

27 A. Papierowski, J. Stefański, *Płocczanie znani i nieznan*, [t. 1], s. 165; J. Wanecki, *20 lat temu zmarł Tadeusz Garlej. Prawdę przedkładał nad święty spokój*, „Gazeta Wyborcza” z 8 czerwca 2017, <https://plock.wyborcza.pl/plock/7,95996,21935226,20-lat-temu-zmarl-tadeusz-garlej-prawde-przedkladal-nad-swiety.html>, dostęp: 26.05.2022.



Ilustracja 11. Okładka książki T. Garleja pt. *Metody badań laboratoryjnych*.

Do wyróżniających się lekarzy działaczy społecznych należał doktor nauk medycznych Stanisław Palczewski (1933-2020), pediatra i nefrolog. Ukończył on Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Warszawie. Początkowo pracował w szpitalu w Żyrardowie, później był ordynatorem oddziału dziecięcego szpitala w Gostyninie, a następnie jego dyrektorem. W latach 1973-2000 pełnił funkcję ordynatora pediatrii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku. Był aktywnym działaczem Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku i członkiem Towarzystwa Naukowego Płockiego. Opublikował liczne artykuły na temat historii medycyny²⁸.

Zasłużonym dla Płocka lekarzem był doktor nauk medycznych

28 J. Wanecki, *Stanisław Palczewski, lekarz małych płocczan, wychowawca płockich pediatrów, nie żyje*, „Gazeta Wyborcza” z 4 października 2020, <https://plock.wyborcza.pl/plock/7,35681,26367942,stanislaw-palczewski-lekarz-malych-ploczczan-wychowawca-plockich.html>, dostęp: 27.05.2022; Sprawozdaniez działalności Towarzystwa Naukowego Płockiego za rok 2021, Płock 2022, s. 10.

Sławomir Werens (1932-2018), pulmonolog, członek PTL i aktywny działacz Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku. Dyplom lekarza uzyskał w Akademii Medycznej w Warszawie. Początkowo pracował w Rypinie, a następnie w Płocku, gdzie został ordynatorem oddziału chorób płucnych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku. Prowadził Poradnię Chorób Płuc i Gruźlicy. Pracował też jako lekarz w Nigerii. Działał społecznie w wielu organizacjach, m.in. w Katolickim Stowarzyszeniu Lekarzy, Okręgowej Izbie Lekarskiej w Płocku, Towarzystwie Naukowym Płockim²⁹.

Lekarze zrzeszeni w PTL brali bezpośredni udział w organizowaniu Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku, którego pierwszy oddział oddano do użytku w 1969 r.

Do najbardziej aktywnych członków PTL należał Tadeusz Kalaszczyński (1931-1991), epidemiolog, internista i gerontolog. Po ukończeniu studiów medycznych w Warszawie pracował jako lekarz w Opolu, a następnie w Bartoszycach. Po przeniesieniu się do Płocka był dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego, następnie ordynatorem oddziału wewnętrznego w szpitalu w Kruku³⁰. Zasłużonym członkiem PTL był dr nauk medycznych Ryszard Pawiński, ginekolog, położnik, ordynator oddziału ginekologii i położnictwa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku³¹. Wśród aktywnych działaczy PTL wymienić należy dr. hab. nauk medycznych Bolesława Tytmana (1922-2010), kardiologa, organizatora i ordynatora Oddziału Kardiologicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku.

29 XXX, *Płock pożegnał doktora Sławomira Werensa*. „Do zobaczenia, przyjacielu”, „Gazeta Wyborcza” z 9 sierpnia 2018, dostęp: <https://plock.wyborcza.pl/plock/7,35681,23771354,plock-pozegnaj-doktora-slawomira-werensa-do-zobaczenia-przyjacielu.html>; Sprawozdaniez działalności Towarzystwa Naukowego Płockiego za rok 2019, Płock 2020, s. 11.

30 A. Papierowski, J. Stefański, *Płocczanie znani i nieznan*i, t. 2, s. 255.

31 Płock: *odszedł dr Ryszard Pawiński - nestor płockich ginekologów*, Gazeta.pl/Rynek Zdrowia 2 grudnia, 2011 r., <https://www.rynekzdrowia.pl/Po-godzinach/Plock-odszedl-dr-Ryszard-Pawinski-nestor-plockich-ginekologow,114654,10.html>, dostęp: 27.05.2022.



Ilustracja 12. Antoni Jonecko (1931-2020)

Szczególnymi osiągnięciami w zakresie nauk medycznych wykazał się doc. dr hab. Antoni Jonecko (1931-2020), specjalista chirurgii ogólnej i onkologii, członek wielu organizacji społecznych, m.in. Płockiego Towarzystwa Lekarskiego (Ilustr. 12). Po studiach pracował w Klinice Chirurgii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach oraz w Katedrze Histologii i Embriologii w Zabrze, a także w Klinice Chirurgii Onkologicznej w Instytucie Onkologii w Gliwicach, następnie w Szpitalu Górniczym w Zabrze-Biskupicach. Po przyjeździe do Płocka w roku 1973 został ordynatorem Oddziału Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego. Był konsultantem województwa płockiego w zakresie chirurgii ogólnej. Stopień doktora habilitowanego uzyskał w 1976 r. w Akademii Medycznej w Warszawie. Następnie pełnił funkcję kierownika Klinicznego Oddziału Chirurgii Ogólnej krakowskiej Akademii Medycznej w Szpitalu Wojewódzkim w Rzeszowie. Był docentem na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego. Posiada w dorobku ponad 300 prac naukowych³².

Zasłużonym dla PTL oraz innych organizacji, a w szczególności

32 *Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Naukowego Płockiego za rok 2021*, Płock 2022, s. 11-12.

dla Płockiego Towarzystwa Wioślarskiego (PTW), był Jan Kawiecki (1930-2012). W latach 1991-1992 pełnił funkcję prezesa PTW, wcześniej był jego wiceprezesem. Jako wioślarz zdobył mistrzostwo Polski seniorów w 1947 r. Po ukończeniu studiów lekarskich w Akademii Medycznej w Warszawie został lekarzem klubowym płockich wioślarzy. Współpracował z komisją lekarską Polskiego Związku Towarzystw Wioślarskich. Jako lekarz opiekował się reprezentacjami Polski wioślarzy podczas międzynarodowych i krajowych zawodów³³.

Wśród inicjatyw Płockiego Towarzystwa Lekarskiego w tym okresie działalności należy wymienić m.in. zorganizowanie ważnych konferencji i sesji naukowych. Przykładowo w 1978 r. zorganizowano Międzynarodową Konferencję Kardiologiczną oraz Konferencję Polskiej Grupy „InterAstma”. W tym samym roku odbyły się ponadto: III Zjazd Chirurgów Onkologów w Płocku i konferencja na temat osteoporozy w Kutnie. Waldemar Wierzba wraz z Waldemarem Kujawą byli organizatorami konferencji onkologicznych. Cyklicznie organizowano Konferencje Naukowo-Szkoleniowe pt. *Płockie Dni Nefrologiczne*³⁴.

Członkowie Towarzystwa interesowali się warunkami życia mieszkańców Płocka. Wyniki swoich obserwacji i badań zamieszczali m.in. w wydawanym przez Towarzystwo Naukowe Płockie kwartalniku „Notatki Płockie”. T. Garlej poruszał tematy związane z oddziaływaniem płockiego zakładu petrochemicznego na zdrowie mieszkańców Płocka. Płockie Towarzystwo Lekarskie zorganizowało w Płocku w 1973 r., wspólnie z Miejską Radą Narodową w Płocku, sesję naukową na temat ochrony środowiska naturalnego. Członkowie Towarzystwa prowadzili badania naukowe, których wyniki były podstawą do uzyskania stopni naukowych. Stopnie doktora nauk medycznych uzyskali: Czesław Myśliwiec, Sławomir Werens, Janusz

33 Am, Jan Kawiecki, lekarz, były szef PTW, nie żyje, „Gazeta Wyborcza” z 15 października 2012, <https://plock.wyborcza.pl/plock/7,35681,12676789,jan-kawiecki-lekarz-byly-szef-ptw-nie-zyje.html>, dostęp: 9.06.2022 r.

34 Przemówienie Marka Świtalskiego, Prezesa Płockiego Towarzystwa Lekarskiego z okazji 130-lecia.

Szaroszyk, Ryszard Pachecka, Stanisław Palczewski, Władysław Steckiewicz, Wiesław Sosnowski, Włodzimierz Klonowski, Janusz Regel, Włodzimierz Nowatorski, Jacek Zieleniewski, zaś stopnie doktora habilitowanego: Jan Kudejko, Tadeusz Garlej, Antoni Jonecko i Bolesław Tytman³⁵.

Zasłużonym działaczem PTL był doktor nauk medycznych Władysław Steckiewicz (1936-2022). Studia lekarskie ukończył w Akademii Medycznej w Warszawie. Specjalista w zakresie pediatrii i alergologii. Pracował na oddziale dziecięcym w Szpitalu Świętej Trójcy w Płocku, początkowo jako asystent na oddziale zakaźnym, a następnie przez 30 lat jako ordynator oddziału pediatrycznego. Od 1971 r. kierował przychodnią PKP w Płocku. Należał do założycieli Polskiego Towarzystwa Alergologii, działał w Polskim Towarzystwie Pediatrycznym. Był jednym z organizatorów Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku, a także Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy³⁶.

Naukowe prace członków Towarzystwa prezentowane były podczas zagranicznych konferencji, np. Marek Świtalski wygłaszał referaty w ramach zjazdów nefrologicznych w Atenach w 1995 r., w Buenos Aires w 1999 r. Z inicjatywy PTL od 1983 r. organizowany był konkurs na najlepsze prace do specjalizacji I stopnia.

W czasie prezesury doc. dr. hab. T. Garleja (1972-1990) rozpoczęto wydawanie własnego czasopisma pt. „Archiwum Medycyny Płockiej”. T. Garlej był także autorem licznych publikacji na temat spraw zdrowia i ochrony środowiska. W „Notatkach Płockich” opublikował m.in. następujące prace: „Cudowne” uzdrowienia w Lourdes w świetle medycyny oficjalnej (1993, nr 1, s. 30-36), *Lekarze płocky w walce o upowszechnianie bezpłatnej pomocy lekarskiej (w 70-lecie memoriału dra Aleksandra Zaleskiego)* (1972, nr 1, s. 26-27), *Niektóre*

35 http://ptlplock.pl/?page_id=6

36 K. Burzyńska, *Za pracę „na rzecz małych pacjentów” doktorzy Steckiewicz i Palczewski mogą znaleźć się w gronie „Zasłużonych dla Płocka”*, „Gazeta Wyborcza” z 22 kwietnia 2022, dostęp: 9.06.2022 r., <https://plock.wyborcza.pl/plock/7,35681,28362715,za-prace-na-rzecz-malych-pacjentow-wladyslaw-steckiewicz.html>.

zagadnienia zdrowotne w świetle praktyki prywatnej lekarza (1970, nr 5, s. 38-42), *Płocka służba zdrowia w 40-leciu PRL* (1984, nr 3, s. 72-80), *Rozwój przemysłowej służby zdrowia w Płocku* (1978, nr 4, s. 41-43), *Społeczne oblicze płockiej medycyny na przestrzeni stulecia* (1974, nr 1, s. 30-35), *Wpływ pogody na samopoczucie i stan zdrowia mieszkańców Płocka i okolicy* (1983, nr 3, s. 47-55).

Członkowie Towarzystwa upamiętniali wybitnych lekarzy, organizując odczyty i posiedzenia naukowe. W 1975 r. uczczono pamięć A. Macieszy, organizując z tej okazji sesję naukową³⁷. W 1988 r. odbyło się wspólne posiedzenie Płockiego Towarzystwa Lekarskiego i Towarzystwa Naukowego Płockiego poświęcone 100. rocznicy urodzin i 20. rocznicy śmierci prof. dr. hab. Marcina Kacprzaka, pochodzącego z okolic Płocka lekarza, rektora Akademii Medycznej w Warszawie³⁸.

Istotne zasługi dla PTL położył jego prezes w latach 1995-1998 dr n. med. Janusz Szaroszyk (1935-2012)³⁹. Po ukończeniu studiów na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu trafił on do Płocka, gdzie odbył staż podyplomowy w Szpitalu Miejskim, w którym podjął pracę. Następnie został ordynatorem oddziału chirurgii, a później kierownikiem Poradni Naczyń Obwodowych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku. Uzyskał specjalizacje z chirurgii ogólnej oraz z medycyny społecznej. Był konsultantem wojewódzkim w zakresie chirurgii ogólnej. Autor prac naukowych i popularyzatorskich⁴⁰.

W 1992 r. uroczyste obchodzono 120. rocznicę utworzenia

37 T. Garlej, *Sesja naukowa w Towarzystwie Naukowym Płockim w 100-lecie urodzin dr. Aleksandra Macieszy*, „Notatki Płockie” 1975, nr 4, s. 49-52.

38 T. Garlej, *W setną rocznicę urodzin i 20-lecie śmierci prof. Marcina Kacprzaka*, „Notatki Płockie” 1988, nr 4, s. 59-60.

39 *Płockie Towarzystwo Lekarskie. Rys historyczny*, http://ptlplock.pl/?page_id=6, dostęp: 9.06.2022 r.; Zarządy PTL, „Archiwum Medycyny Płockiej” 2015, z. 10, s. 16.

40 J. Waneci, *Wypominki lekarskie. W tym roku lista wydłuży się o kolejne trzynaście osób*, „Gazeta Wyborcza” z 31 października 2017 r., <https://plock.wyborcza.pl/plock/7,35681,22585928,wypominki-lekarskie-w-tym-roku-lista-wydluzy-sie-o-kolejne.html>, dostęp: 9.06.2022 r.

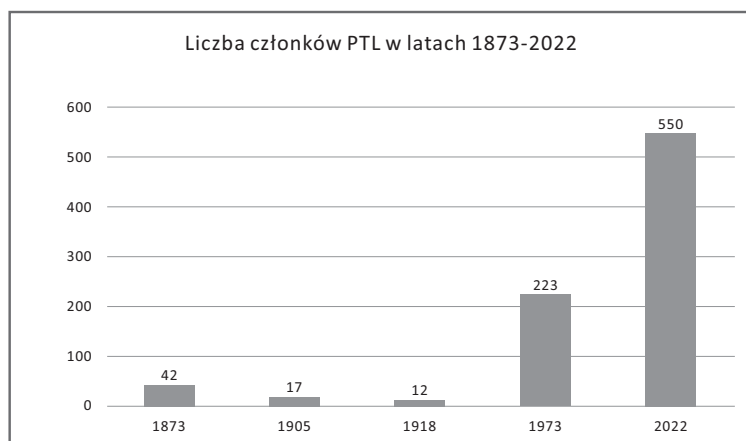
Towarzystwa. Z tej okazji w Domu Technika zorganizowano sesję naukową z udziałem ok. 300 lekarzy. Wzięli w niej udział m.in. Jerzy Wawszczak - Wojewoda Płocki, Adam Czarnecki - Wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Krystyna Badowska - Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku, Krzysztof Hortyński - Główny Lekarz Wojewódzki. Podczas uroczystości odczytano list gratulacyjny od Adama Struzika, Senatora RP. Referat na temat historii organizacji wygłosił T. Garlej. W części naukowej zaprezentowano 5 referatów na temat choroby wrzodowej.



Ilustracja 13. Marek Świtalski (1949-2011)

W latach 1999-2011 funkcję prezesa pełnił dr n. med. Marek Świtalski (1949-2011) (Ilustr. 13). Był on także członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz prezesem Warszawsko-Łódzkiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Aktywnie uczestniczył w pracach Towarzystwa Naukowego Płockiego. Był organizatorem i ordynatorem oddziału nefrologii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku. Wykładał

w Szkole Wyższej im. Pawła Włodkowica w Płocku⁴¹.



Wykres 1. Liczba członków PTL w latach 1873-2022. Źródło:
Opracowanie własne na podstawie: A. Adamkowski, Jubileusz Płockiego
Towarzystwa Lekarskiego, „Gazeta Wyborcza” z 2 marca 2003 r.; doku-
menty bieżące PTL⁴².

Kolejnym prezesem Towarzystwa został, urodzony w Płocku w 1960 r., endokrynolog i specjalista chorób wewnętrznych dr Jacek Zieleniewski (Ilustr. 14), który sprawował funkcję przez dwie kadencje (2011-2018)⁴³. Studia lekarskie ukończył w Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Stopień doktora nauk medycznych w zakresie fizjologii uzyskał w 1999 r. Pracuje na oddziale nefrologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku oraz w Przychodni Specjalistycznej Diagmed. Dr J. Zieleniewski jest organizatorem

41 „Gazeta Wyborcza. Wspomnienia”, <http://wspomnienia.wyborcza.pl/2,504,,56,Marek-%C5%9Awitalski-wspomnienia.html>, dostęp: 9.06.2022 r; *Zarządy PTL*, „Archiwum Medycyny Płockiej” 2015, z. 10, s. 16.

42 A. Adamkowski, *Jubileusz Płockiego Towarzystwa Lekarskiego*, „Gazeta Wyborcza” z 2 marca 2003 r., <https://plock.wyborcza.pl/plock/7,35681,1352495.html>, dostęp: 27.05.2022.

43 *Zarządy PTL*, „Archiwum Medycyny Płockiej” 2015, z. 10, s. 16.

licznych konferencji naukowych i szkoleń. Był delegatem na okręgowe zjazdy lekarskie. Uhonorowany Złotym Medalem Honorowym Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku⁴⁴.



Ilustracja 14. Dr n. med. Jacek Zieleniewski.

W 2013 r. zorganizowano 140-lecie Płockiego Towarzystwa Lekarskiego. Z tej okazji odbyła się uroczysta gala w Teatrze Płockim, podczas której wręczono medale honorowe. W uroczystości wzięli udział m.in. Maciej Hamankiewicz, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, biskup płocki Piotr Libera, starosta płocki Michał Boszko, wiceprezydent Płocka Roman Siemiątkowski, posłowie Elżbieta Gapińska i Piotr Zgorzelski. W uroczystości wzięli udział również Adam Struzik, Marszałek Województwa Mazowieckiego, który odznaczył Towarzystwo medalem Pro Masovia. Ponadto medalami honorowymi PTL wyróżniono zasłużonych płockich lekarzy oraz byłych prezesów organizacji. Pośmiertnie uhonorowano dr. Marka

44 *Lekarze członkowie Okręgowej Izby lekarskiej w Płocku, którzy uzyskali stopnie i tytuły naukowe w latach 1996-2013*, „Archiwum Medycyny Płockiej” 2015, z. 10, s. 19; J. Wanecki, *Dwa krzesła*, s. 181.

Świtalskiego. Gala zakończyła się koncertem muzycznym⁴⁵.

Obecnie do PTL należy 550 lekarzy (Wykr. 1). Do współczesnych inicjatyw Towarzystwa należy zaliczyć popularyzowanie osiągnięć z zakresu medycyny, organizację szkoleń, m.in. z ratownictwa medycznego, pulmonologii, gastroenterologii i endokrynologii oraz konferencji dydaktycznych i naukowych na temat chirurgii onkologicznej, nefrologii, chirurgii naczyń, chirurgii ogólnej, kardiologii, kardiologii prenatalnej, diabetologii i hipertensjologii.



Ilustracja 15. Logotyp Płockiego Towarzystwa Lekarskiego.

Do najbardziej aktywnych członków Towarzystwa należą m.in: Włodzimierz Nowatorski, Wiesław Sosnowski, Andrzej Drzewiecki, Włodzimierz Figatowski, Halina Zarzecka, Bogusław Gotowicki, Włodzimierz Klonowski, Paweł Sobieski, Michał Kuriga, Jacek Zieleniewski, Marek Mądrecki, Jarosław Wanecki⁴⁶. W roku 2014 i 2015 członkowie Towarzystwa, neurolog Grażyna Lesyng-Pawłowska i pediatra Jarosław Wanecki, zostali uhonorowani medalem Gloria Medicinæ, który jest najwyższym wyróżnieniem przyznawanym przez Polskie Towarzystwo Lekarskie⁴⁷.

45 <https://portalplock.pl/wiadomosci/gala-plockich-lekarzy-bilans-140-lat/usAvSfXFvz9iJYt7gNub>

46 *Rys historyczny Płockiego Towarzystwa Lekarskiego*, „Archiwum Medycyny Płockiej” 2015, z. 10, s. 14.

47 J. Wanecki, *Ecce Medicus*, Inter Polska, Warszawa 2018, s. 87, 92

Grażyna Lesyng-Pawłowska jest absolwentką Akademii Medycznej w Łodzi, specjalistką neurologii I i II stopnia. Laureatka pełniła funkcję przewodniczącej Koła PTL w Gostyninie w latach 1995-2007. W latach 1994-2007 była organizatorką a następnie ordynatorem Oddziału Neurologii w Gostyninie-Kruku. Po 2007 r. kierowała Oddziałem Neurologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Płocku. Była współorganizatorką Sympozjum Naukowo-Szkoleniowego Lekarzy Województwa Płockiego w MiałkóWKu⁴⁸.

Od 2019 r. Prezesem PTL jest prof. dr hab. n. med. Maciej Słodki, rektor Akademii Mazowieckiej w Płocku (Ilustr. 16)⁴⁹. Ukończył on studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Łodzi. Uzyskał dwie specjalizacje, z ginekologii i położnictwa oraz perinatologii. Stopień naukowy doktora uzyskał w 2007 r., a doktora habilitowanego w 2013 r. Monografia pt. *Opracowanie modelu opieki nad ciężarną z wrodzoną wadą serca u płodu na podstawie nowego prenatalnego podziału wad serca* została uznana za najlepszą pracę habilitacyjną z zakresu ultrasonografii w latach 2012–2014. Tytuł profesora, nadany przez Prezydenta RP, uzyskał w 2021 r. Działalność naukową prowadzi w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, w Zakładzie Kardiologii Prenatalnej. Od 2017 r. jest członkiem Rady Naukowej Instytutu. Autor licznych publikacji oraz recenzent w renomowanych międzynarodowych czasopismach naukowych. Współpracuje z ośrodkami naukowymi na całym świecie, w tym m.in. w Waszyngtonie, Rzymie, Giessen, Sao Paulo. Wiceprezes Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Kardiologii Prenatalnej, sekretarz Polskiego Towarzystwa Kardiologii Prenatalnej. Współtwórca i redaktor naczelny czasopisma naukowego „Prenatal Cardiology”. Od 2022 r. członek Zespołu do spraw rozwoju systemu oświaty oraz systemu szkolnictwa wyższego i nauki powołanego przez Ministra Edukacji i Nauki.

48 Formularz zgłoszeniowy do medalu Gloria Medicinæ G. Lesyng-Pawłowskiej; J. Wanecki, *Dwa krzesła*, s. 71.

49 Protokół Walnego Zebrania Płockiego Towarzystwa Lekarskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 6 kwietnia 2019 r.

PTL ściśle współpracuje z Okręgową Izbą Lekarską w Płocku, Polskim Towarzystwem Chirurgii Onkologicznej, Towarzystwem Chirurgów Polskich, Polskim Towarzystwem Kardiologicznym i Polskim Towarzystwem Nefrologicznym⁵⁰.



Ilustracja 16. Zarząd Płockiego Towarzystwa Lekarskiego (2022).
Od lewej: Jacek Zieleniewski, Włodzimierz Figatowski, Przemysław Kapczyński, Maciej Słodki, Grażyna Lesyng-Pawłowska, Włodzimierz Klonowski, Marek Mądrecki, Ryszard Mońdział.

Towarzystwo podtrzymuje misję określoną przed 150. laty przez pierwszych członków, wówczas Towarzystwa Lekarzy Guberni Płockiej, oraz Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Troską kolejnych zarządów jest dążenie do tego, aby lekarze „wykazywali się wysokimi kwalifikacjami zawodowymi oraz nienaganną etyką”⁵¹. Do zadań organizacji należy m.in. pogłębianie wiedzy i podnoszenie poziomu naukowego. Wśród realizowanych zadań znajduje się także integrowanie lekarzy różnych gałęzi i specjalności⁵². Towarzystwo w ramach organizowanych sesji naukowych, spotkań i odczytów przybliży osiągnięcia medycyny. Ich tematyka jest związana z licznymi

50 *Rys historyczny ...*, s. 14.

51 Misja Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

52 Tamże.

dyscyplinami, m.in. chirurgią onkologiczną, nefrologią, chirurgią naczyń, chirurgią ogólną, kardiologią, diabetologią, hipertensjologią⁵³. Kolejne rocznice Towarzystwa są okazją do przypomnienia osób zasłużonych dla płockiej medycyny i dokumentowania ich dokonań.

Przyszłość Płockiego Towarzystwa Lekarskiego rysuje się pod znakiem wyzwań związanych z postępowaniem w obszarze nauk medycznych oraz rosnącymi potrzebami w zakresie ochrony zdrowia. Jednym z takich wyzwań jest niewątpliwie planowane od 2023 roku rozpoczęcie kształcenia na kierunku lekarskim w Akademii Mazowieckiej w Płocku. Wśród osób zaangażowanych w urzeczywistnienie tej idei byli także członkowie PTL. Wielu z nich zadeklarowało udział w kształceniu studentów medycyny oraz w rozwoju naukowym Akademii w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Zapoczątkowane dzieło jest jednym z najważniejszych kierunków rozwoju Płocka jako miasta akademickiego i Mazowsza Północnego. Zapoczątkuje bowiem migrację dobrze przygotowanych absolwentów szkół średnich z całej Polski. Istnieje duża szansa, że niektórzy z nich zwiążą się z płockimi i regionalnymi placówkami ochrony zdrowia, częściowo rozwiązując problem dramatycznego braku lekarzy. Kierunek lekarski w Płocku to jedno z najważniejszych od wielu lat wyzwań dla członków Płockiego Towarzystwa Lekarskiego oraz dla władz Płocka i Mazowsza.

53 J. Zieleniewski, *Płockie Towarzystwo Lekarskie 1872-2012*, „Biuletyn OIL” 2012, nr 4, s. 5.

Podziękowanie

Za pomoc w opracowaniu artykułu oraz zebraniu materiałów źródłowych serdecznie dziękuję dr. hab. Andrzejowi Kansemu.

Bibliografia

Źródła archiwalne

Archiwum Towarzystwa Naukowego Płockiego, Materiały dotyczące Towarzystwa Lekarskiego Płockiego, sygn. 378.

Dokumenty bieżące Płockiego Towarzystwa Lekarskiego

- Formularz zgłoszeniowy do medalu Gloria Medicinae G. Lesyng-Pawłowskiej.
- Misja Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.
- Przemówienie Marka Świtalskiego, Prezesa Płockiego Towarzystwa Lekarskiego z okazji 130-lecia.
- Protokół Walnego Zebrania Płockiego Towarzystwa Lekarskiego
- Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego z dnia 6 kwietnia 2019 r.

Opracowania

Cabaj J., *Zjazdy środowisk medycznych Królestwa Polskiego 1908-1914*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 2006.

Garlej T., *Jubileuszowa Sesja Naukowaw 100-lecie Płockiego Towarzystwa Lekarskiego*, „Notatki Płockie” 1972.

Garlej T., *Płockie Towarzystwo Lekarskie - osiągnięcia naukowe i zasługi społeczne*, „Notatki Płockie” 1972.

Garlej T., *Sesja naukowa w Towarzystwie Naukowym Płockim w 100-lecie urodzin dr. Aleksandra Macieszy*, „Notatki Płockie” 1975.

Garlej T., *W 100-lecie Płockiego Towarzystwa Lekarskiego*, „Notatki Płockie” 1972.

Konarska-Pabiniak B., *Resursa płocka sprzed laty*, „Notatki Płockie” 1979. *Lekarze członkowie Okręgowej Izby lekarskiej w Płocku*,

- którzy uzyskali stopnie i tytuły naukowe w latach 1996-2013, „Archiwum Medycyny Płockiej” 2015.
- Papierowski A., Stefański J., *Płocczanie znani i nieznani*, [t. 1], Płock 2002.
- Papierowski A., Stefański J., *Płocczanie znani i nieznani*, t. 2, Płock 2007.
- Piekarski T., *Walka z chorobami i organizacja służby zdrowia w Płocku i okolicy w latach 1945–1950 w świetle dokumentów Starostwa Powiatowego w Płocku*, „Płocki Rocznik Historyczno-Archiwalny” 2020.
- Płockie Towarzystwo Lekarskie w 130 lecie swojego istnienia. Nota informacyjna*, Płock 2003.
- Zarządy PTL, „Archiwum Medycyny Płockiej” 2015.
- Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Naukowego Płockiego za rok 2019*, Płock 2020.
- Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Naukowego Płockiego za rok 2021*, Płock 2022.
- Wanecki J., *Dwa krzesła 1990-2020*, Płock 2020.
- Zieleniewski J., *Płockie Towarzystwo Lekarskie 1872-2012*, „Biuletyn OIL” 2012.

Internet

„Gazeta Wyborcza. Wspomnienia”, <http://wspomnienia.wyborcza.pl/2,504,,56,Marek-%C5%9Awitalski-wspomnienia.html>, dostęp: 9.06.2022 r.

Adamkowski A., *Jubileusz Płockiego Towarzystwa Lekarskiego*, „Gazeta Wyborcza” z 2 marca 2003 r., <https://plock.wyborcza.pl/plock/7,35681,1352495.html>, dostęp: 27.05.2022.

Am, *Jan Kawiecki, lekarz, były szef PTW, nie żyje*, „Gazeta Wyborcza” z 15 października 2012, <https://plock.wyborcza.pl/plock/7,35681,12676789,jan-kawiecki-lekarz-byly-szef-ptw-nie-zyje.html>, dostęp: 9.06.2022 r.

Burzyńska K., *Za pracę „na rzecz małych pacjentów” doktorzy Steckiewicz i Palczewski mogą znaleźć się w gronie „Zasłużonych dla*

Płocka”, „Gazeta Wyborcza” z 22 kwietnia 2022, dostęp: 9.06.2022 r., <https://plock.wyborcza.pl/plock/7,35681,28362715,za-prace-narzecz-malych-pacjentow-wladyslaw-steckiewicz.html>.

Garlej T., *W setną rocznicę urodzin i 20-lecie śmierci prof. Marcina Kacprzaka*, „Notatki Płockie” 1988.

http://ptlplock.pl/?page_id=6

<https://portalplock.pl/wiadomosci/gala-plockich-lekarzy-bilans-140-lat/usAvSfXFvz9iJYt7gNub>

Płock: odszedł dr Ryszard Pawiński - nestor płockich ginekologów, Gazeta.pl/Rynek Zdrowia z 2 grudnia 2011 r., <https://www.rynekzdrowia.pl/Po-godzinach/Plock-odszedl-dr-Ryszard-Pawinski-nestor-plockich-ginekologow,114654,10.html>, dostęp: 27.05.2022.

Płockie Towarzystwo Lekarskie. Rys historyczny, http://ptlplock.pl/?page_id=6, dostęp: 9.06.2022.

Wanecki J., *20 lat temu zmarł Tadeusz Garlej. Prawdę przedkładał nad święty spokój*, „Gazeta Wyborcza” z 8 czerwca 2017, <https://plock.wyborcza.pl/plock/7,95996,21935226,20-lat-temu-zmarl-tadeusz-garlej-prawde-przedkladal-nad-swiety.html>, dostęp: 26.05.2022.

Wanecki J., *Stanisław Palczewski, lekarz małych płocczan, wychowawca płockich pediatrów, nie żyje*, „Gazeta Wyborcza” z 4 października 2020, <https://plock.wyborcza.pl/plock/7,35681,26367942,stanislaw-palczewski-lekarz-malych-ploczczan-wychowawca-plockich.html>, dostęp: 27.05.2022.

Wanecki J., *Wypominki lekarskie. W tym roku lista wydłuży się o kolejne trzynaście osób*, „Gazeta Wyborcza” z 31 października 2017 r., <https://plock.wyborcza.pl/plock/7,35681,22585928,wypominki-lekarskie-w-tym-roku-lista-wydluzy-sie-o-kolejne.html>, dostęp: 9.06.2022.

XXX, *Płock pożegnał doktora Sławomira Werensa. „Do zobaczenia, przyjacielu”*, „Gazeta Wyborcza” z 9 sierpnia 2018, dostęp: <https://plock.wyborcza.pl/plock/7,35681,23771354,plock-pozenal-doktora-slawomira-werensa-do-zobaczenia-przyjacielu.html>.

Maciej Słodki

Zarządy PTL

W roku 1995 wydano 9. zeszyt Archiwum Medycyny Płockiej. Od tego czasu w skład Zarządów Płockiego Towarzystwa Lekarskiego, od roku 1995 do chwili obecnej wchodziłi koledzy:

1995–1998

Janusz Szaroszyk (prezes), Sławomir Werens, Marek Świtalski, Sabina Kańtoch, Małgorzata Degowska, Krzysztof Nowosad

1999–2002

Marek Świtalski (prezes), Romuald Masłowski, Andrzej Maliński, Jacek Zieleniewski, Krzysztof Klikowski, Włodzimierz Klonowski, Czesław Kaliński, Krystyna Badowska

2003–2006

Marek Świtalski (prezes), Włodzimierz Klonowski, Jacek Zieleniewski, Włodzimierz Nowatorski, Ryszard Kruczyński, Romuald Masłowski, Czesław Kaliński, Krzysztof Klikowski

2007–2011

Marek Świtalski (prezes), Krzysztof Klikowski, Włodzimierz Klonowski, Jacek Zieleniewski, Andrzej Łachmański, Włodzimierz Figatowski, Paweł Sobieski, Włodzimierz Nowatorski,

2012

Nadzwyczajny Zjazd PTLz powodu śmierci dr. Marka Świtalskiego. Do zarządu w wyborach uzupełniających wybrano Marka Mądreckiego i Przemysława Kapczyńskiego. Na prezesa wybrano Jacka Zieleniewskiego.

2015–2018

Jacek Zieleniewski (prezes), Marek Mądrecki (v-prezes), Włodzimierz Klonowski, Michał Kuriga, Ryszard Mońdział, Przemysław Kapczyński, Włodzimierz Figatowski.

2019–2022

Maciej Słodki (prezes), Włodzimierz Klonowski, Marek Mądrecki (v-prezes) Jacek Zieleniewski (sekretarz stały), Michał Kuriga (skarbnik), Ryszard Mońdział (członek zarządu), Grażyna Lesyng-Pawłowska (członek zarządu), Włodzimierz Figatowski (członek zarządu), Przemysław Kapczyński (członek zarządu).

Andrzej Kansy

Źródła do dziejów Płockiego Towarzystwa Lekarskiego w zbiorach Towarzystwa Naukowego Płockiego

Bogate zbiory Towarzystwa Naukowego Płockiego zgromadzone w Archiwum i Bibliotece im. Zielińskich stanowią cenną bazę do badania dziejów życia społecznego Płocka¹. Znajdują się tam materiały na temat wielu organizacji, w tym Płockiego Towarzystwa Lekarskiego. Źródła te obejmują lata 1872-1939.

Płockie Towarzystwo Lekarskie (PTL) należy do najstarszych organizacji lekarskich na ziemiach polskich. Powstało w 1872 r. Początkowo stowarzyszenie działało pod nazwą Towarzystwo Lekarzy Guberni Płockiej i zrzeszało, oprócz lekarzy medycyny, także lekarzy weterynarii i farmaceutów. Do celów stowarzyszenia należało m.in. integrowanie lekarzy, badanie warunków sanitarnych i występowania chorób oraz uzupełnianie wiedzy, aby lepiej służyć mieszkańcom guberni. Założycielem i pierwszym prezesem organizacji był doktor Marcin Ehrlich (1835–1899). W Archiwum Towarzystwa Naukowego Płockiego zachowały się źródła dotyczące jego działalności zawodowej, naukowej i społecznej². W dokumentach Ehrlicha znajdują się teksty jego prac, m.in. *Doświadczenia z praktyki stosowania kleszczy porodowych, czy Ueber Leukämie (O białaczkę)*, wydana w Dorpacie w 1862 r. dysertacja doktorska³. W kolekcji

-
- 1 Towarzystwo Naukowe Płockie zostało założone w 1820 r. przy Szkole Wojewódzkiej Płockiej w wyniku oddziaływania idei rozwijania nauki i oświaty w ośrodkach prowincjonalnych. W pierwszym okresie działalności organizacji zainicjowano badania regionalne, m.in. na temat geografii, ekonomii, przyrody, technologii, religii i języka województwa płockiego. Bazą badawczą dla członków była założona biblioteka i zorganizowane muzeum. W 1830 r. TNP zakończyło działalność. Wznowiono ją w 1907 r. TNP zajmuje się prowadzeniem badań naukowych i popularyzacją ich wyników. W 2020 r. TNP obchodziło jubileusz 200-lecia aktywności.
 - 2 Archiwum Towarzystwa Naukowego Płockiego (dalej: ATNP), Rękopisy Marcina Ehrlicha, sygn. 471.
 - 3 M. Ehrlich, *Ueber Leukämie*, Dorpat 1862, Biblioteka im. Zielińskich TNP, sygn. C. 5285.

druków zwartych Biblioteki im. Zielińskich TNP znajduje się ponadto studium przyrodnicze pt. *Życie i miłość* wydane w Płocku w 1895 r.⁴ Książka zawiera autograf autora. Ważne dokumenty biograficzne znajdują się w zespole Papiery doktora Marcina Ehrlicha i jego rodziny⁵. Są to m.in. odpis aktu chrztu Ehrlicha, dyplomy uniwersytetu w Dorpacie z lat 1857-1867, dyplomy odznaczeń państwowych z lat 1866-1881 oraz korespondencja i fotografie. Osobny zespół stanowi album fotografii rodziny Ehrlichów, zawierający 122 zdjęcia M. Ehrlicha i jego⁶. Materiały na temat M. Ehrlicha w zbiorach TNP uzupełniają jego portret. Obraz olejny na płótnie nieznanego autorstwa pochodzi z drugiej połowy XIX w.⁷

Z pierwszego okresu działalności Towarzystwa pochodzi książka *Studia nad suchotami* Adama Bućkiewicza, lekarza miasta Płocka i działacza filantropijnego⁸. Publikacja ta jest ważnym świadectwem działalności badawczej prowadzonej przez członków organizacji.

Związki Towarzystwa Lekarzy Guberni Płockiej i odrodzonego w 1907 r. Towarzystwa Naukowego Płockiego (TNP) zaczęły się przenikać za sprawą Aleksandra Macieszy, który aktywnie działał w obu organizacjach. Był on prezesem TNP w latach 1907-1945. Maciesza przybył do Płocka z Syberii w 1901 r. i objął posadę lekarza więziennego. Prowadził też praktykę lekarską jako okulista. W 1909 r. ożenił się z córką M. Ehrlicha Marią, wdową po ziemianinie Eugeniuszu Kunklu.

Dzięki Macieszy w zbiorach TNP znalazły się najważniejsze materiały do dziejów Płockiego Towarzystwa Lekarskiego. Należą do nich rękopisy, dokumenty, fotografie, publikacje oraz inne materiały zgromadzone w Archiwum Towarzystwa Naukowego Płockiego w Płocku. Zespół Materiały dotyczące Towarzystwa Lekarskiego

4 M. Ehrlich, *Życie i miłość. Studium przyrodnicze*, Płock 1895, Biblioteka im. Zielińskich TNP, sygn. C. 5255, C. 5256

5 ATNP, Papiery doktora Marcina Ehrlicha i jego rodziny, sygn. 470.

6 ATNP, Album fotografii rodziny Ehrlichów, sygn. 472.

7 Opis: A. Woźniak, Inwentarz zbiorów Towarzystwa Naukowego Płockiego.

8 A. Bućkiewicz, *Studia nad suchotami czyli badanie przyczyn szerzących suchoty*, Warszawa 1879, Biblioteka im. Zielińskich TNP, C. 8666.

Płockiego zawiera m.in. Statut Płockiego Towarzystwa Lekarskiego wydany w Płocku w 1891 r. W tym samym roku wydano też przewodnik dla członków, w którym uporządkowano i wyjaśniono sprawy organizacyjne. Także kolejny statut z 1920 r. oraz jego projekt znajdują się w zespole. Są tu także Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej z lat 1891-1892. W 1902 r. obchodzono 30-lecie działalności organizacji. Materiały dotyczące tego jubileuszu znajdują się również w omawianym zespole. Zbiór zawiera ponadto Sprawozdanie z działalności PTL za rok 1906. Wśród fotografii wyróżnia się zdjęcie zarządu PTL wykonane przez Wacława Rydla⁹. Cennym źródłem dokumentującym aktywność Płockiego Towarzystwa Lekarskiego jest rękopis zawierający rejestr przychodów i wydatków Towarzystwa. Rejestr ten obejmuje lata 1872-1912¹⁰.

Świadectwem zaangażowania Towarzystwa w sprawy społeczne, w tym edukację zdrowotną, i przykładem działalności wydawniczej jest jednostronicowe wydawnictwo z 1903 r. pt. *Jak karmić niemowlęta?* Tekst podzielony jest na dwie części, z których pierwsza dotyczy karmienia piersią, druga zaś karmienia mlekiem krowim lub kozim. W każdej z części w punktach wyjaśniona jak prawidłowo karmić niemowlęta. Czytamy tu m.in., że „Podczas karmienia matka powinna dbać o swoje pożywienie i żywić się możliwie dostatnio. [...] mięso, jaja, kasza, mleko są bardzo zdrowe i dają dobry pokarm. [...] Kobieta karmiąca nie powinna pić żadnych trunków. [...] Do sześciu miesięcy dziecko nie powinno nic dostawać, oprócz piersi [...] Gdy dziecko skończy rok życia, powinna go matka już odstawić od piersi”¹¹.

Materiały ze spuścizny A. Macieszy są istotnym źródłem wiedzy na temat działalności Płockiego Towarzystwa Lekarskiego i jego członków. Potwierdzeniem badawczych inicjatyw organizacji jest opracowanie pt. *Mediko-topograficeskoe opisane Goroda Plocka*

9 ATNP, Materiały dotyczące Towarzystwa Lekarskiego Płockiego 1871-1939, sygn. 378.

10 ATNP, Rejestra przychodów i wydatków Towarzystwa Lekarskiego Gubernii Płockiej, sygn. 563.

11 *Jak karmić niemowlęta*, Płock 1903.

z 1897 r.¹² Wśród materiałów pozostawionych przez Macieszę znajdują się dokumenty na temat pracy lekarzy na prowincji. W tej grupie źródeł największą część stanowią papiery zebrane w zespole Materiały do działalności zawodowej Aleksandra Macieszy¹³. Oprócz tego w jego dokumentach znalazły się: ewidencja pacjentów¹⁴, wykaz chorych przychodni przeciwjaglicznej¹⁵, korespondencja urzędowa dotycząca objęcia posady lekarza więziennego¹⁶. Z działalnością zawodową Macieszy związane są dokumenty zawarte w zespołach: Notatki Aleksandra Macieszy z dziedziny medycyny, higieny i anatomii¹⁷ oraz Aleksander Maciesza: Prace poświęcone walce z jaglicą, w którym znajdują się m.in. teksty referatów wygłaszanych przez Macieszę¹⁸. Przykłady jego innych działań naukowych, popularyzatorskich i organizacyjnych znajdują się ponadto w zespołach: Aleksander Maciesza: Oczodoły Polaków i Polek¹⁹ i Aleksander Maciesza: Antropologia wobec potrzeb medycyny²⁰.

Maciesza pozostawił po sobie także zbiór broszur i ulotek z dziedziny medycyny, zdrowia i higieny²¹ oraz podręczników, np. podręcznik do higieny Bronisława Handelsmana z odręcznymi notatkami Macieszy²².

12 ATNP, Mediko-topograficeskoe opisane Goroda Plocka, sygn. 437.

13 ATNP, Materiały do działalności zawodowej Aleksandra Macieszy, sygn. 383.

14 ATNP, Ewidencja pacjentów doktora Aleksandra Macieszy, sygn. 384.

15 ATNP, Wykaz chorych przychodni przeciwjaglicznej kierowanej przez Aleksandra Macieszę, sygn. 386.

16 ATNP, *Dzielo plocka gogubiernskagaprawlenia po proszeniu Aleksandra Stiepanowicza Macieszi o priedowstawlienii jemu dołżnostiwracza w Płockoj gubernii*, sygn. 382.

17 ATNP, Notatki Aleksandra Macieszy z dziedziny medycyny, higieny i anatomii, sygn. 335.

18 ATNP, Aleksander Maciesza: Prace poświęcone walce z jaglicą, sygn. 310.

19 ATNP, Aleksander Maciesza: Oczodoły Polaków i Polek, sygn. 308.

20 ATNP, Aleksander Maciesza: Antropologia wobec potrzeb medycyny, sygn. 305.

21 ATNP, Broszury i ulotki informacyjne z dziedziny medycyny, zdrowia i higieny, sygn. 441.

22 ATNP, B. Handelsman, *Higiena. Podręcznik dla szkół średnich*, sygn. 435.

Wśród materiałów archiwalnych dotyczących działalności lekarzy na Mazowszu Płockim znajduje się zespół Aleksander Maciesza: Lekarze Mazowsza Płockiego – materiały, zawierający biogramy lekarzy, m.in. Marcina Ehrlicha i Władysława Kosmacińskiego²³ oraz Leona Rutkowskiego²⁴. Świadectwem zainteresowań tego ostatniego są rękopisy jego prac naukowych zebrane w zespole Leon Rutkowski: Prace z zakresu antropologii²⁵.

Bogaty zbiór dokumentów stanowi zespół Działalność społeczna Aleksandra Macieszy²⁶. W tej grupie papierów znajduje się m.in. korespondencja Macieszy z Marcinem Kacprzakiem, późniejszym rektorem Akademii Medycznej w Warszawie oraz materiały dotyczące wizyty lekarzy z zagranicy w Płocku.

W dokumentach pozostawionych przez Macieszę znajdują się także materiały statystyczne na temat ludności, stanu sanitarnego Płocka i opieki społecznej w mieście²⁷. Materiały po A. Macieszy uzupełnia jego portret wykonany techniką olejną na płótnie w 1934 r. w Płocku. Jego autorem jest Czesław Idźkiewicz²⁸.

W zbiorach archiwalnych Towarzystwa Naukowego Płockiego znajdują się pamiątki po zasłużonych członkach Płockiego Towarzystwa Lekarskiego. W materiałach biograficznych dotyczących Władysława Kosmacińskiego znajdują się jego dokumenty osobiste - m.in. odpis aktu urodzenia, legitymacje, dowód osobisty i akt zgonu - oraz dotyczące aktywności lekarskiej²⁹. W innym zespole zebrano

23 ATNP, Aleksander Maciesza: Lekarze Mazowsza Płockiego - materiały, sygn. 346.

24 ATNP, Aleksander Maciesza: Aleksander Maciesza: Dr Leon Rutkowski jako badacz naukowy, sygn. 317.

25 ATNP, Leon Rutkowski: Prace z zakresu antropologii, sygn. 199.

26 ATNP, Działalność społeczna Aleksandra Macieszy, sygn. 379.

27 ATNP, Aleksander Maciesza: Materiały statystyczne dotyczące ludności, stanu sanitarnego i opieki społecznej w Płocku w latach 1916-1919, sygn. 343.

28 Czesław Idźkiewicz (1889-1951) – malarz, uczęszczał do Szkoły Sztuk Pięknych w Warszawie, studiował w Antwerpii, a następnie w Akademii Sztuk Pięknych w Krakowie pod kierunkiem Józefa Mehoffera i Józefa Pankiewicza.

29 ATNP, Materiały biograficzne Władysława Kosmacińskiego, sygn. 479.

korrespondencję Władysława Kosmacińskiego z lat 1898-1929³⁰. Zawierający 148 listów zbiór zawiera listy prywatne oraz związane z działalnością zawodową i społeczną Kosmacińskiego. Działalności zawodowej Kosmacińskiego dotyczy też akt personalnych jako lekarza gimnazjum męskiego w Płocku³¹. Materiały uzupełnia zbiór fotografii rodzinnych³².

Źródła do dziejów Płockiego Towarzystwa Lekarskiego po 1945 r. stanowić będą przede wszystkim dokumenty bieżące organizacji zgromadzone w jej siedzibie w Płocku, które nie zostały jeszcze zarchiwizowane. Pomocne mogą być także kolejne tomy „Archiwum Medycyny Płockiej” wydawane od 1976 r. przez Towarzystwo. Świadczenia dokonań naukowych lekarzy, członków PTL znajdują się w bibliotekach i bazach elektronicznych w postaci artykułów i książek. Do tej grupy należą np. *Metody badań laboratoryjnych* Tadeusza Garleja³³, *Filozofia medycyny* Antoniego Jonecko³⁴, *Opracowanie modelu opieki nad ciężarną z wrodzoną wadą serca u płodu na podstawie nowego prenatalnego podziału wad serca* Macieja Słodkiego³⁵. Świadectwem 150-letniej aktywności Płockiego Towarzystwa Lekarskiego jest też prasa z lat 1982-2022. Istniejące źródła znajdujące się w zbiorach Towarzystwa Naukowego Płockiego, dokumenty bieżące Płockiego Towarzystwa Lekarskiego oraz dokumenty zgromadzone w innych instytucjach, m.in. w Archiwum Państwowym w Płocku, Instytucie Pamięci Narodowej, czy Archiwum Akt Nowych w Warszawie mogą być podstawą do prowadzenia dalszych badań nad historią PTL i umożliwiają

30 ATNP, Korespondencja Władysława Kosmacińskiego, sygn. 482.

31 ATNP, Delo płockoj muzskojgimnazii o wracju Władysławie Tite Kosmacińskom, sygn. 481.

32 ATNP, Fotografie Władysława i Jadwigi Kosmacińskich, sygn. 476.

33 T. Garlej, *Metody badań laboratoryjnych*, Warszawa 1951.

34 A. Jonecko, *Filozofia medycyny*, w: „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2002, t. 65, z. 1, s. 27-46.

35 M. Słodki, *Opracowanie modelu opieki nad ciężarną z wrodzoną wadą serca u płodu na podstawie nowego prenatalnego podziału wad serca*, Łódź-Płock 2012.

przygotowanie monografii na ten temat. A byłoby to uzasadnione ze względu na znaczenie organizacji oraz jej członków, lekarzy, którzy – niezależnie od okoliczności dziejowych – wykazywali się troską o zdrowie i życie mieszkańców regionu płockiego.

Andrzej Kansy



TOWARZYSTWO NAUKOWE PŁOCKIE
SOCIETAS SCIENTIARUM PLOCENSIS

09-402 Płock, pl. Narutowicza 8, tel./fax: 24 262 26 04, 24 366 99 50, www.tnp.org.pl
KONTO BANKOWE BANK PEKAO SA I/O PŁOCK 91124031741111000028899912

Szanowny Pan
Prof. dr hab. n. med. Maciej Słodki
Prezes Płockiego Towarzystwa Lekarskiego

Szanowny Panie Prezesie,

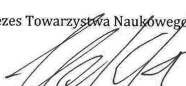
z okazji Jubileuszu 150-lecia Płockiego Towarzystwa Lekarskiego składam na Pańskie ręce wyrazy uznania dla pokoleń lekarzy, zasłużonych działaczy stowarzyszenia, którzy zapisali piękną kartę w dziejach Płocka i Mazowsza.

Działalność organizacji jest mi szczególnie bliska, gdyż historia PTL i Towarzystwa Naukowego Płockiego jest spleciona więzami wspólnych działań oraz losami lekarzy, którzy dzielili swoją aktywność pomiędzy oba stowarzyszenia. Takimi postaciami byli m.in., mój poprzednik, dr Aleksander Maciesza oraz dr Marek Świtalski. Doceniam także Państwa troskę o zapewnienie opieki zdrowotnej na wysokim poziomie wszystkim potrzebującym, także tym najuboższym.

Życzę Panu, Panie Prezesie, i wszystkim członkom Płockiego Towarzystwa Lekarskiego dalszego rozwoju i nowych wyzwań oraz sukcesów w pracy zawodowej i szczęścia w życiu osobistym.

Z poważaniem,

Prezes Towarzystwa Naukowego Płockiego


Prof. Zbigniew Kruszewski

Płock, 22 października 2022 r.

Maria Respondek-Liberska

Kardiologia prenatalna – jako nowa specjalizacja lekarska?

Streszczenie wykładu

Ciążarna młoda, zdrowa bez obciążeń rodzinnych, ginekologicznych, internistycznych jest pacjentką lekarza położnika. Kiedy występuje u niej cukrzyca lub choroba neurologiczna, lub onkologiczna lub np. wada serca – kobieta poza opieką położnika korzysta z różnych konsultacji, a lekarze specjaliści pomagają położnikowi w zapewnieniu optymalnego prowadzenia ciąży.

Do XX w. problemy medyczne u potomstwa identyfikowane były u dzieci, później u niemowląt i noworodków, ale na przełomie XX i XXI stulecia postęp w medycynie umożliwił badania płodu i identyfikacje zdrowych płodów, płodów chorych oraz płodów z wadami wrodzonymi. Populacja płodów jako pacjentów wynosi około 3-5% jeśli założyć jako definicję tylko częstość występowania wad wrodzonych ujawniających się u noworodków.

Problemy medyczne u najmłodszych pacjentów płodów są różne w 1, 2 oraz 3 trymestrze ciąży. Są specyficzne oraz niespecyficzne dla ciąż wielopłodowych. Spośród wszystkich wad wrodzonych zarówno u dzieci jak i u płodów najczęściej występują wady serca: 24: 1000 u płodów, 8: 1000 u noworodków. W Polsce rocznie rodzi się około 4000 dzieci z wadami wrodzonymi serca, z tego około 500 wymaga operacji kardiologicznej.

Płód jako pacjent badany jest początkowo przez położnika ultrasonografistę a w przypadku wykrycia anomalii bada go kardiolog prenatalny. Kardiolog prenatalny wyposażony w najlepszy sprzęt ultrasonograficzny, posiada niezbędną wiedzę z zakresu diagnostyki prenatalnej, genetyki, radiologii, położnictwa, kardiologii, kardiologii dziecięcej, neonatologii i rehabilitacji i służy jako konsultant dla prowadzącego ciążę lekarza położnika. Kardiolog prenatalny potrafi zdiagnozować przypadki wady serca u płodu i odpowiedzieć na pytanie dotyczące nie tylko diagnozy kardiologicznej ale i prognozy: czy dziecko będzie mogło być skutecznie leczone

w 1 roku życia dziecka? czy w 1 miesiącu życia? czy w pierwszym dniu życia? A może konieczne będzie leczenie płodu i leczenie ciężarnej przed porodem? A może w danym przypadku życie pacjenta zostało zaprogramowane tylko na okres prenatalny i krótki okres po urodzeniowy?

W zależności od diagnozy i założonej prognozy przewidujemy różny personel i różne postępowanie zarówno na Sali Porodowej jak i w Pracowni Hemodynamiki albo na Sali Operacyjnej.

Większość wad wrodzonych powstaje w okresie embriogenezy czyli między 6 a 7 tyg od zapłodnienia, a w czasie 39 tyg trwania ciąży można problem zarówno wykluczyć jak i go wykryć, jak i monitorować jak i ustalić rokowanie i optymalne postępowanie przed ukończeniem ciąży, jak i po rozwiązaniu.

Problemy kardiologiczne u płodu to nie tylko wady serca, to także zmiany czynnościowe przy prawidłowej budowie serca (niedomykalności zastawek, zwężenia przewodu tętniczego, analiza wpływu farmakoterapii matczynej na stan płodu, wpływ diety ciężarnej na układ krążenia płodu, to kardiomiopatie, guzy serca czy arytmie i zaburzenia przewodzenia przedsionkowo-komorowego). Badanie kardiologiczne płodu, czyli obrazowanie i osłuchiwanie różnych struktur serca, ocena wydolności układu krążenia, rytmu serca płodu etc. to aktualnie najlepsza metoda potwierdzenia dobrostanu płodu, najczulsza metoda wczesnego wykrywania stanu zagrożenia płodu, najlepsza metoda monitorowania przebiegu ciąży zarówno prawidłowej jak i ciąży wysokiego ryzyka.

Upowszechnienie badań kardiologicznych u płodów to najkrótsza droga do bezpiecznego zmniejszenia odsetka cięć cesarskich, ograniczenia wcześniactwa, skrócenia czasu pobytu w szpitalu noworodka. Jednym słowem upowszechnienie badań kardiologicznych u płodów i wprowadzenie nowej specjalizacji – kardiologii prenatalnej to istotne oszczędności finansowe w opiece perinatalnej.

Czy w kraju w którym rodzi się najwięcej noworodków z wadami serca w Europie, stać nas na dalszy brak kardiologów prenatalnych?

Maria Respondek-Liberska

Piotr Radziwon

**„Przetaczać krew, czy nie przetaczać ?
– ciągle aktualny dylemat.**

Niedokrwistość jest niekorzystnym czynnikiem prognostycznym u chorych. Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych jest uniwersalnym ale nie zawsze najbezpieczniejszym i najbardziej odpowiednim dla pacjenta sposobem leczenia niedokrwistości. Zarówno WHO jak i Komisja Europejska zaleca wdrożenie w szpitalach zarządzania leczeniem składnikami krwi (Patient Blood Management). Wskazane jest podejście pacjentocentryczne, oparte na wiedzy, obejmujące wczesne diagnozowanie niedokrwistości oraz optymalizację korzystania z zasobów krwi. Przed podjęciem decyzji o sposobie leczenia niedokrwistości – o ile pozwala na to stan kliniczny chorego – należy wykonać badania, które pozwolą na ustalenie przyczyny niedokrwistości i umożliwią jej leczenie przyczynowe i/lub obciążone najmniejszym ryzykiem wystąpienia reakcji niepożądanych. Przetoczenia koncentratów krwinek czerwonych (KKCz) są zarezerwowane dla przypadków, w których wyrównanie niedoborów nie przyniosło oczekiwanego efektu, nie ma wskazań do stosowania leków stymulujących erytropoezę i występują objawy niedotlenowania tkanek. Zalecana w znacznej większości przypadków niedokrwistości bezobjawowej lub z mało nasilonymi objawami, restrykcyjna strategia przetaczania KKCz zakłada utrzymywanie stężenia hemoglobiny (Hb) zwykle pomiędzy 7 g/dl a 8 g/dl i przetaczanie KKCz dopiero wtedy, gdy stężenie Hb wynosi < 7 g/dl. Restrykcyjna strategia, w porównaniu do liberalnej zmniejsza zużycie krwi bez zwiększania śmiertelności i chorobowości, a także bez istotnego wpływu na krwawienie lub długość hospitalizacji i może być bardziej odpowiednia dla jakości życia pacjentów i ekonomii leczenia. Metaanalizy wykazują, że w ogólnej grupie chorych restrykcyjne przetaczanie KKCz istotnie zmniejsza liczbę ostrych zespołów wieńcowych, powtórnego krwawienia,

zakażeń bakteryjnych oraz ryzyko zgonu. Nadużywanie przetoczeń składników krwi zwiększa ryzyko wystąpienia niepożądaney reakcji poprzetoczeniowej oraz jest nie tylko marnowaniem zasobów ale także działaniem nieetycznym wobec dawcy jak i biocy. Zawsze wyzwaniem dla lekarza jest masywny krwotok i potrzeba pilnego przetoczenia. Zastosowanie optymalnych proporcji składników krwi w masywnym przetoczeniu jest kluczowe dla ratowania życia chorego. Udowodnione jest, że największe szanse na przeżycie pacjenta zapewnia przetoczenie KKCz, osocza i płytek krwi w stosunku 2:1:1 (j:j:j). Zbyt małe dawki osocza (<20 ml/kg) sprzyjają powstaniu lub nasileniu koagulopatii związanej z krwotokiem. W przypadkach pilnych transfuzji, w związku z ograniczonymi zasobami KKCz grupy O priorytetem jest jak najszybsze ustalenie grupy krwi pacjenta i zgodne z nią przetaczanie krwi.

Piotr Radziwon

Jarosław Wanecki

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W PŁOCKU 1990-2022 na tle ustaw o samorządzie lekarskim i zmian w ochronie zdrowia

Samorząd lekarski na ziemiach polskich

Pierwszy samorząd lekarski założono w niemieckim Brunzwicku w 1865 roku. Do czasu odzyskania przez Polskę niepodległości izby lekarskie funkcjonowały w zaborach pruskim i austriackim. *Ustawa C.K. Namiestnictwa z 1891 roku o utworzeniu Izby Zachodnio-Galicyskiej* otwierała historię samorządu krakowskiego.

Oficjalną datą rozpoczynającą działalność izb lekarskich w Polsce jest 2 grudnia 1921 roku, kiedy Sejm uchwalił *ustawę o ustroju i zakresie działania izb lekarskich*. Przepisy zostały wprowadzone w życie *rozporządzeniem ministra zdrowia publicznego z 15 marca 1922 roku zarządzającym wybory*. Głównym komisarzem wyborczym został Zdzisław Lachowicz. Rozpoczęły wówczas swoją działalność izby: warszawsko – białostocka, do której należał Płock, krakowska, poznańsko – pomorska, lwowska, lubelska, łódzka oraz od 1924 roku wileńsko – nowogródzka i śląska (1935).



Prezydium zjazdu izby warszawsko-białostockiej, 1937

15 marca 1934 roku Sejm uchwalił nową *ustawę o izbach lekarskich*, ograniczając samodzielną działalność izb stanowiących jedynie uzupełnienie aparatu administracyjnego państwa, ale jednocześnie zmieniając tryb postępowania dyscyplinarnego w sprawach odpowiedzialności zawodowej.

Lekarze dentyści doczekali się swojego samorządu zawodowego piętnaście lat później. *Ustawa o izbach lekarsko-dentystycznych* została uchwalona 11 stycznia 1938 roku wraz z izbami okręgowymi w Warszawie, Poznaniu, Wilnie, której członkami byli płoccy dentyści i Krakowie.

Do 1935 roku izby korzystały albo z już istniejących ustaw etycznych i kodeksów opracowanych przez swoje komisje, albo *Kodeksu Deontologii Lekarskiej* przyjętego w 1907 roku podczas X Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie. 24 lutego 1935 roku po całodziennych obradach ostatecznie ustalono brzmienie a po czterech miesiącach, 16 czerwca, Naczelna Rada Lekarska uchwaliła *Kodeks Deontologii Lekarskiej*.

26 stycznia 1940 roku doktor Paul Walbaum, Obefürer SA, szef Wydziału Zdrowia Rządu Generalnej Guberni w oparciu o rozkaz Adolfa Hitlera zniósł działalność polskiego samorządu lekarskiego. Wcześniej, niemal natychmiast po zakończeniu kampanii wrześniowej, przeszukania w siedzibie NIL przy ul. Koszykowej w Warszawie dokonał w mundurze Wehrmachtu doktor Schrempf, który pełnił funkcję komisarza wojennego.

W lipcu 1945 roku po powrocie z obozu koncentracyjnego Prezes Mieczysław Michałowicz podjął się odbudowy struktur izbowych. Niestety nowej władzy nie odpowiadała przedwojenna formuła. Po przedłużającym się procesie legislacyjnym, 8 listopada 1946 roku został wydany *dekret o organizacji samorządu lekarskiego i lekarsko-dentystycznego*, ale obowiązywał tylko do 18 lipca 1950 roku, kiedy w wyniku działań przychylnego odebraniu autonomii lekarskiej Prezesa NIL Jana Rutkiewicza, izby zostały rozwiązane. Dekret wprowadzał mechanizmy umożliwiające niszczenie dotychczasowego porządku prawnego w środowisku lekarskim. Proces likwidacyjny był pasmem

upokarzających działań wobec działaczy samorządu. Zamykając wraz z izbami ich instytucje ubezpieczeniowe, ustawa dała przyzwolenie na roztrwonienie zebranych środków. Likwidatorzy samowolnie wypłacali sobie specjalne premie. Majątek ruchomy otrzymał Związek Zawodowy Pracowników Służby Zdrowia, kierowany przez Jana Rutkiewicza. Budynki przejął na własność Skarb Państwa, wprowadzając odpowiednie zmiany w księgach wieczystych.

Mimo wcześniejszych szykan Naczelna Izba Lekarsko-Dentystyczna, 1 sierpnia 1947 roku, opublikowała *Kodeks Deontologii Lekarsko-Dentystycznej* oraz szereg zaleceń dla praktyk stomatologicznych.

Zniesienie izb uzasadniano następująco: *Z chwilą wejścia w życie ustawy z 1948 roku o zakładach służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, zawód lekarza i lekarza dentystry przestał być w zasadzie wolnym zawodem, a praktyka prywatna stanowi jedynie drobny fragment zatrudnienia tych pracowników.*

Myśl przetrwała jednak w świadomości środowiska medyków, zwłaszcza wśród członków Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, które doprowadziło w 1989 roku (już po obradach Okrągłego Stołu) do uchwalenia *Ustawy o izbach lekarskich*. Wtedy o głos we własnej sprawie poprosili lekarze województwa płockiego. Zanim jednak do tego doszło, historia toczyła się w następujących po sobie sekwencjach.

Wypadki poznańskie w 1956 roku spowodowały powrót nadziei na odrodzenie. Na Śląsku, 20 grudnia, powołano nawet *Tymczasową Radę Lekarską* z przewodniczącym Januszem Pawelcem. Wnioski reaktywacyjne złożone ministrowi zdrowia pozostały bez odpowiedzi. 21 marca 1957 roku lekarze z 10 województw, w czasie gasnącej *odwilży* uznają, że jedynie Zarząd Główny PTL może wspierać podnoszoną bezskutecznie ideę. Rok później Nadzwyczajny Zjazd Delegatów PTL w jednej z uchwał kategorycznie domagał się utworzenia komisji ds. organizacji samorządu, której projekt miał powierzyć orzecznictwo i sądownictwo zawodowe bezpośrednio lekarzom. Niestety do realizacji planów nie doszło, a temat powracał sporadycznie podczas wykładów historycznych lub deontologicznych,

czego owocem było wydanie w 1968 roku quasi-kodeksu lekarskiego przez PTL pod nazwą *Zasady etyczno-deontologiczne polskiego lekarza*. Namiastką samodzielności były wprowadzone w 1972 roku sądy koleżeńskie do statutu towarzystwa.

Ważny był rok 1980 i następujący po nim Festiwal *Solidarności*. 12 lipca PTL został stowarzyszeniem wyższej użyteczności. NSZZ *Solidarność* ściśle współpracował z PTL a na zebraniach naukowych podnoszono nie tylko temat reform w służbie zdrowia, ale również reaktywacji izb. Głos w tej sprawie zabierała kilkakrotnie płocczanka Grażyna Przybylska-Wendt, członkini Prezydium Komisji Krajowej NSZZ *Solidarność*, blisko współpracująca z szefem płockiego PTL-u, Tadeuszem Garlejem. Ale dopiero I Zjazd Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w 1985 roku podjął w tej sprawie odważną uchwałę.

Wiosną 1986 roku, pół roku po wyborach Sejmu PRL IX kadencji, Zarząd Główny PTL wystąpił o spotkanie z przewodniczącym Sejmowej Komisji Polityki Społecznej Zdrowia i Kultury Fizycznej. Do rozmów wyznaczono posła Zbigniewa Gburka ze Stronnictwa Demokratycznego, które podjęło uchwałę o upodmiotowieniu środowiska lekarskiego. Podczas obrad X Zjazdu i VIII Plenum Komitetu Centralnego Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej zapadła decyzja polityczna o rozwoju samorządności, jako podstawowego składnika demokracji socjalistycznej. Po licznych dyskusjach, 21 października 1986 roku, powstał projekt w sprawie założeń do ustawy o opiece zdrowotnej i zawodach medycznych z wnioskiem poselskim o uchwalenie ustawy o samorządzie lekarskim.

2 listopada 1988 roku Jerzy Woy-Wojciechowski wydał komunikat o rozpoczęciu działalności punktu konsultacyjnego, który zajął się przyjmowaniem propozycji zmian i uwag do poselskiego projektu ustawy o izbach lekarskich. W połowie czerwca 1988 roku doszło do inicjatywy Klubu SD, który zebrał 100 podpisów i złożył projekt do łaski marszałkowskiej. Konsultowały go Komisja Polityki Społecznej, Zdrowia i Kultury Fizycznej, Spraw Samorządowych, Spraw Ustawodawczych oraz Rada Społeczno-Gospodarcza. Pierwsze czytanie odbyło się 27 września 1988 roku.

Między lutym a kwietniem 1989 roku w Komisji Zdrowia Okręgu Stołu zasiadli wiceprezisi PTL: Jacek Żochowski i Adam Czarnecki, którzy podnosili problem reaktywacji izb. Ale ustawa była już przygotowywana w Sejmie. O mały włos Zofia Kuratowska podczas negocjacji nie spowodowałaby blokady głosowania przez Sejm, proponując dodatkowe konsultacje społeczne, które z racji skrócenia IX kadencji, nie mogły zakończyć się przed posiedzeniem 17 maja 1989 roku. Ustawę blokowało Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych. 26 kwietnia 1989 roku Komisja zatwierdziła projekt dokumentu i wybrała Janusza Szymborskiego na posła sprawozdawcę. W trzy tygodnie później, na ostatnim posiedzeniu Sejmu odbyło się trzecie czytanie i głosowanie. Przy nieobecności Klubu Zjednoczonego Stronnictwa Ludowego ustawę przyjęto jednogłośnie.

Uchwałą Rady Państwa z 19 czerwca 1989 roku powołano *Komitet organizacyjny izb lekarskich*. Wśród 177 jego członków, 73 pochodziło z PTL. Przewodniczącym został Jacek Żochowski a sekretarzem Tadeusz Chruściel. Założenia organizacyjne przewidywały powołanie *dużych i resortowych* okręgów powiązanych z akademiami medycznymi. Płockie przydzielono najpierw do Warszawy, później do Łodzi, aż wreszcie - wraz z Włocławkiem, Piłą i Toruniem - do Bydgoszczy. Głównym organizatorem samorządu lekarskiego na terenie województwa płockiego został z upoważnienia prezydium Komitetu Organizacyjnego, prezes Płockiego Towarzystwa Lekarskiego, dr hab. n. med. Tadeusz Garlej, który wraz z zarządem powołał na stanowisko pełnomocnika do spraw organizacji izby lekarskiej: Elżbietę Matlachowską-Ciska oraz pomagających jej Jadwigę Mościcką, Roberta Gryczona i Krzysztofa Gogolewskiego.

49-osobowa delegacja lekarzy województwa płockiego wybrana w powszechnym i tajnym głosowaniu w nowoutworzonych rejonach wyborczych, wyjechała w listopadzie 1989 roku do Bydgoszczy, by powołać *dużą izbę*. Zjazd odwrócił jednak bieg zdarzeń. Z inicjatywy Włocławka, przy gremialnym poparciu Torunia, Płocka i Piły uchwalono rezolucję o tworzeniu mniejszych, samodzielnych izb.

Zwolennikami tej idei byli: Zbigniew Jędrzejewski, Marek Osiecki, Władysław Steckiewicz, Waldemar Kujawa (Płock), Józef Iskra, Wiesław Grudziński (Kutno) i Ireneusz Przywitowski (Sierpc). Za ich sprawą odbyło się referendum, w którym 67% środowiska lekarskiego województwa opowiedziało się za okręgiem w Płocku.

2 grudnia 1989 roku odbył się Nadzwyczajny Zjazd Lekarzy w Bydgoszczy, który wybrał delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy i wniósł o wydzielenie ze swoich struktur izb w Toruniu, Płocku i Bydgoszczy.

Odrodzony samorząd lekarski

W dniach 10-12 grudnia 1989 roku odbył się I Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie, wybierając Naczelną Radę Lekarską, której Prezesem został prof. Tadeusz Chruściel. Rada na inauguracyjnym posiedzeniu 18 grudnia 1989 roku, podjęła uchwałę powołującą Okręgową Izbę Lekarską w Płocku.

Co należało do zadań izby? Przede wszystkim miała przejąć obowiązki rejestracji praw wykonywania zawodu lekarzy i lekarzy stomatologów od urzędu wojewódzkiego (administracji państwowej). Następnie trzeba było stworzyć mechanizmy kontrolne umożliwiające badanie błędów w sztuce lekarskiej przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, który miał prawo kierować sprawą do Sądu Lekarskiego i prokuratury. Izba z założenia miała stanąć na straży prestiżu zawodu i etyki lekarskiej. Aby to wykonać należało powołać władze terenowe samorządu. Organizację izby płockiej powierzono Markowi Osieckiemu.

6 stycznia 1990 roku I Zjazd Delegatów Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku, odbywający się w salach Towarzystwa Naukowego Płockiego, wybrał Zbigniewa Jędrzejewskiego, na pierwszego przewodniczącego samorządu lekarzy płockich. Dziesięć dni później ukonstytuowała się dwunastoosobowa Okręgowa Rada Lekarska. Na zastępców powołano Krystynę Badowską i Józefa Iskrę a sekretarzem została Hanna Hejke-Mojzesowicz.



I Okręgowy Zjazd Lekarzy w Płocku, 6 stycznia 1990 r.

Pierwsza kadencja upłynęła w bardzo burzliwej atmosferze przemian w Polsce. Medycy domagali się zmian w funkcjonowaniu służby zdrowia, proponowali reformy, do których podjęcia brakowało dobrej woli polityków. Niestety, ciężka choroba zmusiła doktora Zbigniewa Jędrzejewskiego do rezygnacji z funkcji w czerwcu 1990 roku, a jego miejsce zajęła Krystyna Badowska. Zastępcą został Waldemar Kujawa.

We wrześniu ukazują się pierwsze numery ogólnopolskiej *Gazety Lekarskiej* i początkowo odbijanego na powielaczu *Biuletynu OIL* w Płocku pod redakcją Barbary Sosnowskiej. Rozpoczyna się debata na temat projektu *ustawy o ochronie życia poczętego*. Na czele nadzwyczajnej komisji Sejmu staje Anna Knysok, a w czerwcu 1991 roku Płock odwiedza ojciec święty Jan Paweł II, który w homilii podejmuje kwestie życia od naturalnego poczęcia do naturalnej śmierci.

7 grudnia 1991 roku izba oddała do użytku lekarzy siedzibę przy Kościuszki 8. Otrzymany od władz miasta 144 metrowy lokal, zdewastowany i niefunkcjonalny, przekształcono (dzięki firmie LaborBud) w przytulne miejsce pracy biura, z możliwością odbywania

konferencji, narad, dyskusji oraz szkoleń. W ciągu pierwszej kadencji wyposażono siedzibę we wszystkie niezbędne do jej funkcjonowania urządzenia. Legendarne stały się jednak dwa krzesła, jedno dla lekarza, a drugie dla lekarza dentystry, przyniesione z domu przez Hannę Hejke-Mojzesowicz. Krzesła są wykorzystywane obecnie w symbolach izby płockiej.



Siedziba Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku przy ul. Kościuszki 8

Także w grudniu 1991 roku odbywa się burzliwy Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy w Bielsku-Białej, który przyjmuje *Kodeks Etyki Lekarskiej* zawierający zapis o zakazie aborcji.

9 lutego 1992 roku umiera Zbigniew Jędrzejewski.

V Zjazd Delegatów OIL proponuje powołanie Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej OIL. Przygotowanie regulaminu powierza Lucynie Malińskiej. Zaproponowano ponadto założenie Biblioteki Książek i Czasopism Lekarskich. Zjazd postuluje zwołanie III Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w związku z niezadowoleniem środowiska z zapisów *Kodeksu Etyki Lekarskiej*. Kolejny Zjazd wiosną 1993 roku zobowiązuje radę do wykupienia lokalu OIL przy ulicy Kościuszki 8 na własność.

Po październikowych wyborach delegatów VII Zjazd OIL II kadencji a I sprawozdawczo-wyborczy, przewodnictwo samorządu powierza Sabinie Kańtoch. Nowa Rada realizuje uchwałę i kupuje lokal izby oraz przez kolejne cztery lata organizuje w ścisłej współpracy z Płockim Towarzystwem Lekarskim sympozja szkoleniowo-naukowe lekarzy województwa płockiego w MiałkóWKu. Było to forum nie tylko naukowe, lecz także integracyjne, dające możliwości wymiany poglądów z koleżankami i kolegami ze wszystkich zakątków ziemi płockiej. Zaslugę organizacyjną trzeba tu oddać Grażynie Lesyng – Pawłowskiej i Witoldowi Malinowskiemu. Przewodnictwo Komitetu Naukowego pełnił niezmiennie Marek Świtalski – prezes PTL.



Sympozjum szkoleniowo-naukowe w MiałkóWKu

III Krajowy Zjazd Lekarzy nowelizuje *Kodeks Etyki Lekarskiej* i wybiera na nowego prezesa Krzysztofa Madeja. Kadencja 1993-1997 to ogłoszenie Protestu lekarzy. Izba oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, z przewodniczącym plockiego oddziału terenowego Władysławem Steckiewiczem, w październiku 1996 wezwały do bojkotu druków L4. Później nastąpiły wielkie manifestacje w Warszawie i protesty różnych specjalności lekarskich oraz strajk absencyjny plockich przychodni. Wszystko po to, by rządzący dostrzegli katastrofalny stan polskiej służby zdrowia i pauperyzację środowiska lekarskiego.

Od 1994 roku zmienia się formuła plockiego *Biuletynu*. Najpierw za sprawą Roberta Gryczona, a później dzięki redakcji dodatku grupy młodych lekarzy *Szczere Połączenie*. Pismo niestety aż trzy razy zawiesza swoją działalność. Raz w czerwcu 1998 roku, by powrócić w odmienionej kolorowej szacie, drugi raz w styczniu 1999 (na osiem miesięcy) i trzeci w styczniu 2000 (na prawie dwa lata).

15 listopada 1997 Sabina Kańtoch wołą XIII Zjazdu Delegatów ponownie objęła przewodnictwo izby. Zarysował się wówczas pierwszy poważny konflikt wewnątrz plockiego samorządu. Zjazd opuściła 15-osobowa grupa reprezentująca ZOZ Płock oraz przemysłówkę, protestując przeciw nierównowadze reprezentacji rejonów wyborczych w nowej Radzie Lekarskiej.

Wyzwaniem III kadencji stało się wdrożenie nowych przepisów *Ustawy o zawodzie lekarza*, a co za tym idzie drobiazgowo sprawdzenie gabinetów prywatnych, tak by mogły uzyskać akceptację do dalszego, prawidłowego funkcjonowania. Kiedy ruszyła jedna z czterech tzw. wielkich reform - reforma zdrowia, niestety tak jak i w przeszłości głos samorządu lekarskiego nie znalazł posłuchu władz. Tymczasem Naczelna Izba Lekarska porządkowała sprawy organizacyjne, wprowadzając jednolity w całym kraju system rejestracji praw wykonywania zawodu. Przoduje w tym mała, ale bardzo sprawna izba w Płocku.

1 stycznia 1999 roku wchodzi w życie *ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, której w dużej mierze sprzeciwia się

środowisko lekarskie. Powołano branżową i 16 regionalnych kas chorych. Jednocześnie rozpoczęła się reforma administracyjna kraju, stając się zagrożeniem likwidacji samorządu lekarskiego w Płocku. Dwa z pięciu głównych ośrodków naszej izby znalazły się w województwie łódzkim, a pozostałe w mazowieckim. W czerwcu 1999 Naczelna Rada Lekarska uchwałą 66/99/III rozwiązuje Okręgową Izbę Lekarską w Płocku od 1 października. Ostry list protestacyjny Sabiny Kańtoch do 75-osobowej NRL oraz burzliwa dyskusja podczas obrad Naczelnej Rady Lekarskiej w Warszawie doprowadza, 17 września 1999 roku, do uchylenia kontrowersyjnej uchwały i pozostawia Okręgową Izbę Lekarską w Płocku na dotychczasowym terytorium.

15 maja 1999 Trybunał Konstytucyjny uznaje rozporządzenie o dyżurach lekarskich z 1974 roku za niezgodne z Konstytucją RP, a co za tym idzie Sejm zmienia ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, na nowo definiując dyżur medyczny i zasady jego odbywania. Sprawa dyżurów wraca wielokrotnie w uchwałach, petycjach, stanowiskach samorządu lekarskiego w całym kraju. W Płocku, 15 marca 2000 roku rozpoczyna się za namową OZLL i przy aktywnej współpracy redakcji *Biuletynu*, masowe składanie pozwów do sądów pracy o rekompensatę za pracę w godzinach nadliczbowych za okres ostatnich trzech lat. Większość procesów kończy się wygraną lekarzy.

23 marca 2000 roku na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach wydawania zezwoleń do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich oraz ustalenia danych objętych wpisem i sposobu prowadzenia rejestrów, okręgowe izby lekarskie mają nowe zadanie do wypełnienia. Rozpoczyna się planowa rejestracja praktyk lekarskich, a wpis poprzedzony jest odwiedzinami tzw. *trójek wizytujących*.

Nadzwyczajny V Krajowy Zjazd Lekarzy odbywający się w Mikołajkach zajmuje się oceną i krytyką reformy ochrony zdrowia.

Od 15 października 2000 roku trwa protest pielęgniarek pod ministerstwem zdrowia, czego konsekwencją będzie uchwalenie

w grudniu ustawy „203” o podwyżkach dla służby zdrowia, która przez wiele lat z powodu błędów nie może zostać wprowadzona w życie.

W październiku 2001 roku odbywają się czwarte z kolei wybory delegatów na Zjazd Okręgowy Lekarzy w Płocku wg nowego podziału rejonów wyborczych (m.in. samodzielnie wybierali się stomatolodzy). Kłopoty wyborcze napotkano w Łęczycy, gdzie znaczna część lekarzy z powodów praktycznych postulowała odłączenie rejonu łęczyckiego do izby łódzkiej. W wyniku bojkotu delegatów w tym rejonie nie wybrano.

Listopadowy IV Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy (2001) powołał na przewodniczącego dwudziestojednosobowej Rady Pawła Sobieskiego. Reprezentanci środowiska lekarskiego zobowiązali ORL i delegatów na VI Krajowy Zjazd Lekarzy do zabiegania nie tylko o utrzymanie izby w Płocku, ale powiększenia jej zasięgu o nowe rejony, zwłaszcza Ciechanów, Mławę, Żuromin i Sochaczew. Próby powołania samorządu Północnego Mazowsza nigdy się nie powiodły. KZL wybrał na stanowisko prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Konstantego Radziwiłła.

23 stycznia 2002 roku wybucha afera Łowców skór, która będzie miała wpływ na zmianę wizerunku środowiska lekarskiego w Polsce.

W styczniu z inicjatywy Agnieszki Lemiec odbywa się I Kotylionowa Choinka Lekarska, która powtarzana będzie w różnych formułach: kinowej, teatralnej, harcerskiej, łyżwiarskiej, sportowej przez kolejne dwie dekady. 21 listopada komisja informacyjno-historyczna we współpracy z Katolickim Stowarzyszeniem Lekarzy Polskich organizuje *Wypominki Lekarskie* i *Artystyczne Zaduszki Lekarskie*, które wchodzi na stałe do kalendarza działań izby.

Podczas XX Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Dębowej Górze, którego gośćmi są przedstawiciele Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Andrzej Włodarczyk i Andrzej Sawoni, Komisja Rewizyjna wnosi o pilne powołanie biegłego rewidenta do zbadania ksiąg finansowych izby. Zjazd broni lekarzy z Czerwińska i Iłowa przed próbą anektowania ich przez warszawską OIL.

W dniach 9-11 maja 2003 roku odbywa się w Dębowej Górze pod Płockiem pierwszy Konwent przewodniczących okręgowych rad lekarskich, rzeczników odpowiedzialności zawodowej i przewodniczących sądów lekarskich z udziałem prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z Konstantym Radziwiłłem na czele. Uczestnicy spotkania przygotowywali się do Nadzwyczajnego VII Krajowego Zjazdu Lekarzy w Toruniu, na którym uchwalono we wrześniu, nowy *Kodeks Etyki Lekarskiej*. Konwent zakończył się koncertem w wykonaniu chóru chłopięcego Pueri Cantores Plocenses pod dyrekcją Anny Bramskiej w płockiej Bazylice Katedralnej.



Konwent prezesów rad lekarskich, rzeczników odpowiedzialności zawodowej i przewodniczących sądów, 2003

W czerwcu 2003 izba gościła po raz drugi, po dziesięcioletniej przerwie, uczestników sympozjum literackiego Unii Polskich Pisarzy Lekarzy.

W grudniu 2003 roku dochodzi do największego spotkania świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej, które ma

wyłonić wspólną reprezentację do negocjacji stawki z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zebranie zostaje przerwane, a w wyniku zmasowanego ataku urzędników NFZ wymuszających podpisywanie protokołów rozbieżności, następnego dnia nie dochodzi do podpisania *porozumienia barbórkowego*, na skutek zerwania rozmów przez dwa największe zakłady opieki zdrowotnej. Komisja podstawowej opieki zdrowotnej, będąca organizatorem spotkania doprowadza w marcu 2004 roku do bezprecedensowego podpisania przez 48 świadczeniodawców *umowy o wzajemnej wymianie usług medycznych* i postanawia zostawić szczepienia dzieci i młodzieży w szkołach, obawiając się kolejnego zamieszania w związku z przekazywaniem dokumentacji medycznej. Przewodniczącym komisji był wówczas Tadeusz Kozubski, a *Parytet szkolny* opracował Jarosław Wanecki.

Narodził się nowy problem. W związku z dyrektywami Unii Europejskiej, izba stała się samorządem dwóch zawodów: lekarskiego i dentystycznego. U części działaczy pojawiły się wówczas separatystyczne dążenia do autonomii stomatologów.

Po przerwie w 2004 roku odbywa się konferencja naukowa izby płockiej, organizowana przy współpracy Płockiego Towarzystwa Lekarskiego, w trzech sesjach tematycznych: zachowawczej, zabiegowej i stomatologicznej, której zakończeniem był Piknik Rodzinny „Lekarze na Patelni” w Dębowej Górze.

W roku 2004 zaczyna się poważny problem z lekarzami wyjeżdżającymi za granicę w poszukiwaniu pracy. W całej Polsce izby masowo wydają zaświadczenia pozwalające na podjęcie pracy w krajach Unii Europejskiej. Rozpoczyna się także poważna debata na temat korupcji w środowisku lekarskim, w której aktywny udział wziął także przewodniczący płockiej izby Paweł Sobieski.

Rozporządzenie ministra zdrowia wprowadza obowiązkowe szkolenie podyplomowe lekarzy, nazywane w skrócie *punktami edukacyjnymi* w związku, z czym powołana zostaje płocka komisja ds. kształcenia podyplomowego, która zajmuje się interpretacją przepisów, opiniowaniem wniosków podmiotów szkolących, sprawdzaniem liczby zebranych punktów i zaliczaniem kształcenia

ustawicznego w danych okresach rozliczeniowych.

7 stycznia 2005 roku w Krakowie odbywają się uroczystości związane z 15-leciem odrodzonego samorządu lekarskiego w Polsce, podczas których Witold Malinowski, sędzia Naczelnego Sadu Lekarskiego I kadencji zostaje odznaczony przez Prezydenta RP Aleksandra Kwaśniewskiego Złotym Krzyżem Zasługi. W związku z jubileuszem Okręgowa Rada Lekarska podejmuje decyzję o wybiciu Złotego Medalu Honorowego, który będzie wręczany lekarzom i lekarzom denty stom po 50-ciu latach pracy w zawodzie. Rewers medalu to godło izby a awers jest wizerunek Zbigniewa Jędrzejewskiego. Przyznanie pierwszych odznaczeń odbyło się w obecności Prezesa Konstantego Radziwiłła, 2 kwietnia 2005 roku podczas uroczystego koncertu „Schola Medicorum”.



Pierwszy Złoty Medal Honorowy OIL w Płocku odbiera Bożenna Jędrzejewska

W maju 2005 roku przy współpracy organizacyjnej izby płockiej, odbył się XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej,

na który do Teatru Dramatycznego im. Jerzego Szaniawskiego przybyło ponad sześćuset lekarzy i pielęgniarek.

Od kwietnia do czerwca 2005 roku odbyły się kolejne wybory V kadencji, w wyniku których dokonano wyboru 65 delegatów na XXIII Okręgowy Zjazd Lekarzy. 1 października ponownie wybrano Pawła Sobieskiego na stanowisko przewodniczącego izby. 21-osobowa Rada stanęła wobec narastającego konfliktu lekarzy z pracodawcami. Rozstrzygający staje się rok 2006, kiedy VIII Krajowy Zjazd Lekarzy zobowiązuje NRL do przeprowadzenia *Ogólnopolskiej Akcji Protestacyjnej*. Mimo rządowego *Paktu Stabilizacyjnego*, sprawy służby zdrowia nie zajmują polityków. 22 lutego powstaje Krajowy Komitet Porozumiewawczy na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia. W lutym i marcu OZLL nasila akcję *urlop na żądanie*. 3-4 marca konwent przewodniczących rad lekarskich podejmuje decyzję o krocącym proteście. *Gazeta Wyborcza* pisze o plockim pomysle masowych zwolnień z pracy składanych do izb lekarskich. XXIV Okręgowy Zjazd Lekarzy w Płocku w porozumieniu ze zjazdem plockiej izby pielęgniarek i położnych apeluje do środowisk medycznych o przystąpienie do protestu w dniu 7 kwietnia. Okręgowa Izba Lekarska w Płocku organizuje rotacyjny protest lecznictwa otwartego. Najbardziej zaangażowani w akcję są jednak lekarze Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego. W całej Polsce zaczynają się strajki w jednostkach publicznych. 10 maja odbywa się manifestacja lekarzy w Warszawie. Od 24 maja strajkuje Szpital dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Gostyninie – Zalesiu. Następuje eskalacja nastrojów. Lekarze Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Płocku składają wypowiedzenia z pracy. Odchodzi 130 lekarzy jednocześnie. W tej sprawie zabiera głos Okręgowa Izba Lekarska popierając żądania swoich członków. Po rozłożeniu namiotowego pielęgniarek przed Kancelarią Prezesa Rady Ministrów, rozpoczynają się rozmowy, a minister Zbigniew Religa, zobowiązuje się do 30% podwyżek płac od 1 października. Deklaracja nie zadawała całego personelu medycznego, ale sytuacja powoli stabilizuje się.



Manifestacja pod Sejmem RP.

We wrześniu 2006 roku *Polski Klub Proktologiczny* organizuje w Płocku przy udziale samorządu lekarskiego VI Sympozjum, na które przybywa ponad czterystu chirurgów i pielęgniarek. Spotkaniu towarzyszą dwa wielkie koncerty: Płockiej Orkiestry Symfonicznej pod dyrekcją Macieja Niesiołowskiego i Pueri Cantores Plocenses Anny i Wiktora Bramskich.



Sympozjum Polskiego Klubu Proktologicznego, 2006

14 września odbywa się w Książnicy Płockiej promocja pierwszej książki wydanej nakładem izby. Publikacja *Szpital na Winiarach – prosto i wspan* Grażyny Przybylskiej-Wendt, było sfinansowane przez Wojewódzki Szpital Zespolony z okazji jubileuszu 35-lecia.

Nadzwyczajny IX Krajowy Zjazd Lekarzy zaplanowany został w połowie V kadencji w celu sprawdzenia realizacji nałożonych na NRL zobowiązań. Dodatkowo nastąpiła zmiana rządu i ministrem zdrowia została Ewa Kopacz, zapowiadająca wiele reform w tym przekształcenie zadłużonych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego. Wystąpienie nie podobało się zgromadzonym w Warszawie delegatom.

15 marca 2007 roku izba uruchamia System Powiadamiania OIL (SPOILER), pozwalający na przesyłanie krótkich wiadomości tekstowych na telefony komórkowe z informacją o szkoleniach, konferencjach, zebraniach i wyborach. System sprawdza się do dziś.

We wrześniu Polskie Towarzystwo Gemeliologiczne z profesorem Witoldem Malinowskim organizuje w salach wyremontowanego teatru płockiego IX Ogólnopolską Konferencję Naukową *Bliźnięta w różnych okresach życia: aspekty medyczne, biologiczne, psychologiczne i społeczne* pod honorowym patronatem marszałka województwa mazowieckiego, znanego polityka i lekarza izby płockiej Adama Struzika.

Jedną z najbardziej aktywnych komisji działających przy OIL w Płocku jest Komisja ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów, założona w drugiej kadencji przez Barbarę Kacer. Seniorzy spotykają się regularnie, szkolą się przy współpracy Uniwersytetu Trzeciego Wieku, odbywają kursy m.in. z informatyki i języka angielskiego, organizują spotkania z podopiecznymi domów dziecka i rodzin zastępczych, poznają okolice podczas krajoznawczych wycieczek, dbają o siebie wzajemnie w czasie choroby.

15 grudnia 2006 roku przy Naczelnej Radzie Lekarskiej powołano zespół ds. opracowania projektu zmian *Ustawy o izbach lekarskich* pod przewodnictwem Romualda Krajewskiego. 4 grudnia 2008 roku odbyła się konferencja w sprawie nowelizacji, podczas której

Andrzej Włodarczyk zgłasza podział izb zgodny z podziałem na województwa, a więc likwidację 8 okręgów. Konstanty Radziwiłł przypomniał opinię Konwentu Przewodniczących ORL przeciwko narzucaniu samorządowi struktury geograficznej niezgodnej z wolą środowiska. Zmiana mimo to została przyjęta. W tym samym dniu próbę mediacji w sprawie *małych izb* podjął Jarosław Wanecki w rozmowie z minister Ewą Kopacz w salach Zamku Królewskiego w Warszawie. 8 grudnia Prezydium ORL w Płocku podejmuje uchwałę o nadzwyczajnej poprawce w regulaminie wyborów *nie dopuszczającej do mnożenia kadencji poprzez rotacje terytorialne*. 12 grudnia Naczelna Rada Lekarska na wniosek Pawła Sobieskiego poprawkę przyjmuje. W *Gazecie Lekarskiej* ukazuje się artykuł Jarosława Waneckiego broniący struktury terytorialnej samorządu lekarskiego pt. *Obrona Częstochowy*.

20 marca 2009 roku przedstawiciele izby płockiej spotkali się z wicepremierem Waldemarem Pawlakiem i marszałkiem województwa mazowieckiego Adamem Struzikiem. Rozmowa miała przełomowy wpływ na rozwój sytuacji. 15 maja *kierownictwo Ministerstwa Zdrowia podjęło decyzję o dokonaniu zmiany brzmienia projektu ustawy zmierzającej do przyznania organom samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków kompetencji do określania liczby oraz zasięgu terytorialnego poszczególnych izb lekarskich*. Ustawa przeszła pełną ścieżkę legislacyjną. Została podpisana przez Prezydenta Lecha Kaczyńskiego 6 grudnia 2009 roku i weszła w życie z dniem 1 stycznia 2010 roku.

24 października 2009 roku, obradujący w Muzeum Diecezjalnym, 28. Okręgowy Zjazd Lekarzy w Płocku wybiera Jarosława Waneckiego na przewodniczącego VI kadencji, który po 12 latach przestaje prowadzić Biuletyn, a funkcję redaktor naczelnej obejmuje Joanna Sokołowska.



28 Okręgowy Zjazd Lekarzy w czasie vacatio legis nowej ustawy
o izbach lekarskich

Rok 2010 rozpoczyna się od Jubileuszowej Gali 20-lecia plockiej izby w z udziałem Konstantego Radziwiłła. Uroczystość uświetnia koncert Mariana Opani, rozpoczynając nową działalność Klubu Lekarza, który przez trzy kolejne kadencje zaproponował pod przewodnictwem Joanny Maślankowskiej, dziesiątki atrakcji kulturalno-artystycznych dla lekarzy i ich rodzin. Gośćmi izby byli m.in.: Jan Jakub Należyty, Michał Bajor (z okazji 140-lecia PTL), Leszek Długosz, Maria Meyer, Magdalena Kumorek, Jerzy Bralczyk, Anna Sokołowska, Magdalena Piotrowska, Przemysław Branny, Dariusz Kordek, Paweł Wójcik, Włodzimierz Korcz, Alicja Majewska, Andrzej Sikorowski i Grzegorz Turnau. Klub koordynował imprezy sportowe, w tym Mistrzostwa Polski Lekarzy w Triathlonie MTP, organizował turnieje szachowe i kilkanaście imprez rodzinnych z myślą o dzieciach lekarskich. Wymienienie wszystkich aktywności kulturalnych izby z tego okresu, przekracza możliwości wydawnictwa.

29 stycznia 2010 roku w trzeciej turze głosowań Maciej Hamankiewicz zostaje prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, której

członkiem zostaje także Paweł Sobieski. Kilkanaście dni później umiera Tadeusz Chruściel, pierwszy Prezes NRL w latach 1989-1993.

Największym wyzwaniem kadencji staje się jednak wielki remont izby. Przez cztery wiosenno-letnie miesiące, zmieniono lokal przy Kościuszki 8, nie do poznania. Najważniejszą inwestycją było doprowadzenie do budynku centralnego ogrzewania z sieci miejskiej, co pozwoliło na pozbycie się pieców elektrycznych i znaczące oszczędności finansowe.

Od 2010 roku rozpoczynają się również nowe aktywności Prezesa Jarosława Waneckiego, który zostaje najpierw przewodniczącym kolegium redakcyjnego *Gazety Lekarskiej*, a następnie szefem Komisji Kultury NRL. Tymczasem w Naczelnym Sądzie Lekarskim pracuje Grażyna Lesyng-Pawłowska, wśród zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Zofia Waryszewska-Chrzastek, a w Naczelnej Komisji Rewizyjnej Małgorzata Sobieraj. Jest to bezprecedensowa sytuacja, powtórzona w następnych kadencjach z udziałem Ryszarda Mońdziela (NRL) i Pawła Sobieskiego (NKR), w której izba płocka ma swoich reprezentantów we wszystkich organach Naczelnej Izby Lekarskiej. Dodatkowo Jarosław Wanecki pracuje w prezydium Krajowej Komisji Wyborczej. Od 2022 roku zastąpi go Joanna Maślankowska, która jest obecnie wiceprzewodniczącą KKW.

Po zakończeniu remontu odbywa się w Płocku i Dębowej Górze, 54. Międzynarodowy Kongres Pisarzy Lekarzy. Z okazji Roku Chopinowskiego towarzyszy mu koncert fortepianowy Joanny Ławrynowicz w Muzeum Mazowieckim. Kilka tygodni później w Sali kolumnowej przy Kościuszki 8, *Gazeta Lekarska* pod przewodnictwem Ryszarda Golańskiego wraz z redaktorami biuletynów okręgowych izb lekarskich, organizuje kolegium, które przyjmuje zmiany wizerunkowe największego polskiego wydawnictwa branżowego.

W latach 2010-2013 okręgowe zjazdy lekarskie odbywały się w miastach byłego województwa płockiego: Kutnie, Gostyninie, Łęczycy i Sierpcu. VI kadencja to stałe spotkania ze stażystami, przyznanie nagród im. Tadeusza Garleja i Dymitra Kolimeczkowa,

za najlepiej zdany LEK i LDEK. W ciągu wszystkich edycji zwycięzczyniami były wyłącznie lekarki! W październiku odsłonięto w kościele św. Wojciech w Płocku, jedyny w Polsce witraż ze Świętym Łukaszem i medalionem Świętej Apolonii jednocześnie, patronami zawodów lekarskich. W grudniu minister zdrowia zapoznała się z płockim projektem edukacyjnym o systemie ochrony zdrowia dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

11 czerwca 2010 roku wchodzi w życie rozporządzenie MZ w sprawie obowiązkowego OC lekarzy, stając się nowym zadaniem izby, polegającym na zbieraniu oświadczeń o ubezpieczeniu. Obecnie, po wielu interwencjach, zapis nie obowiązuje.

15 kwietnia 2011 roku Sejm przyjmuje ustawę o działalności leczniczej, zmieniając nazewnictwo dotychczasowych zakładów opieki zdrowotnej na przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego oraz wprowadzając nowe zasady rejestracji praktyk prywatnych. Izba w związku z nowymi regulacjami przeprowadzi kilka wielkich szkoleń w salach kinowych na swoim terenie. Jednocześnie rozpoczyna się projekt integracji sąsiedzkiej. W ciągu kilku lat doszło do organizacji wspólnych posiedzeń izby płockiej z izbami w Warszawie, Toruniu i Łodzi. Jednym z elementów integracji była organizacja Gali 90-lecia izby warszawsko-białostockiej. Lekarze Seniorzy uczestniczyli w wymianach miast partnerskich. Całość relacjonowała na bieżąco *Gazeta Lekarska*. Od jesieni, przy zaangażowaniu izby, rozszerzono zakres płockich programów profilaktycznych m.in. o szczepienia przeciw pneumokokom i HPV dla dziewcząt.

8 października 2011 roku Naczelna Rada Lekarska w Wałbrzychu omawia sprawy czasu pracy lekarzy, a w listopadzie odbywa się w Płocku burzliwa konferencja radców prawnych izb lekarskich w Polsce. Rozpoczyna się gorący okres zmian. 16 grudnia Naczelna Rada Lekarska podejmuje decyzje o zawieszeniu protestu w sprawie recept refundowanych do lutego 2012 roku, co staje się powodem zaostrzenia sytuacji w kraju i masowego protestu lekarzy. Jarosław Wanecki zostaje powołany w skład zespołu do spraw współpracy z Ministerstwem Zdrowia w sprawie zmian legislacyjnych w ustawie

refundacyjnej. Ogłoszono wówczas pierwszy *protest pieczętkowy*, który zakończył styczniowe obrady nadzwyczajnej Naczelnej Rady Lekarskiej w Łodzi. Kolejne akcje łagodzą zapisy ustawy, ale istoty zmian nie poprawiają. Zaostrenie stanowiska NRL z Lidzbanka Warmińskiego, nie przynosi efektów, mimo wprowadzenia tzw. recept zastępczych. W kwietniu obraduje w Płocku Krajowa Komisja Wyborcza, a w listopadzie ogłoszono, że płockcy stażyści najlepiej zdali Lekarski Egzamin Państwowy.

Tymczasem Komisja Kształcenia rozpoczyna wieloletni cykl kursów pierwszej pomocy medycznej w porozumieniu z Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku. Do roku 2018 komisja zorganizuje jeszcze wielkie konferencje w Leonowie k/Słubic (*Integracja poprzez naukę i Budujemy Dobre Relacje*), współorganizowane z PTL *Płockie Dni Nefrologiczne*, *Wieczory Kardiologiczne* oraz w sierpeckim Skansenie (*Natręctwa codzienności*) z udziałem sław polskiej medycyny. Gośćmi izby byli m.in. Zbigniew Lew Starowicz, Teresa Jackowska, Małgorzata Janas-Kozik, Bogusław Habrat, Dariusz Wasilewski, Marcin Wojnar, Adam Wichniarek i Radosław Magierski. Gwiazdami spotkań był zespół *Nocna zmiana Bluesa*, Marcin Kydryński i Artur Andrus.



Natręctwa codzienności - konferencji w Sierpcu z udziałem 300 lekarzy i lekarzy dentystów

6 Czerwca 2013 roku zakończyły się pierwsze wybory korespondencyjne, a zarazem jednodniowe wybory osobiste w izbie płockiej. Uzyskano frekwencję 53%. Rekord, który nie został nigdy pobity w innej izbie. Obsadzono 95% mandatów VII kadencji.

W październiku obradowali w Płocku członkowie Naczelnego Sądu Lekarskiego, a grudniowy 33. Okręgowy Zjazd Lekarzy w Ratuszu Płockim wybiera prezesa Jarosława Waneckiego na kolejną kadencję. W wyniku złych warunków atmosferycznych zgłoszenia kandydatów odbywają się drogą faksowo-mailową. Kilka dni wcześniej odbywa się premiera audiobooka z opowiadaniem „Manza” Mieczysława Themersona w wykonaniu płockich lekarzy.

21 marca 2014 roku Maciej Hamankiewicz zostaje ponownie Prezesem NRL. We wrześniu Naczelna Rada Lekarska, mimo protestów wielu środowisk, podnosi składkę członkowską do 60 złotych. 6 grudnia w Teatrze Narodowym w Warszawie odbywa się Srebrna Gala Samorządu Lekarskiego w Polsce. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego i realizatorem koncertu jest Jarosław Wanecki. W Płocku tymczasem zakończono remont dokupionego na początku VII kadencji, pierwszego piętra w siedzibie izby przy Kościuszki 8. Obrady organów odbywają się odtąd w Sali Rady, a Sala Kolumnowa staje się siedzibą kawiarenki *Caffelek*.



Sala Rady w nowej części izby

W listopadzie 2015 roku po raz drugi przyjechali do Płocka prezesi okręgowych rad lekarskich. Tym razem spotkali się z Komisją Kultury NIL, omawiając zadania stojące przed samorządem lekarskim w zakresie integracji środowiskowej. Spotkaniu towarzyszył współorganizowany z Płockim Towarzystwem Przyjaciół Teatru, spektakl *Cud mniemany, czyli Krakowiacy i Górale* Wojciecha Bogusławskiego, w wykonaniu zespołu Mazowsze. Wcześniej, latem gościliśmy studentów, należących do Europejskiej Orkiestry i Chóru Studentów Medycyny. Koncert w Płockiej Katedrze przyciągnął tłumy melomanów.



Płocki Projekt Onkologiczny

W roku 2016 rozpoczęła się elektronizacja zwolnień lekarskich. W tym celu izba przygotowała wraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, szereg szkoleń w siedzibie ZUS, zaopatrując lekarzy w podpisy elektroniczne. Tymczasem Konwent Prezesów powraca do sprawy autonomii lekarzy dentystów oraz omawia z ministrem Konstantym Radziwiłłem zwiększenie przekazywania środków za

zadania zlecone przez państwo. 1 kwietnia wchodzi w życie ustawa o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci – Rodzina 500 plus. Czerwcowy IX Kongres Polonii Medycznej w Warszawie inauguruje koncert chórów lekarskich w Teatrze Narodowym w reżyserii Jarosława Waneckiego. Kilka dni później odbywa się pierwsza manifestacja Rezydentów pod Ministerstwem Zdrowia.

W grudniu Okręgowa Rada Lekarska wystosowuje zaproszenie do Płockiego Projektu Onkologicznego (oficjalnie powołanego 18 stycznia 2017 roku) – największej, jak dotychczas akcji społecznej samorządu płockiego. Wiele wniosków, które zostały opracowane podczas kilkunastu spotkań w kolejnych latach, jest mimo braku szyldu PPOngo, realizowanych, zgodnie z postulatami i ustaleniami zawartymi przy symbolizującym akcję białym parasolu.

1 października 2016 roku wchodzi w życie ustawa o sieci szpitali, dzień później rozpoczyna się Protest Rezydentów. 17 października zorganizowano *Dzień Solidarności z protestującymi lekarzami*, a już 24 rozpoczyna się Protest Głodowy w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku, któremu towarzyszą także manifestacje poparcia lekarzy specjalistów. Po zawieszeniu protestu i wstępnym podpisaniu porozumień w Warszawie, ruszają wybory VIII kadencji.

Lekarze dentyści

Co piąty członek Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku jest lekarzem dentystrą. W pierwszych kadencjach ustawa i regulamin wyborczy nie przewidywały podziału rejonów ze względu na zawód lekarza lub lekarza dentystry. Regulacja taka zaistniała dopiero podczas wyborów IV kadencji. Mimo to zgromadzenia wyborcze w większości przypadków ustalały przed głosowaniem proporcjonalną pulę mandatów, które trafiały do rąk stomatologów. Metoda ta jednak nie pozwalała jednoznacznie stwierdzić, że reprezentacja stomatologiczna jest wyborem tego środowiska, a nie większości lekarskiej, której głosy były równoważne. Od 2001 roku problem ten rozwiązano na poziomie rejonów w sposób jednoznaczny, a podczas wyborów zjazdowych i w organach wprowadzono ściśle

obowiązujące parytety. Na tym poziomie wszyscy delegaci wybierają spośród kandydatów akceptowanych w poszczególnych grupach.

W składzie Okręgowej Rady Lekarskiej I kadencji było dwóch stomatologów, podobnie w Okręgowym Sądzie Lekarskim. W zespole Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowej Komisji Rewizyjnej pracowało po jednym stomatologu. Proporcje te zmieniały się z kadencji na kadencję. Od 1997 roku obowiązkowo funkcję pierwszego zastępcy przewodniczącego obejmuje lekarz dentysta (Beata Dutkiewicz-Zakrzewska, Anna Olkowicz, Ewa Szczutowska przez dwie kadencje, ponownie Anna Olkowicz i znów Ewa Szczutowska). Od VI kadencji stomatolodzy przewodniczą Okręgowej Komisji Rewizyjnej (Artur Gałęcki, Ewa Szczutowska) i Okręgową Komisją Wyborczą (Joanna Maślankowska). W 2013 roku po raz pierwszy na stanowisku Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej izby płockiej wybrano lekarza dentystę Leokadię Pielaszkiwicz-Kobyłską.

Stomatolodzy na podstawie konsensusu zawodowego mają swoją, odrębną Komisję, której działalność rozpoczęła się wraz z II kadencją samorządu. Z grona osób chętnych do pracy wybrano w 1993 roku pierwszą przewodniczącą Barbarę Kruk, sekretarzem została Ewa Szczutowska, a Karol Sikorski był delegowany do KS Naczelnej Rady Lekarskiej. Komisja ściśle współpracowała z Komisją Praktyk Prywatnych, której przewodniczyła Teresa Elżbieta Mazurkiewicz. Praca KS w pierwszych latach skupiała się na integracji rozproszonego w wielu miejscach pracy środowiska, sprawach kształcenia (w tym nieudanej próbie reaktywacji oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego), opiniowaniu kolejnych projektów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, wstępnej ocenie kontraktowania usług stomatologicznych zapowiadanych przez kasy chorych. W całej Polsce omawiano katalog wartościowania pracy wg Grabbe'go. Natomiast Komisja Praktyk Prywatnych energicznie zajęła się sprawami gabinetów prywatnych, które w większości były stomatologiczne.

W III kadencji postanowiono, że wszyscy stomatolodzy z Płocka: ci

państwowi i prywatni przypisani będą do Zakładu Opieki Zdrowotnej (wyjątek stanowili pracownicy Szpitala na Winiarach). W wyniku zawirowań wyborczych podczas zjazdu kadencyjnego w 1997 roku, 7 lekarzy dentyków honorowo opuszcza salę obrad razem z lekarzami płockiego ZOZ-u i traci możliwość objęcia przynależnych stomatologom funkcji. Wakaty w Radzie i innych organach zostają nieobsadzone do końca kadencji. Mimo wszystko Komisja Stomatologiczna pod przewodnictwem Krystyny Maślankowskiej wznawia pracę. Sekretarzem zostaje Hanna Sarnowska a delegatem do KS NRL Anna Miszta. Komisja spotykała się regularnie, chociaż nie była liczna. Zajmowała się problemami zawodowymi, w tym próbą ograniczenia bezprawnej działalności techników dentyckich. W połowie kadencji z powodu rezygnacji doktor Maślankowskiej, jej funkcję obejmuje Ewa Szczutowska. Niestety czas niezwykle ważny dla polskiej stomatologii nie niósł za sobą dobrej współpracy z Okręgową Radą Lekarską. A tymczasem zaczęła się reforma ochrony zdrowia, która polegała także na zwalnianiu lekarzy dentyków z pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Mimo objęcia ważnego stanowiska w płockim oddziale Mazowieckiej Kasy Chorych przez wiceprzewodniczącą izby, także na tym polu stomatologia traciła z roku na rok.

W związku z wprowadzeniem nowych zasad umożliwiających funkcjonowanie gabinetów prywatnych pod koniec III kadencji wynikła konieczność powołania zespołów wizytujących.

Na czele Komisji Stomatologicznej IV kadencji stanęła Teresa Elżbieta Mazurkiewicz. Sekretarzem, do czasu wyjazdu do Warszawy została Eliza Wichrowska, a później Ewa Szczutowska. Reprezentantem podczas posiedzeń na Sobieskiego 110 w KS NRL była Leokadia Pielaszkiwicz - Kobylska. Do pewnego czasu aktywnie zajmowano się sprawą kontraktów stomatologicznych zawieranych z Kasą Chorych a obecnie Narodowym Funduszem Zdrowia. Usiłowano wytłumaczyć lekarzom niekorzystne aspekty kontraktów w skali oddziału a potem delegatury płockiej i całego kraju.

Lekarze dentyści wielokrotnie angażują się w organizację konferencji i szkoleń nie tylko o profilu stomatologicznym. Aktywnie działa zespół kształcenia podyplomowego, który oprócz dużych form, organizuje szkolenia wewnętrzne.

Na kanwie dyskusji o dyrektywie europejskiej dotyczącej zawodu lekarza dentystry i jej implementacji do polskiego porządku prawnego rozpoczęła się głośna dyskusja o autonomii stomatologów we wspólnej izbie lekarskiej lub całkowitej separacji.

W związku ze zmianą regulaminu KS NRL, który wymógł jednolitą reprezentację poszczególnych izb lekarskich, członkiniami Komisji w Warszawie od V kadencji zostają automatycznie wiceprezeski ds. stomatologii.

Oryginalnym pomysłem Ewy Szczutowskiej, wieloletniej przewodniczącej plockiej Komisji Stomatologicznej jest organizacja *Rajdu św. Apolonii*, ku czci patronki lekarzy dentyistów i osób z chorobami zębów. Pierwsze spotkanie z tej okazji odbyło w wigilię imienin patronki 8 lutego 2005 roku.



Rajd św. Apolonii

Bale Lekarskie – ponad pół wieku tradycji

Na chwilę uwagi zasługują płockie bale lekarskie – łączące Płockie Towarzystwo Lekarskie i Okręgową Izbę Lekarską w Płocku – organizowane od 1968 roku. Najpierw z inicjatywy Sławomira Werensa – pulmonologa i świeżo powołanego ordynatora oddziału płucnego Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego. Okazją do zabawy był oczywiście czas karnawałowy. W 1975 roku po raz pierwszy bal został uświetniony występem Kabaretu Lekarskiego, którego tradycyjne popisy trwały aż do 1981 roku. Autorką prowokacji satyrycznych była Grażyna Przybylska-Wendt, a kuplety i piosenki cytowane są w wydawnictwach i podczas spotkań towarzyskich do dzisiaj. Sale balowe znajdowały się w SDK lub Domu Technika.

Po ogłoszeniu stanu wojennego, nikomu już nie było do tańca. Spotkania taneczne organizuje okazjonalnie Płockie Towarzystwo Lekarskie, najczęściej na zakończenie dużych konferencji lub Płockich Dni Nefrologicznych w Hotelu *Starex*. W połowie lat dziewięćdziesiątych w restauracji *u Hrabiego* zorganizowano spotkanie balowe środowiska kutnowskiego. Przy okazji wyjazdów do Miąkówka można było potańczyć z cygańską kapelą lub na bankiecie kończącym trzydniowe naukowe zmagania.

Od 2006 roku z inicjatywy Marka Mieszkowicza, bale organizuje Klub Lekarza izby płockiej. Siedem razy wyjeżdżaliśmy do Cekanowa, by w tamtejszych salach *Pod Szczęśliwą Gwiazdą* i *Perle Mazowska* spędzać czas ostatniej soboty karnawału. III Bal Lekarza 2009 pobił rekord frekwencji gromadząc na parkiecie 100 par. W 2014 roku na życzenie bywalców, przenieśliśmy się do Hotelu *Czardasz*, który zaproponował po raz pierwszy zabawę z DJ, zamiast orkiestry, w sposób znaczący podkreślając tempo. Z inicjatywy Agnieszki Lemiec w czerwcu 2009 roku izba była organizatorem niezwykłego Balu MAMMA MIA w podziemiach Hotelu *Tumskiego*, podczas którego obowiązywały stroje z lat siedemdziesiątych. Do tradycji kabaretowych podczas zabaw karnawałowych już nie powrócono, chociaż *Benefis Grażyny Wendt* z 1998 roku, przywołał tamte czasy w wykonaniu młodszych o 30 lat lekarzy, wykształconych po roku 1989.

Obecne bale odbywają się we współpracy z Adwokaturą Płocką i są organizowane w *Hotelu Tumskim*.

Czas pod znakiem pandemii

24 marca 2018 roku odbywa się 33. Okręgowy Zjazd Lekarzy, który z rekomendacji Jarosława Waneckiego, wybiera na stanowisko Prezesa Ryszarda Mońdziela. W kwietniu po raz drugi do Płocka przyjeżdżają redaktorzy biuletynów okręgowych izb lekarskich, a w maju Joanna Sokołowska wygrywa konkurs literacki *Przychodzi wena do lekarza*, którego galę w Teatrze Słowackiego w Krakowie, przygotowuje Jarosław Wanecki.

14. Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie wybiera na Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej prof. dr hab. med. Andrzeja Matyję. Rok 2018 będzie w dużej mierze poświęcony szkoleniom z zakresu RODO. W listopadzie, w auli Małachowianki, odbywa się konferencja z okazji 150. rocznicy urodzin Edwarda Flatau, wraz z wydaniem reprintu podręcznika „Migrena”. Komisja kształcenia pod kierunkiem Katarzyny Urbańskiej rozpoczyna cykl spotkań z szefami płockich oddziałów na Winiarach, w celu wymiany doświadczeń między szpitalnikami oraz opieką ambulatoryjną i poz.

17 maja 2019 roku odbyła się w Warszawie pierwsza część uroczystości 30-lecia samorządu lekarskiego. Jubileusz zakończył grudniowy koncert w Teatrze Polskim. Tymczasem z tej okazji w Płocku Jarosław Wanecki organizuje Mały Kongres Kultury Lekarskiej i wydaje wznowienie historii izby "Dwa krzesła".

Plany wdrożeniowe, szkoleniowe i kulturalne od marca 2020 roku i w dużej mierze przez cały rok 2021, nie zostały zrealizowane z powodu pandemii koronawirusa. Spotkania organizacyjne, prezydium i rady, zarówno w wymiarze lokalnym, jak i ogólnopolskim przybrały formę połączeń online. W tym czasie lekarze i lekarze dentyści stali w pierwszym szeregu walki z zakażeniem, a potem brali udział w akcji szczepień. Wielu z nich straciło życie i zdrowie, przyjmując pacjentów mimo bezpośredniego zagrożenia. Izba uczestniczyła w pomocy materialnej, zwłaszcza w zakresie rozdawania bezpłatnych

pakietów ze środkami ochrony osobistej. Czas się zatrzymał. Ograniczono wydawanie Biuletynu OIL. Wiele imprez odwoływano, nawet w ostatniej chwili, w trosce o bezpieczeństwo uczestników.

W grudniu 2021 z okazji 100-lecia ukazał się w nakładzie 181 tys. egz. Zeszyt Historyczny pod redakcją Jarosława Waneckiego i zakończyły się wybory IX kadencji.

W marcu 2022 roku 42. Okręgowy Zjazd Lekarski w Płocku ponownie wybrał na stanowisko Prezesa Ryszarda Mońdziała. Czteroosobowa delegacja z Płocka uczestniczyła w tym roku w 15. Krajowym Zjeździe Lekarzy. Nowym Prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej został Łukasz Jankowski.

W ciągu 32 lat działalności OIL w Płocku wybrano ponad 300 delegatów dziewięciu kadencji na zjazdy okręgowe i 32 na Krajowe Zjazdy Lekarskie. Delegatką na wszystkie 42. płockie zjazdy jest lekarz dentyista **Teresa Elżbieta Mazurkiewicz**.



Zbigniew
Jędrzejewski



Krystyna
Badowska



Sabina
Kańtoch



Paweł
Sobieski



Jarosław
Wanecki



Ryszard
Mońdział



Barbara
Kacer



T. Elżbieta
Mazurkiewicz

Najważniejsze stanowiska funkcyjne w latach 1990-2022, poza przewodniczącymi (do grudnia 2009 roku) i prezesami izby, zajmowali:

Okręgowi Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej:

Włodzimierz Nowatorski, Włodzimierz Figatowski, Bogdan Gotowicki, Marek Zimoch, Leokadia Pielaszkiewicz-Kobyłska i Marcin Lewandowski

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego:

Władysław Jabłczyński, Grzegorz Pydziński, Bogdan Śmigielski, Włodzimierz Nowatorski, Tadeusz Kozubski i Marek Mądrecki

Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej:

Marek Osiecki, Wiesław Wierzbicki, Jarosław Józwiak, Andrzej Szwarocki, Artur Gałecki, Ewa Szczutowska i Lech Paćkowski.

Wiceprzewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej:

Waldemar Kujawa, Józef Iskra, Krystyna Badowska, Grażyna Lesyng-Pawłowska, Waldemar Czerwiński, Michał Świtkiewicz, Beata Dudkiewicz-Zakrzewska, Anna Olkowicz, Michał Galewicz, Bożenna Pochodyło-Polańska, Andrzej Szwarocki, Tadeusz Kozubski, Ewa Szczutowska, Marek Mieszkowicz, Paweł Sobieski, Marek Kowalski, Ryszard Mońdziel, Michał Kuriga, Hanna Skwarska-Porowska, Katarzyna Urbańska, Kamila Korzeniewska-Rogoza, Zofia Waryszewska-Chrząstek i Mateusz Woźniak.

Skarbnicy:

Krzysztof Horthyński, Krzysztof Gogolewski, Tomasz Majewski, Włodzimierz Figatowski, Marek Mieszkowicz, Artur Gałecki i Lech Paćkowski.

Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej:

Władysław Steckiewicz, Włodzimierz Klonowski, Elżbieta Goszczyńska, Romuald Korzeniak i Joanna Maślankowska.

Sekretarze:

Hanna Hejke-Mojzesowicz, Elżbieta Paczkowska-Worońko, Tadeusz Kozubski, Sabina Kańtoch, Jarosław Waneci, Katarzyna Urbańska, Joanna Sokołowska i Judyta Knobelsdorf.

Zastępcy sekretarzy:

Judyta Knobelsdorf i Łukasz Krajenta.

Okręgowa Izba Lekarska w Płocku to nie tylko organy wybieralne, to przede wszystkim 1 450 członków, spośród ponad 201 000 wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów w Polsce! Przy Kościuszki 8 znajdują oni miłą obsługę a ponadto mogą realizować swoje zainteresowania medyczne i pozamedyczne. Izba gościła: wicepremiera Rządu RP Pawła Łączkowskiego, Marszałka Województwa Mazowieckiego Adama Struzika, kolejnych wojewodów płockich, prezydentów miasta Płocka, wszystkich biskupów płockich od 1989 roku, wielu posłów i senatorów oraz wybitnych naukowców polskiej medycyny.

Mottem działania izby są słowa pierwszego przewodniczącego Zbigniewa Jędrzejewskiego, które znajdują się na medalu honorowym: *Izba Lekarska jest Wasza i działa w Waszym imieniu.*

Jarosław Wanecki

ŹRÓDŁA:

1. Archiwum Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku
2. Archiwum Płockiego Towarzystwa Lekarskiego
3. Archiwum Naczelnej Izby Lekarskiej
4. Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku 1990-2022
5. Gazeta Lekarska 1990-2022
6. Zeszyt Historyczny, NIL, Warszawa 2021
7. Krajowy Rejestr Lekarzy
8. Lex-Polonika
9. Wikipedia

LITERATURA:

1. Borgiel-Marek H., 70 lat samorządu lekarskiego na Śląsku, Śląska Izba Lekarska, Katowice 2005
2. Nasierowski T., Świat lekarski w Polsce, Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, Warszawa 1992
3. Urbanek B. (red), Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku pod redakcją Wydawnictwo Mak Med., Warszawa 2008
4. Wanecki J., Dwa krzesła 1990-2015, wydanie pierwsze, Okręgowa Izba Lekarska w Płocku, Płock 2015
5. Wanecki J., Dwa krzesła 1990-2020, wydanie drugie, Okręgowa Izba Lekarska w Płocku, Płock 2020
6. Wiśniewski Z., Lekarze i izby lekarskie w Drugiej Rzeczypospolitej, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2007
7. Wiśniewski Z., Kronika izb lekarskich w Polsce w latach 1945-2005, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2005

11 lipca 2022 roku
Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego
przyznał koledze Czesławowi Hajdukowi odznakę
BENE MERITUS



Czesław Hajduk urodził się w r. 1932 we wsi Bajrasze w rodzinie chłopskiej. W czasie obu okupacji, sowieckiej i niemieckiej, z przerwami uczył się w miasteczku Iwie w powiecie Lida. W roku 1946 razem z rodzicami został przesiedlony i mieszkał w Sulęcinie w powiecie lubuskim i ukończył tam I klasę gimnazjum. W następnym roku wyjechał z rodziną do Sławna na Pomorzu Zachodnim i tam uczył się w Liceum Ogólnokształcącym. W 1949 roku, jako siedemnastoletni chłopiec, został aresztowany i skazany przez Wojskowy Sąd Rejonowy na 10 lat więzienia. Wcześniej pełnił funkcję zastępcy szefa Polskiej Organizacji Wojskowej. Program organizacji zawierał między innymi całkowite uniezależnienie się od Związku Radzieckiego, niedopuszczenie do narzucenia Polsce ustroju socjalistycznego, kolektywizacji wsi oraz walkę o niezakłamaną wolność sumienia.

Proboszcz Sławna, ks. płk Stanisław Talarek wspominał: *Jestem w szczególny sposób zobowiązany wobec doktora Czesława Hajduka, mojego byłego ucznia gimnazjalnego, któremu zawdzięczam moje ocalenie. W czasie śledztwa za pomocą tortur próbowano zmusić go do złożenia fałszywych zeznań, że byłem założycielem Polskiej Organizacji Wojskowej w Sławnie, lecz Hajduk okazał się niezłomny, w walce o Polskę Niepodległą za co składam Mu wyrazy szacunku za świadectwo prawdy.*

W roku 1953, po ogłoszeniu amnestii, Czesław Hajduk został zwolniony z więzienia i wrócił do rodzinnego domu. *Odwilż polityczna* która nastąpiła po śmierci Stalina, pomoc wielu ludzi, umożliwiły mu podjęcie studiów w Łódzkiej Akademii Medycznej, gdzie uzyskał tytuł lekarza w 1962 roku. Wkrótce się ożenił. Ma dwoje dzieci. Syna

Radosława i córkę Iwonę mieszkającą z mężem w Kanadzie.

Pracę zawodową traktował zawsze jako służbę w trudnym i odpowiedzialnym powołaniu. Jest autorem kilku publikacji, które ukazały się w *Reumatologii*, *Notatkach Płockich*, *Echu Sławna*. Wydał książki wspomnieniowe: *W szponach bezpieki*, *Z podciętymi skrzydłami* oraz artykułów w miesięczniku *Jaworzniacy*.

Działa społecznie i należy do wielu organizacji, m.in. jest sekretarzem oddziału Związku *Jaworzniacy* i członkiem zarządu oddziału płockiego Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Był wieloletnim kierownikiem medycznym płockiego hospicjum.

Doktor Czesław Hajduk jest od dziesiątek lat członkiem Płockiego Towarzystwa Lekarskiego. Pamiętamy go jako aktywnego uczestnika posiedzeń i konferencji organizowanych przez PTL.

Na wniosek Zarządu Oddziału Płockiego doktor Czesław Hajduk z okazji 150-lecia PTL został uhonorowany odznaką **Bene Meritus**.



Na dyplomie, dołączonym do odznaczenie ustanowione w 1997 roku czytamy: *za ofiarną służbę w ochronie zdrowia i życia ludzkiego, za tworzenie nieprzemijających wartości dla dobra społeczeństwa oraz za wybitne zasługi dla Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*.
Dziękujemy.

Jacek Zieleniewski i Marek Mądrecki

Płoccy Hipokratesi

**Nagroda Zarządu PTL za wybitne zasługi
dla ochrony zdrowia i życia ludzkiego
z okazji 150-lecia Płockiego Towarzystwa Lekarskiego**

1. Krystyna Badowska
2. Włodzimierz Figatowski
3. Przemysław Kapczyński
4. Alina Kęпка
5. Krzysztof Klikowski
6. dr n. med. Włodzimierz Klonowski
7. Michał Kuriga
8. Grażyna Lesyng-Pawłowska
9. Tomasz Majewski
10. prof. dr hab. med. Witold Malinowski
11. Andrzej Maliński
12. dr n. med. Marek Mądrecki
13. Ryszard Mońdział
14. dr n. med. Włodzimierz Nowatorski
15. Marianna Rybicka
16. dr n. med. Wiesław Sosnowski
17. Jarosław Wanecki
18. dr n. med. Jacek Zieleniewski



KRYSTYNA BADOWSKA

Urodziła się w Chrzanowie w Małopolsce. W 1956 roku rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim w Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, które ukończyła

w 1962 roku. Po odbyciu wymaganych staży rozpoczęła pracę w Oddziale Wewnętrznym Szpitala Miejskiego w Płocku. Po zdaniu egzaminów specjalizacyjnych uzyskała tytuł specjalisty chorób wewnętrznych.

W 1978 roku w wyniku konkursu została powołana na stanowisko ordynatora Oddziału Wewnętrznego Szpitala Miejskiego w Płocku, którym kierowała przez 25 lat. Pod jej kierunkiem uzyskało specjalizację ponad czterdziestu lekarzy.

Była członkiem wielu stowarzyszeń zawodowych i społecznych, w tym członkinią Zarządu Płockiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Diabetologicznego, Płockiego Towarzystwa Płockiego i Towarzystwa Przyjaciół Płocka. Uczestniczyła jako delegat na Okręgowych Zjazdach Lekarskich I, II i III kadencji. W latach 1990-1993 przewodniczyła Okręgowej Izbie Lekarskiej w Płocku (I kadencji samorządu lekarskiego). W latach 1998-2002 była wiceprzewodniczącą Rady Miasta Płocka.

Za działalność zawodową i społeczną odznaczona została Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem Pamiątkowym „Pro-Mazovia” oraz Złotym Medalem Honorowym Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku.

W 2003 roku przeszła na emeryturę nie rezygnując z pracy zawodowej. Nadal pracuje w lecznictwie otwartym – Przychodni NZOZ „Rodzina”.

Jest wdową po inż. Kazimierzu Badowskim – budowniczym Płocka. Ma córkę Agnieszkę – lekarza, syna Michała – prawnika i sześcioro wnucząt: Aleksandra, Martynę, Karolinę, Marię, Magdalenę i Mikołaja.



WŁODZIMIERZ FIGATOWSKI

Rocznik 1959. Ukończył Pomorską Akademię Medyczną w Szczecinie na wydziale lekarskim w 1984 roku. Specjalista chorób wewnętrznych I i II stopnia oraz kardiologii. Zawodowo związany z oddziałem kardiologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku, obecnie zajmuje się kardiologią interwencyjną. Płocczanin Roku 2005 razem z Andrzejem Drzewieckim. Delegat na okręgowe zjazdy lekarzy. Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej II kadencji a następnie Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w latach 1997-2001, skarbnik Okręgowej Rady Lekarskiej IV kadencji. Żona jest lekarzem stomatologiem. Syn jest lekarzem.



PRZEMYSŁAW KAPCZYŃSKI

Rocznik 1970. Tarnowianin. Absolwent wydziału lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu. Specjalista chorób wewnętrznych. Od 1995 roku mieszkaniec Płocka. W latach 1995 – 2007 stażysta, młodszy asystent, asystent i starszy asystent oddziału chorób wewnętrznych Szpitala św. Trójcy Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej. Związany z przychodnią podstawowej opieki zdrowotnej przy ulicy Jasnej w Płocku, Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej „Nasza Przychodnia”, prowadzonym przez spółkę PHOENIX, której był w 1999 roku założycielem i przez kilka lat współwłaścicielem oraz poradniami specjalistycznymi MedicPark. Od 2008 roku związany zawodowo z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym im. Marcina Kacprzaka w Płocku. Kierownik pracowni endoskopowej. Członek Zarządu Płockiego Towarzystwa Lekarskiego. Współorganizator konferencji z zakresu gastroenterologii. Żona jest farmaceutą. Starszy syn studiuje lingwistykę stosowaną, a młodszy jest licealistą.



ALINA EWA KĘPKA

Rocznik 1968. Absolwentka Akademii Medycznej w Gdańsku (1994). Specjalista chorób wewnętrznych (2003) i onkologii klinicznej (2005). Staż w Centre Hospital Lemire (1993), Hospitalor: Hôpital de St-Avoid: Chirurgie Générale, Sénologie (1994). Od 1994 roku pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku: staż podyplomowy, następnie asystent w Oddziale Nefrologicznym ze Stacją Dializ i w Przychodni Onkologicznej, Oddziale Dziennym Onkologii Zachowawczej (1994-2008), kierownik Poradni Onkologicznej (2008-2019), obecnie starszy asystent w Poradni Onkologicznej i w Oddziale Onkologicznym. Udział w licznych kongresach krajowych i międzynarodowych, w tym EDTA, ESMO, EBC, LUNG Cancer NCBI, ABC oraz konferencjach Polskiej Grupy Raka Płuca i PTOK. Współautorka prac z dziedziny onkologii i nefrologii. Współbadacz międzynarodowych badań klinicznych.

Wieloletni Członek Zarządu Płockiego Towarzystwa Lekarskiego: członek i przewodnicząca komisji rewizyjnej, sekretarz Oddziału Warszawsko-Łódzkiego Towarzystwa Nefrologicznego. Członek Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, European Real Association/European Dialysis And Transplant Association, European Society For Medical Oncology. Wieloletnia współpraca z Płockim Stowarzyszeniem Amazonek, odznaczenie: Bursztynowy Łuk Amazonek.



KRZYSZTOF KLIKOWSKI

Urodził się w Nakle nad Notecią w 1958 r. Od początku lat 60-tych XX-tego wieku związany z Płockiem, gdzie ukończył Szkołę Podstawową nr 16, a następnie Liceum Ogólnokształcące im. Marsz. St. Małachowskiego. W latach 1978–1984 studiował na Wydziale Lekarskim w Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.

Pracę zawodową rozpoczął w 1984 r. w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku. Po odbyciu stażu podyplomowego pracował przez 37 lat w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Pracowni Endoskopowej. W 1987 r. uzyskał pierwszy, a w 1994 r. drugi stopień specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych. Poza standardowym zakresem pracy w oddziale wewnętrznym wykonywał również endoskopowe badania diagnostyczne górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Swoje doświadczenie zawodowe poszerzał również jako orzecznik lekarski w ZUS oraz KRUS. Obecnie pracuje w POZ Radziwie. Zajmuje się też medycyną paliatywną w ramach Hospicjum Miejskiego w Płocku.

Prywatnie żonaty, żona Anna jest lekarzem pediatrą. Dwoje dorosłych dzieci oraz wnuk. Zainteresowania zawodowe: choroby przewodu pokarmowego. Prywatnie interesuje się motoryzacją, dalekimi podróżami oraz historią.



WŁODZIMIERZ MIKOŁAJ KLONOWSKI

Rocznik 1953. Absolwent Akademii Medycznej w Łodzi. Specjalista chirurgii ogólnej i chirurgii naczyniowej. Doktor nauk medycznych. Od 1982 roku związany zawodowo z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Płocku. Od 2008 roku Kierownik I Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. Wieloletni Członek Zarządu Płockiego Towarzystwa Lekarskiego.

W latach 1993-1997 członek Rady Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku. Członek Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego Towarzystwa Flebologicznego, Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej i Polskiego Klubu Koloproktologii. Autor i współautor ponad 40 publikacji naukowych. Uczestnik międzynarodowego epidemiologicznego badania ENDORSE przeprowadzonego w 358 szpitalach w 32 krajach pod kierownictwem Profesora Fredericka Andersona. Żona jest sędzią Sądu Okręgowego w Płocku w stanie spoczynku, dwoje dorosłych dzieci.



MICHAŁ KURIGA

Rocznik 1963. Absolwent Akademii Medycznej w Białymstoku. Specjalista chorób wewnętrznych i nefrologii. Ordynator Oddziału Nefrologicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Płocku. Członek Zarządu Płockiego Towarzystwa Lekarskiego. Członek Zarządu Oddziału Warszawsko-Łódzkiego Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego przez trzy kadencje i przez jedną kadencję jego prezes. Delegat na okręgowe zjazdy lekarzy. Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w latach 2001-2005. Członek prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej V kadencji. Zastępca Prezesa ORL ds. kształcenia od 2009 r. Przewodniczący komisji kształcenia podyplomowego. Szef zespołu naukowego Płockiego Projektu Onkologicznego. Organizator ponad 70 szkoleń i trzech konferencji pod nazwą Płockie Dni Nefrologiczne. Razem z Katarzyną Urbańską organizował Konferencję szkoleniową w Soczewce, z Jackiem Zieleniewskim w Leonowie koło Słubic. Żonaty. Troje dzieci: syn i dwie córki.



GRAŻYNA LESYNG–PAWŁOWSKA

Urodziła się w 1955 r. w Kutnie. Absolwentka I Liceum Ogólnokształcącego im. H. Dąbrowskiego. Ukończyła Akademię Medyczną w Łodzi na wydziale lekarskim w 1982 r. Od ukończenia studiów do 1990 r. pracowała w Szpitalu Miejskim w Kutnie. Specjalizację I i II stopnia z neurologii uzyskała w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku, utrzymując ściśle kontakty z Kliniką Neurologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Warszawie-Bródno pod kierownictwem prof. Barbary Stoińskiej-Kuś, a następnie dr Danuty Filipczak. Zorganizowała w 1994 r. i do 2007 r. była ordynatorem Oddziału Neurologii i Rehabilitacji w Gorzewie k. Gostynina. W latach 2007-2021 ordynator Oddziału Neurologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku. Kierownik specjalizacji wielu młodych lekarzy, aktualnie konsultant neurologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku. Ukończyła liczne szkolenia zawodowe organizowane m.in. przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i Polskie Towarzystwo Neurologiczne. Deleгатka na krajowe i okręgowe zjazdy lekarzy. Współtwórczyni i wielokrotna przewodniczącą komitetów organizacyjnych Sympozjum Naukowo-Szkoleniowego Lekarzy Województwa Płockiego w Miałkówku. Członkini zarządu Płockiego Towarzystwa Lekarskiego od 1991 r. Prezes Koła PTL w Gostyninie od 1995 r. zastępca przewodniczącej Okręgowej Rady Lekarskiej w Płocku II i III kadencji. Członkini Okręgowej Rady Lekarskiej IV, V i VI kadencji, Naczelnego Sądu Lekarskiego w Warszawie od 2005 roku oraz Okręgowego Związku Zawodowego Lekarzy. Laureatka dyplomu okolicznościowego Marszałka Województwa Mazowieckiego. W 2014 r. otrzymała medal Polskiego Towarzystwa Lekarskiego „Gloria Medicinæ”, a w 2018 r. odznaczenie Naczelnej Izby Lekarskiej „Meritus pro Medicis”. Matka dwóch córek, Agaty i Małgorzaty, babcia ośmioletniego Mateusza. Hobby: opera i podróże.



TOMASZ MAJEWSKI

Urodził się w 1950 r. w Toruniu. Specjalista ginekologii i położnictwa. Odbił staż szkoleniowy w oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku w 1978 r. W latach 1978-2019 zatrudniony w Płockim Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Płocku. Początkowo jako młodszy asystent (1978-1982), asystent (1982-1985), a następnie starszy asystent (1985-2019). Pełnił funkcję zastępcy a następnie konsultanta ds. medycznych w zakresie położnictwa i ginekologii POZ w Płocku. W latach 80. przewodniczący NSZZ „Solidarność” w Szpitalu Św. Trójcy w Płocku. W latach 1997-2001 pełnił funkcję skarbnika Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku. Członek Płockiego Towarzystwa Lekarskiego. Hobby: podróże, żeglarstwo.



WITOLD STANISŁAW MALINOWSKI

Prof. dr hab. n. med. Urodzony 4 maja 1947 r. w Sieradzu. Studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Łodzi, który ukończył w 1970 r. Praca habilitacyjna pt. Ciąża wielopłodowa – diagnostyka, opieka przedporodowa, poród i połóg (Akademia Medyczna w Łodzi, 1998 r.). Nominacja profesorska Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie (4 kwietnia 2005 r.). Liczne wystąpienia na kongresach i sympozjach w Polsce i za granicą. Recenzje dorobku naukowego: cztery na stopień profesora, cztery na stopień doktora habilitowanego, 15 na stopień doktora nauk medycznych. Promotor dziesięciu prac doktorskich. Promotor i recenzent wielu prac magisterskich i licencjackich. Recenzent licznych prac naukowych dla czasopism medycznych. Autor ponad 300 publikacji, w większości na tematy ciąży wielopłodowej. Autor i współautor 12 książek i podręczników

medycznych, dwóch popularno-naukowych oraz dwóch z zakresu historii ciąży wielopłodowej i położnictwa. Obecnie nauczyciel akademicki na Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Mazowieckiej w Płocku. Delegat I kadencji samorządu zawodowego na zjazd okręgowy i zjazdy krajowe. Członek Naczelnego Sądu Lekarskiego. Pomysłodawca i pierwszy szef Komitetu Organizacyjnego Regionalnej Konferencji Naukowo Szkoleniowej Lekarzy Województwa Płockiego w Miałkówku. Organizator Zjazdu Polskiego Towarzystwa Gemeliologicznego i Złotu Bliźniąt w Płocku. Prezes Koła Płockiego Towarzystwa Lekarskiego w Kutnie. Za działalność samorządową odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi podczas uroczystości 15-lecia odrodzonego samorządu lekarskiego w Krakowie. Członkostwo w licznych towarzystwach naukowych. Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Gemeliologicznego oraz przewodniczący Sekcji Psychosomatycznej PTGiO. Członek Unii Polskich Pisarzy Lekarzy. Odznaczenia: Złoty Krzyż Zasługi, Honorowy Członek Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Medal 70-lecia Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie za osiągnięcia naukowe i dydaktyczne, wielokrotnie laureat „Nagrody indywidualnej za osiągnięcia dydaktyczne” nadawana przez Rektora PUM w Szczecinie. Zainteresowania: gemiologia oraz historia medycyny. Żona jest lekarzem okulistą. Ma dwie córki: Joanna jest sędzią, a Katarzyna lekarzem (psychiatrą dziecięcym) oraz siedmioro wnucząt.



ANDRZEJ MALIŃSKI

Urodził się w 1938 r. w Sierpcu, gdzie ukończył Szkołę Podstawową i Liceum Ogólnokształcące. Dyplom lekarski otrzymał w 1962 r. po odbyciu studiów na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku. W latach 1963-1969 pracował w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Miejskiego w Płocku, a następnie do roku 1973 w Oddziale Chorób Wewnętrznych

i Zawodowych Obwodowej Przychodni Przemysłowej przy Mazowieckich Zakładach Rafineryjnych i Petrochemicznych w Płocku na stanowisku zastępcy ordynatora. Specjalizację II stopnia z chorób wewnętrznych uzyskał w 1973 r., a w dziedzinie kardiologii w 1979 r. Od 1973 r. zatrudniony w Oddziale Kardiologicznym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku jako zastępca ordynatora, a następnie jako ordynator oddziału, do 31 grudnia 2004 r. Jednocześnie w latach 1988-1997 pełnił funkcję specjalisty wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii. Na kierowanym przez niego oddziale przez kilkanaście lat wyszkoliło się i uzyskało specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych i kardiologii wielu lekarzy. Od 2005 r. na emeryturze. Ma dwóch synów, z których jeden jest kardiologiem interwencyjnym w USA, gdzie mieszka i pracuje. Tam też uzyskał specjalizację w zakresie chorób wewnętrznych i kardiologii inwazyjnej. Drugi syn jest radcą prawnym i mediatorem gospodarczym w Warszawie, po studiach w Polsce i Cambridge. Ma sześcioro wnucząt.

MAREK MĄDRECKI



Urodzony w 1965 roku. Absolwent III Liceum Ogólnokształcącym im. M. Kopernika w Kaliszu w 1984 r. a następnie Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu (1991 r.). Specjalista I i II stopnia z zakresu chirurgii ogólnej (1994 r., 1999 r.) i onkologicznej (2003 r.). Od 2012 r. doktor nauk medycznych na podstawie pracy doktorskiej pt. *Analiza czynników prognostycznych wpływających na wyniki leczenia chorych na raka jelita grubego w I Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku* (Warszawski Uniwersytet Medyczny I Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym). Staż podyplomowy odbył w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku w latach 1991-1992. Następnie asystent w I Oddziale Chirurgii –WSZ

w Płocku i kierownik zespołu karetki „R”. W latach 1999-2008 był starszym asystentem w I Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej WSZ w Płocku. Od 2008 r. zastępca Ordynatora I Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w tym szpitalu. Odbył liczne kursy poddyplomowe i szkolenia zawodowe. Autor prac naukowych publikowanych w czasopismach medycznych. Wygłaszał liczne referaty podczas konferencji naukowych i zjazdów. Współorganizator konferencji chirurgiczno-onkologicznych w Płocku (1998 r., 2007 r., 2018 r.). Konsultant miejskich projektów profilaktycznych w zakresie raka piersi. Wiceprezes Płockiego Towarzystwa Lekarskiego.

Członek Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (współorganizator Zjazdów w 1997 r. i 2005 r. w Płocku), Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, Polskiego Klubu Koloproktologii (współorganizator Zjazdu w 2006 r. w Płocku). Zaangażowany w działalność samorządu lekarskiego, członek komisji wyborczej oraz komisji rewizyjnej w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Płocku. Kolejno: członek, zastępca przewodniczącego, a od 2018 roku przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego w Płocku. Delegat na okręgowe zjazdy lekarskie od 2005 r. Żona jest specjalistką neurologii. Ojciec dwóch synów (Piotr jest rezydentem psychiatrii, a Maciej studentem medycyny). Zainteresowania: turystyka górską, sport (piłka nożna, narty), filatelistyka.

Wygłoszone referaty

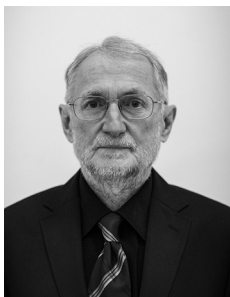
1. *"Profilaktyczna antybiotykoterapia w chirurgii"*. I Regionalne Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe, Miałkówek, 1994
2. *"Czerniak złośliwy w materiale operacyjnym Oddz. Chir. I w latach 1987-1995"*. III Regionalne Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe, Miałkówek, 1996
3. *"Raki skóry w materiale własnym"*. V Regionalne Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe, Miałkówek, 1998.
4. *„Leczenie oszczędzające w raku piersi”*. Konferencja Naukowa „Dębowa Góra 2004”-Dębowa Góra, 2004
5. *„Olbrzymi guz powłok brzusznych- angioliipoma”*. Posiedzenie

- Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich, Warszawa 17.06.2010
6. *"Analiza czynników prognostycznych wpływających na wyniki leczenia chorych na raka jelita grubego w I Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej WSzZ w Płocku"*. Posiedzenie Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich, Warszawa 19.04.2012
 7. *"Analiza czynników prognostycznych wpływających na wyniki leczenia chorych na raka jelita grubego w I Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej WSzZ w Płocku"*. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa- „Integracja przez naukę”- OIL w Płocku i Płockie Towarzystwo Lekarskie, Kawallo 11.05.2013
 8. *"Z praktyki lekarza chirurga-onkologa"*. Konferencja pod patronatem naukowym prof. dr. hab. Ireny Lipowicz – Rzecznika Praw Obywatelskich- „Eutanazja ???”, Płock X 2013
 9. *"Onkologia w Płocku"*. I Konferencja Naukowa – Onkologia na Mazowszu oraz V Konferencja – „*Diagnostyka i leczenie nowotworów przewodu pokarmowego*”, Warszawa 10-11.01.2014 (Hotel Hyatt)
 10. *"Leczenie nowotworów przewodu pokarmowego- dane I Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej W.Sz.Z. i Poradni Onkologicznej w Płocku"*. Konferencja: Profilaktyka, diagnostyka, wczesne wykrywanie raka jelita grubego. Modelowe rozwiązania. Gdzie jesteśmy? Dokąd zmierzamy ?-Płock 18.01.2019 rok (organizator Okręgowa Izba Lekarska w Płocku i Płockie towarzystwo Lekarskie
 11. *"Konsylium Onkologiczne"*. Konferencja: „*Współpraca w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów*” (Organizator Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku-29,05.2019
 12. *"Nowotwory jelita grubego"*. Konferencja: „*Współpraca w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów*” (Organizator Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku-05.06.2019



RYSZARD MOŃDZIAŁ

Rocznik 1964. Ukończył Akademię Medyczną w Białymstoku na wydziale lekarskim. Specjalista chirurgii ogólnej I stopnia i urologii. Wieloletni pracownik oddziału urologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku. Członek Zarządu Płockiego Towarzystwa Lekarskiego od 2015 r. działacz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy – delegat na zjazdy krajowe związku, przewodniczący regionalnych struktur i oddziału OZZL w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku. Delegat na okręgowe zjazdy lekarzy od 2010 roku. Zastępca prezesa ds. pracowniczych VII kadencji, Rzecznik Praw Lekarza i Lekarza Dentysty OIL Płock. Delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy. Członek Naczelnej Rady Lekarskiej. Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Płocku od 2018 roku. Współinicjator konferencji naukowych OIL w Płocku. Żona, a także córka są lekarzami okulistami. Syn jest specjalistą w zakresie telekomunikacji.



WŁODZIMIERZ NOWATORSKI

Rocznik 1944. Płocczanin. Absolwent Liceum Ogólnokształcącego im. Marsz. Stanisława Małachowskiego w Płocku. Wychowanek Harcerskiego Zespołu Pieśni i Tańca „Dzieci Płocka” im. druha Wacława Milke. Ukończył Pomorską Akademię Medyczną w Szczecinie na wydziale lekarskim w 1968 roku. W latach 1968-1975 pracował w Szpitalu Świętej Trójcy w Płocku. Jego pierwszym ordynatorem i nauczycielem był dr Stefan Przedpełski. Specjalista chirurgii ogólnej I i II stopnia. Chirurg onkolog. Wieloletni pracownik Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku (1975-2009), ordynator oddziału chirurgii II w latach 1994-2009. Od 2000 roku doktor nauk medycznych. Organizator XI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej pt. *Nowotwory jelita grubego*

w 2005 r. oraz cyklicznych spotkań z konsultantami medycznymi. Po przejściu na emeryturę pracownik Szpitala w Gostyninie-Kruku i Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej. Członek Zarządu Płockiego Towarzystwa Lekarskiego w latach 2003-2011. Współzałożyciel Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku. Delegat na okręgowe zjazdy lekarskie, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej I i II kadencji, przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego V i VI kadencji, przewodniczący Komisji Etyki VII kadencji. Żona jest fizjoterapeutką. Ojciec dwóch córek, jedna jest lekarzem a druga architektem. Zainteresowania: historia medycyny, historia sztuki. Prowadzi w Płocku prywatne muzeum historii medycyny, które jest bezpłatnie udostępniane.



MARIANNA RYBICKA

Rocznik 1935. Ukończyła Akademię Medyczną w Łodzi na wydziale lekarskim w 1959 r. Specjalizacja I stopnia z pediatrii i II stopnia z medycyny sportowej. W 1966 r. zamieszkała w Płocku. Pracowała m.in. w Przychodni Rejonowej ZOZ przy ul. Miodowej oraz w Poradni Medycyny Szkolnej w Szkole Podstawowej nr 17 w Płocku. Była kierownikiem Poradni Medycyny Sportowej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym oraz kierownikiem Poradni Rehabilitacyjnej ZOZ przy ul. Tysiąclecia w Płocku. Członkini TNP od 1969 r. Aktywna działaczka Ligi Kobiet Polskich oraz organizacji pomagających osobom niepełnosprawnym ruchowo. Należy także do Towarzystwa Przyjaciół Dzieci, Towarzystwa Walki z Kalectwem, Stowarzyszenia Dzieci Wojny, Towarzystwa Miłośników Historii Żychlina. Delegatka na okręgowe zjazdy lekarzy. Członkini Okręgowej Rady Lekarskiej VI kadencji. Honorowa Radna ORL w Płocku. Przewodnicząca Komisji ds. Seniorów VI kadencji, która zrealizowała projekt „Seniorzy” czterech sąsiadujących ze sobą izb. Wielokrotnie odznaczana, m.in.

Złotym Medalem Honorowym Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku, Złotym Medalem Polskiego Komitetu Olimpijskiego „Za Zasługi dla Polskiego Ruchu Olimpijskiego”, Krzyżem Rubinowym za wybitne zasługi dla Stowarzyszenia Dzieci Wojny w Polsce. Autorka książki pt. *Śladami wysiedleń z terenu Żychlina podczas II wojny światowej 21-23.04.1940 r.* Matka dwóch córek.



WIESŁAW SOSNOWSKI

Urodził się w 1943 r. w Setropiu w gminie Drobin. W 1966 r. ukończył studia na wydziale lekarskim Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Uzyskał specjalizacje: I stopnia z zakresu chirurgii (1972 r.), II stopnia z zakresu chirurgii ogólnej (1976 r.), z zakresu medycyny społecznej (1977 r.), z zakresu chirurgii onkologicznej (1984 r.). Od 1995 r. doktor nauk medycznych nadany przez Radę Naukową Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Uczestnik licznych kursów i szkoleń indywidualnych, m.in. w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, akademiach medycznych, instytutach onkologii w Warszawie, Poznaniu, Łodzi i Krakowie. Był kierownikiem specjalizacji I stopnia dziesięciu lekarzy, II stopnia chirurgii ogólnej dziesięciu lekarzy i specjalizacji z zakresu chirurgii onkologicznej jednego lekarza. Autor i współautor licznych prac naukowych i referatów wygłaszanych na zjazdach i posiedzeniach naukowych.

Po odbyciu stażu podyplomowego w Szpitalu Miejskim w Płocku (1966-1968) pełnił okresową służbę wojskową i pracował w oddziale chirurgicznym w Szpitalu Miejskim w Inowrocławiu (1968-1970). W latach 1970-1978 pracował kolejno jako młodszy asystent, asystent i starszy asystent w oddziale chirurgii II Szpitala Miejskiego w Płocku, a następnie Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Płocku. Jednocześnie pełnił funkcję zastępcy dyrektora w WSZ w Płocku (1975-1977). Od 1978 r. był zastępcą ordynatora oddziału chirurgii II,

a w latach 1987-2008 ordynatorem oddziału chirurgii I tego szpitala. W tym czasie w oddziale trzech lekarzy uzyskało stopień doktora nauk medycznych. Po przejściu na emeryturę pracował na kontrakcie w WSZ w Oddziale Chirurgii I do 2022 r.

Współorganizator Poradni Onkologicznej w Płocku oraz założyciel Poradni dla chorych ze Stomią oraz współzałożyciel klubu POL-ILKO chorych ze stomią. Brał udział w zorganizowaniu Klubu Amazonek w WSZ w Płocku.

Wieloletni członek Zarządu Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich. Przez dwie kadencje pełnił funkcję Przewodniczącego Komisji Rewizyjnej Polskiego Klubu Koloproktologii. Członek Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Stowarzyszenia im. Rydygiera w Krakowie, Towarzystwa Naukowego Płockiego. W 1997 r. zorganizował w Płocku III Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Wielokrotnie odznaczony, m.in. Złotym i Srebrnym Krzyżem Zasługi nadanym przez Radę Państwa (1976, 1984), medalem Zasłużony dla Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej (2015), wyróżniony w uznaniu zasług dla Polskiej Chirurgii Kolorektalnej (2016), uhonorowany Złotym Laurem Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich (2017), wymieniony na liście zasłużonych w 14. Tomie Chirurgii Onkologicznej. Ponadto otrzymał Odznakę za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia nadaną przez Ministra Zdrowia (1998) oraz Medal Pro Masovia (2018) nadany przez Marszałka Województwa Mazowieckiego.

Żonaty, ojciec dwóch dorosłych córek.



JAROSŁAW WANECKI

Płocczanin. Rocznic 1968. Absolwent III Liceum Ogólnokształcącego im. Marii Dąbrowskiej w Płocku, wydziału analityki Szkoły Medycznej w Płocku, wydziału lekarskiego Akademii Medycznej w Łodzi oraz podyplomowych studiów zarządzania w ochronie zdrowia Uniwersytetu Warszawskiego. Specjalista pediatrii. Pracował w Specjalistycznym - Przemysłowym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (obecnie MWOMP), przychodniach Płockiego Zakładu Opieki Zdrowotnej (Kolegialna, Miodowa, Zielona), na oddziałach dziecięcych Szpitala św. Trójcy i Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku oraz dyżurował w Nocnej Pomocy Lekarskiej Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku. Od 2000 roku współwłaściciel Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „*Nasza Przychodnia*”. Historyk płockiej ochrony zdrowia, w tym autor zarysu monografii „Szpital św. Trójcy w Płocku 1405-2005” oraz artykułów publikowanych w wydawnictwach Towarzystwa Naukowego Płockiego i Polskiej Akademii Nauk. Koordynator miejskich programów profilaktycznych dla dzieci, młodzieży i dorosłych. Twórca Płockiego Projektu Onkologicznego.

Pasjonat sceny. Prezes Płockiego Towarzystwa Przyjaciół Teatru od 2009 roku. Autor książki „PTPT 1968 -20018”. Współscenarzysta spektaklu „Gala Srebrnych Masek” w Teatrze Dramatycznym im. Jerzego Szaniawskiego w Płocku. W latach 2014-2022 przewodniczący Komisji Kultury Naczelnej Rady Lekarskiej, a obecnie kierownik Ośrodka Kultury i Dziedzictwa Historycznego Naczelnej Izby Lekarskiej. Sekretarz Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego „Przychodzi wena do lekarza” im. Profesora Andrzeja Szczeklika, współorganizowanego przez Medycynę Praktyczną i samorząd lekarski. Scenarzysta i realizator koncertów galowych w Teatrze Narodowym w Warszawie, Teatrze im. Juliusza Słowackiego w Krakowie, Operze Lwowskiej, Teatrze Aleksandra

Fredry w Gnieźnie i Teatrze Capitol w Warszawie. Pomysłodawca i realizator koncertów III LO: „Cud niepamięci”, „Wiara, nadzieja, moja miłość” oraz „Noce i Dnie”. Redaktor albumu z okazji 40-lecia liceum. Współtwórca Dni Kultury Żydowskiej i reżyser koncertu „Szumi pamięci wiatr”. Z okazji jubileuszu 20-lecia Szkoły Podstawowej nr 22 w Płocku, zrealizował spektakl z udziałem uczniów klas trzecich: „Chłopcy z Placu Broni”. Działacz Stowarzyszenia „Starówka Płocka”. Pomysłodawca koncertu charytatywnego „Kolęda dla druha” na rzecz budowy pomnika-ławeczki Wacława Milke na Starym Rynku. Autor tekstu kolędy nagranej z tej okazji przez Płocką Orkiestrę Symfoniczną z Zespołem Pieśni i Tańca „Dzieci Płocka” oraz piosenki na 100-lecie odzyskania Niepodległości wykonanej przez płockie chóry szkolne. Nominowany do tytułu Płoczanin Roku 2012. Laureat Pro Mazovia i Laude Probus.

Aktywny działacz środowiska lekarskiego: Krajowej Komisji Wyborczej do 2022 roku i Krajowej Komisji Rewizyjnej Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Unii Polskich Pisarzy Lekarzy i Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Delegat na krajowe i okręgowe zjazdy lekarzy. Redaktor Biuletynu izby płockiej w latach 1997-2009 i ponownie od 2022 roku. Sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej (2005-2009). Ostatni przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Płocku (2009) i jej pierwszy Prezes w latach 2010-2018. Realizator dwóch remontów i powiększenia siedziby izby przy ulicy Kościuszki 8. Członek Naczelnej Rady Lekarskiej VI i VII kadencji. Przewodniczący Kolegium Redakcyjnego Gazety Lekarskiej (2010-2018) oraz członek jej Rady Programowej do 2022 roku. Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Srebrnego Jubileuszy Izb Lekarskich w Polsce. Realizator kilku konferencji naukowych dla lekarzy i lekarzy dentyków. Redaktor reprintu „Migrena” Edwarda Flatau. Autor dwóch wydań monografii Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku „Dwa krzesła”. Współpracownik Instytutu Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk. Redaktor naczelny „Zeszytu Historycznego” z okazji 100-lecia samorządu lekarskiego w Polsce. Laureat Medalu im. Jerzego Moskwy Okręgowej Izby Lekarskiej

w Warszawie za integrację środowisk, najwyższych odznaczeń PTL (Gloria Medicinae) i Naczelnej Izby Lekarskiej (Meritus pro Medicis), Nagrody im. Władysława Biegańskiego i Złotego OTISA Zaufania w kategorii „Społecznik”, przyznawanej przez profesorską kapitułę czasopisma „Świat lekarza”.

Stały felietonista Gazety Wyborczej (Płock), Gazety Lekarskiej oraz biuletynów okręgowych izb lekarskich w Płocku, Toruniu, Kielcach i Opolu. Członek Związku Literatów Polskich. Redaktor pierwszego płockiego audiobooka „Manza” z opowiadaniem Mieczysława Themersona. Autor kilkunastu książek, w tym „Ecce Medicus”, wydanej przez Inter Polska dla Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz trylogii Medycyny Praktycznej: „Krajobraz z miłosiernym Samarytaninem”, „Galeria sonetów” i „Alchemia mitów”. Zbiór felietonów „Niebo gwiazdzone” Książnicy Płockiej opisuje wszystkie stolicy Unii Europejskiej.

Żona jest Sędzią, syn aplikantem adwokackim, a synowa lekarką-stażystką.



JACEK ZIELENIEWSKI

Urodził się w 1960 roku w Płocku i tu ukończył Liceum Ogólnokształcące im. Stanisława Małachowskiego. Studiował na I wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie. W trakcie studiów był laureatem Stypendium im. Profesora Marcina Kacprzaka dla najlepszego studenta medycyny pochodzącego z Ziemi Płockiej. Po studiach odbywał praktykę w Klinice Kardiologii na Uniwersytecie Goethego we Frankfurcie n. Menem. Od początku pracował w Oddziale Nefrologicznym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku, gdzie pod kierunkiem dr. n. med. Marka Świtalskiego uzyskał tytuł specjalisty I i II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych (1992, 1997). Swoje kwalifikacje uzupełniał w trakcie stażu specjalizacyjnego w USA, na Uniwersytecie Stanowym

New Jersey Medical School. Od początku pracy zawodowej zajmował się diagnostyką ultrasonograficzną. W roku 1997 pod opieką prof. dr. hab. med. Janusza Naumana uzyskał specjalizację z endokrynologii. W roku 1999 pod kierunkiem prof. dr. hab. med. Józefa Kędziory w Wojskowej Akademii Medycznej obronił rozprawę doktorską pt. *Ocena obrony antyoksydacyjnej i procesu peroksydacji lipidów u chorych z samoistnym nadciśnieniem tętniczym w trakcie leczenia inhibitorami konwertazy angiotensynowej*, specjalność fizjologia. Na wniosek Rady Wydziału praca została nagrodzona. Jest członkiem towarzystw naukowych: nefrologicznych, endokrynologicznych, ultrasonograficznych i diabetologicznych. Aktualnie nadal pracuje w Oddziale Nefrologicznym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku oraz w poradni endokrynologicznej. Żona Bogumiła jest endokrynologiem, córka Magdalena doktorem fizyki, syn Łukasz lekarzem. W latach 2012-2019 dr Jacek Zieleniewski przez dwie kadencje pełnił funkcję Prezesa Płockiego Towarzystwa Lekarskiego.

**Lekarze / lekarze dentyści
członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku,
którzy uzyskali stopnie i tytuły naukowe w latach 2014-2021**

2021 r.

Prof. dr hab. n. med. Maciej Słodki

**Tytuł profesora n. med. nadany przez Prezydenta RP
(06.04.2021 r.)**



Prof. dr hab. n. med. Maciej Słodki

Absolwent Liceum Ogólnokształcącego w Łęczycy i Akademii Medycznej w Łodzi, obecnie Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Specjalista położnictwa i ginekologii oraz perinatologii. W latach 2001-2017 lekarz oddziału ginekologii i położnictwa Szpitala Świętej Trójcy w Płocku.

Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi w 2007 roku, stopień doktora habilitowanego na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi w roku 2013. Monografia z kardiologii prenatalnej, będąca podstawą do nadania stopnia doktora habilitowanego, została uznana za najlepszą pracę habilitacyjną z zakresu ultrasonografii w latach 2012–2014. Tytuł profesora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu został mu nadany postanowieniem Prezydenta RP z dnia 6.04.2021 r. Rektor Mazowieckiej Uczelni Publicznej od 2016 roku, która w roku 2022 została przekształcona w Akademię Mazowiecką w Płocku. Zatrudniony na Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Mazowieckiej w Płocku. Działalność naukową prowadzi również w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, gdzie pracuje jako profesor w Zakładzie Kardiologii Prenatalnej. Członek Rady Naukowej Instytutu w kadencji 2017–2021. Autor licznych publikacji, dotyczących przede wszystkim kardiologii prenatalnej i echokardiografii płodowej, jest uznanym ekspertem w tej dziedzinie medycyny. Recenzent w renomowanych,

międzynarodowych czasopismach naukowych. Współpracuje z ośrodkami naukowymi na całym świecie. W latach 2017–2018 był członkiem zespołu powołanego przez ministra zdrowia do spraw opracowania standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Laureat II edycji konkursu „Supertalenty w Medycynie”. Od 2019 r. prezes Płockiego Towarzystwa Lekarskiego, wiceprezes Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Kardiologii Prenatalnej, sekretarz Polskiego Towarzystwa Kardiologii Prenatalnej, sekretarz Sekcji Echokardiografii Kardiologii Prenatalnej Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego w latach 2006-2017. Redaktor naczelny czasopisma naukowego „Prenatal Cardiology”. W latach 2018–2021 redaktor naczelny „Rocznika Towarzystwa Naukowego Płockiego”. Od 2021 roku członek rady naukowej czasopisma Journal of Clinical Ultrasound. W latach 2013–2018 delegat i rzecznik odpowiedzialności zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku. Interesariusz Płockiego Projektu Onkologicznego. Od 2022 r. członek Zespołu do spraw rozwoju systemu oświaty oraz systemu szkolnictwa wyższego i nauki powołanego przez Ministra Edukacji i Nauki. Otrzymywał trzykrotnie nagrody Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego za znaczące osiągnięcia w zakresie działalności organizacyjnej na rzecz Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Płocku oraz Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku. Odznaczony medalem Pro Masovia przez Marszałka Województwa Mazowieckiego.

Prywatnie żonaty. Żona Agnieszka jest lekarzem specjalistą okulistyki. Mają trójkę dzieci. Pasjonat triathlonu. Zdobywca medali na Mistrzostwach Polski Lekarzy w Triathlonie, ukończył koronny dystans Ironman w Kopenhadze.

2014 r.

- **doktor w dziedzinie nauk medycznych - Szymon Głowacki „Analiza powikłań pooperacyjnychu chorych poddanych leczeniu skojarzonemu z powodu raka płaskonabłonkowego przelyku”**
Promotor: dr hab. n. med. Krzysztof Zinkiewicz
20.02.2014 r., Uniwersytet Medyczny w Lublinie, specjalność
- chirurgia ogólna

2015 r.

- **doktor w dziedzinie nauk medycznych - Maciej Hawryluk**
„Biocenoza pochwy a zmiany w cytologii złuszczeniowej szyjki macicy”
Promotor: prof. dr hab. n. med. Katarzyna Guzińska-Ustymowicz
18.05.2015 r., Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **doktor w dziedzinie nauk medycznych - Kinga Księżakowska - Łakoma**
„Wpływ mutacji mtDNA na system oksydacyjny fosforylacji w procesie powstawania raka błony śluzowej macicy”
Promotor: prof. dr hab. n. med. Jacek R. Wilczyński
01.12.2015 r., Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- **doktor w dziedzinie nauk medycznych - Joanna Królewska**
„Stomatologiczne zachowania prozdrowotne, a stan uzębienia dzieci łódzkich w wieku od 12 do 18 roku życia”
Promotor: prof. dr hab. n. med. Magdalena Wochna-Sobańska
17.11.2015 r., Uniwersytet Medyczny w Łodzi

2016 r.

- **doktor w dziedzinie nauk medycznych - Klaudiusz Ciepliński**
„Ekspresja produktu białkowego genu TP53 oraz wybranych markerów proliferacji (Ki-67, MCM3, PCNA oraz topoizomeraza 110) w guzach jajnika o granicznym stopniu złośliwości”
Promotor: prof. dr hab. n. med. Andrzej Semczuk
2016 r. Uniwersytet Medyczny w Lublinie

2017 r.

- **doktor w dziedzinie nauk medycznych - Tomasz Wierchowski**
„Zespół śródoperacyjnej wiotkiej tęczówki (IFIS) ocena epidemiologiczno-kliniczna”
Promotor: prof. dr hab. n. med. Wojciech Omulecki
11.04.2017 r., Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- **doktor w dziedzinie nauk medycznych - Małgorzata Soroka**
„Ocena przydatności klinicznego podziału wrodzonych wad serca na przykładzie wspólnego kanału przedsionkowo-komorowego”
Promotor: prof. dr hab. n. med. Maciej Słodki
17.12.2017 r. Uniwersytet Medyczne w Szczecinie

2018 r.

- **doktor w dziedzinie nauk medycznych - Marek Brzeziński**
„Ultrasonograficzna ocena anatomii dolnych dróg moczowych u kobiet operowanych z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu”

Promotor: prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś

Promotor pomocniczy: dr hab. n. med. Katarzyna Kosińska-Kaczyńska

20.06.2018 r., Warszawski Uniwersytet Medyczny, specjalność:
ginekologii i położnictwo

2019 r.

- **doktor w dziedzinie nauk medycznych - Andrzej Bielski** „Ocena zastosowania nagłośniowych urządzeń do wentylacji w warunkach ratunkowego zabezpieczenia drożności dróg oddechowych”

Promotor: dr hab. n. med. Łukasz Szarpak

08.01.2019 r., Warszawski Uniwersytet Medyczny, specjalność:
medycyna ratunkowa

- **doktor w dziedzinie nauk medycznych - Marta Janicka-Szczepaniak**
„Ocena czynników ryzyka obniżenia gęstości mineralnej kościu dzieci z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów z uwzględnieniem stężeń markerów obrotu kostnego”

Promotor: prof. dr hab. n. med. Elżbieta Smolewska

16.04.2019 r., Uniwersytet Medyczny w Łodzi, specjalność: pediatria

2020 r.

- **doktor w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu**
- Piotr Pędraszewski
„Analiza wskazań do cięcia cesarskiego w WSZ w Płocku w latach 1974-2014”

Promotor: dr hab. n. med. Tomasz Jan Stetkiewicz

29.09.2020 r., Uniwersytet Medyczny w Łodzi, specjalność: ginekologia i położnictwo

Szymon Głowacki

**Analiza powikłań pooperacyjnych
u chorych poddanych leczeniu skojarzonemu
z powodu raka płaskonabłonkowego przełyku**

Streszczenie

Rak płaskonabłonkowy przełyku jest jednym z rzadszych nowotworów o bardzo dużej złośliwości. Pomimo wprowadzenia nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych wyniki leczenia nie są zadawalające, a odsetek przeżyć pięcioletnich w ośrodkach specjalistycznych wyselekcjonowanej grupy pacjentów rzadko przekracza 40%. W związku z tym cały czas poszukuje się coraz to lepszych sposobów diagnozowania, leczenia, jak również profilaktyki. Trzeba zaznaczyć, że leczenie raka płaskonabłonkowego przełyku obarczone jest bardzo dużym ryzykiem powikłań okołoperacyjnych. Mimo znacznego rozwoju technik diagnozowania i leczenia ilość powikłań związanych z leczeniem tego raka jest wciąż wysoka i w zależności od ośrodka wynosi od 5 do 90%.

Celami niniejszej pracy było:

1. Znalezienie zależności między cechami badanymi w trzech grupach chorych, a wystąpieniem powikłań płucnych.
2. Znalezienie zależności między cechami badanymi w trzech grupach chorych, a wystąpieniem nieszczelności w zespoleniu.
3. Ustalenie czy miejsce wykonania zespolenia na szyi czy w klatce piersiowej zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych.

W latach 1996–2006 w II Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie leczono 380 chorych z powodu raka płaskonabłonkowego przełyku. Leczeniu operacyjnemu poddano 179 chorych. Grupę badaną stanowili operowani chorzy. Pozostałych

chorych kwalifikowano do leczenia paliatywnego. Grupy badane wyodrębniono ze względu na schemat leczenia:

1. Chorzy leczeni tylko operacyjnie.
2. Chorzy leczeni chemioterapią przedoperacyjną, a następnie operowani.
3. Chorzy leczeni radiochemioterapią przedoperacyjną, a następnie operowani.

W każdej z grup poszukiwano zależności ze względu na pewne cechy kliniczne i morfologiczne mogące mieć wpływ na wystąpienie powikłań płucnych oraz na wystąpienie przetoki w zespoleniach substytutu z przełykiem.

We wszystkich grupach ujęto chorych gdzie substytutem po resekcji przełyku był żołądek. Chorzy zostali podzieleni na 2 niezależne grupy badane ze względu na miejsce zespolenia. Podstawowa grupa to chorzy z zespoleniem wykonanym na szyi oraz grupa chorych z zespoleniem wykonanym w klatce piersiowej. W poszukiwaniu przyczyny występowania powikłań pooperacyjnych analizowano następujące cechy:

- a. Płeć
- b. Wiek
- c. Ubytek masy ciała przed operacją
- d. Poziom albumin
- e. Lokalizację nowotworu
- f. Zaawansowanie nowotworu TNM
- g. Inwazję naczyń / naciek na duże naczynia
- h. Rodzaj operacji pod względem resekcyjności: R0, R1, R2
- i. Sposobu przemieszczenia substytutu przez śródpiersie
- j. Ilości warstw szycia zespolenia
- k. Miejsca wykonania zespolenia przełyku z przednią lub tylną ścianą substytutu
- l. Rodzaj odpowiedzi histopatologicznej w grupach chorych poddanych leczeniu wstępnemu radio-chemioterapii.

Przed omówieniem uzyskanych wyników zbadano, czy porównywane grupy pacjentów różnią się pod względem

podstawowych informacji (płeć, wiek, ubytek masy), informacji o zaawansowaniu nowotworu, przeprowadzonej operacji oraz informacjach zebranych po wykonaniu zabiegu.

Badane grupy analizowano testami statystycznymi zakładając jako wyniki istotne statystycznie takie, gdzie prawdopodobieństwo popełnienia błędu I rodzaju (błąd polegający na odrzuceniu hipotezy zerowej, zakładającej brak istnienia zależności, w momencie, gdy była ona prawdziwa) jest mniejsze niż 5% ($p < 0,05$).

Poniżej dokonano porównania opisanych wyżej grup pod kątem informacji o pacjentach, zaawansowaniu nowotworu, przeprowadzonej operacji oraz przebiegu pooperacyjnego (przeżycie, wystąpienie powikłań).

Dane pacjentów

Pod względem płci w każdej z grup przebadano zdecydowanie więcej mężczyzn aniżeli kobiet. Także pod względem średniej wieku pacjentów zaobserwowano istotne statystycznie różnice ($p < 0,001$). Okazało się, że badani, którzy przeszli wyłącznie operację są znacznie starsi w porównaniu do pacjentów, którzy przeszli dodatkowo chemioterapię przedoperacyjną ($p < 0,001$). Pomiędzy pozostałymi grupami nie znaleziono istotnych różnic pod względem średniej wieku. Znaleziono także tendencję statystyczną pokazującą, że pacjenci, którzy przeszli chemioterapię oraz operację posiadają znacznie lepszy stan odżywienia organizmu w porównaniu do badanych, którzy zostali poddani wyłącznie zabiegowi operacyjnemu. Nie znaleziono natomiast zależności między porównywanymi schematami leczenia, a średnim ubytkiem masy pacjenta. Cechy naciekania naczyń zaobserwowano u 55,3% pacjentów. Po uwzględnieniu schematu leczenia uzyskano, że zdecydowanie najczęściej obserwowano je wśród badanych poddanych wyłącznie operacji (66,7%), najrzadziej natomiast – wśród pacjentów leczonych chemioterapią, radioterapią i operacyjnie (17,2%). W grupie pacjentów poddanych chemioterapii oraz operacji inwazja naczyń występowała u 57% badanych. Pod względem stopnia zaawansowania raka wg klasyfikacji TNM spotykano pacjentów

głównie w II-gim i III-cim stopniu zaawansowania (odpowiednio 40,8% oraz 55,3%); I stopień obserwowany był u zaledwie 2,2% wszystkich pacjentów, natomiast IV stopień – wśród 1,7% badanych. Po uwzględnieniu zastosowanego schematu leczenia nie znaleziono większych różnic pomiędzy grupami pod względem stopnia TNM. Znaczące różnice pomiędzy pacjentami różniącymi się zastosowanym schematem leczenia zaobserwowano pod względem cechy R ($p < 0,001$). Stwierdzono, że badani poddani wyłącznie operacji uzyskiwali radykalność resekcji na poziomie R1, natomiast pacjenci leczeni chemioterapią, radioterapią oraz operacyjnie uzyskali znamienne wyższą resekcyjność – R0. Badani, którzy przeszli chemioterapię i zabieg operacyjny osiągnęli radykalność resekcji w zakresie cechy R w podobnych liczbowo proporcjach.

Pod względem występowania powikłań najwięcej zaobserwowano w grupie pacjentów leczonych wyłącznie operacyjnie (37,9%), najmniej natomiast – wśród badanych z chemioterapią i operacją (27,0%). Niewiele ponad 30% pacjentów leczonych chemioterapią, radioterapią i operacją posiadało powikłania pooperacyjne. Ogólnie, powikłania pooperacyjne wystąpiły wśród 33% pacjentów.

Powikłania płucne najczęściej występowały wśród pacjentów leczonych chemioterapią, radioterapią i operacyjnie (20,7%) lub wyłącznie chemioterapią i operacyjnie (19,1%). W grupie badanych leczonych wyłącznie poprzez zabieg operacyjny tego typu powikłania zaobserwowano u zaledwie 13,8%, natomiast analizując wyniki dla wszystkich przebadanych osób powikłania płucne zaobserwowano wśród 16,8%.

Pod względem odpowiedzi histopatologicznej nie zaobserwowano różnic między badanymi schematami leczenia ($p > 0,05$). Uzyskano bowiem, że bez względu na zastosowany schemat leczenia dominowało występowanie częściowej odpowiedzi histopatologicznej (PR – Partial Response), natomiast najrzadziej obserwowano pełną odpowiedź histopatologiczną (CR – Complete Response). Nie znaleziono natomiast istotnych różnic w długości przeżycia pacjentów po uwzględnieniu schematu leczenia ($p > 0,05$). Zaobserwowano

jedynie, że pacjenci poddani chemioterapii, radioterapii oraz operacji przeżywali średnio nieznacznie więcej aniżeli badani objęci jednym z dwóch pozostałych schematów leczenia. Uwagę zwraca otrzymanie dużych wartości odchyłeń standardowych w każdej z analizowanych grup, co świadczy o dużym rozproszeniu wyników. Istnienie dużego rozproszenia wyników może świadczyć o istnieniu skupień w poszczególnych grupach badanych. W dalszej części wyników przedstawione zostaną wyniki analizy skupień. Średni okres przeżycia wyniósł około 18 miesięcy.

Ponadto występowanie przetoki w zespoleniu zaobserwowano wśród 16,8% pacjentów. Po uwzględnieniu schematów leczenia nie znaleziono większych różnic między badanymi ($p>0,05$). Przetoka w zespoleniu występowała jedynie nieznacznie częściej wśród pacjentów poddanych wyłącznie operacji (21,8%) w porównaniu do poddanych dodatkowo chemioterapii (9,5%) oraz radioterapii i chemioterapii (17,2%).

Za pomocą analizy regresji logistycznej metodą wprowadzania zbadano, na podstawie jakich informacji można określić prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań u analizowanej grupy pacjentów. Analizę przeprowadzono oddzielnie dla każdego ze schematów leczenia. Poniżej omówiono uzyskane wyniki.

Okazało się, że istotnymi predyktorami pozwalającymi przewidzieć wystąpienie powikłań w grupie pacjentów leczonych tylko operacyjnie są: obserwowana inwazja naczyń ($p=0,094$) oraz ilość warstw szycia ($p<0,05$). Jak pokazują uzyskane wyniki prawdopodobieństwo wystąpienia ogólnych powikłań wzrasta, gdy nie zaobserwowano inwazji naczyń. Ponadto wraz z liczbą warstw szycia ponad 3-krotnie wzrasta możliwość wystąpienia powikłań u pacjentów leczonych według tego schematu.

Zaobserwowano, że istotnymi predyktorami, które pozwalają określić wystąpienie ogólnych powikłań w grupie leczonych schematem chemioterapii i operacją są: stan odżywienia organizmu, wiek, miejsce szycia oraz nadana cecha R. Okazało się, że możliwość wystąpienia powikłań wśród tych pacjentów wzrasta, gdy pogarsza

się stan odżywienia organizmu, wzrasta wiek, szycia dokonano na przedniej ścianie oraz wykonano operację z niższym typem R.

W grupie badanej ze schematem leczenia radiochemioterapią i operacją istotnymi predyktorami okazały się miejsce dokonania szycia oraz zakres resekcyjności operacji. Ryzyko wystąpienia powikłań wzrasta, gdy pacjentom wykonano operację z niższym typem R oraz dokonano szycia na przedniej ścianie.

Kolejnym etapem było sprawdzenie, czy w zależności od zastosowanych schematów leczenia można znaleźć cechy mogące przewidzieć wystąpienie powikłań płucnych. W tym celu wykonano analizę regresji logistycznej metodą warunkowej selekcji postępującej.

Poniżej przedstawiono otrzymane wyniki.

Pacjenci leczeni wyłącznie operacyjnie.

Nie znaleziono istotnego modelu pozwalającego przewidzieć ryzyko wystąpienia powikłań płucnych ($p > 0,05$). Otrzymany wynik pokazuje, że wśród pacjentów poddanych wyłącznie operacji nie możliwe jest określenie czynników zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań płucnych.

Pacjenci leczeni według schematu: chemioterapia + operacja.

Otrzymany model regresji okazał się istotny statystycznie ($p < 0,05$), wyjaśnia w 19,6% możliwość wystąpienia powikłań płucnych wśród pacjentów leczonych wedle tego schematu.

Okazało się, że na podstawie stanu odżywienia organizmu oraz nadanej cechy R dla przeprowadzonej operacji można określić ryzyko wystąpienia powikłań płucnych wśród pacjentów leczonych chemioterapią i operacyjnie. Zaobserwowano, że możliwość wystąpienia tego typu powikłań wzrasta, gdy pogarsza się stan odżywienia organizmu oraz operację oznaczono niższą cechą R. Zaobserwowano, że istotnymi predyktorami pozwalającymi określić prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań płucnych u pacjentów

leczonych wedle schematu: chemioterapia, radioterapia, operacja jest obecność inwazji naczyń oraz nadana operacji cecha R. Okazało się, że ryzyko wystąpienia powikłań wzrasta, gdy zaobserwowano inwazję naczyń oraz zabieg operacyjny oznaczono wyższą cechą R.

Następnie sprawdzono, czy istnieją pewne parametry, na podstawie których możliwe jest określenie prawdopodobieństwa wystąpienia przetoki w zespoleniu. W tym celu przeprowadzono analizę regresji logistycznej, oddzielnie dla każdego z zastosowanych schematów leczenia. Poniżej omówiono uzyskane wyniki.

W grupie leczonych tylko operacyjnie okazało się, że wystąpienie przetoki w zespoleniu można przewidywać na podstawie płci. Zaobserwowano bowiem, że kobiety są częściej narażone na pojawienie się przetoki ($B=-1,87$; $p=0,061$). Wyniki przeprowadzonej analizy w grupie leczonych chemioterapią i operacją pokazały, że na podstawie stanu odżywienia organizmu, ubytku masy ciała oraz drogi przemieszczenia substytutu można przewidzieć wystąpienie przetoki w zespoleniu. Zaobserwowano, że ryzyko wystąpienia wzrasta, gdy obniża się stan odżywienia organizmu (poziom albumin), pacjenci mają większy ubytek masy ciała oraz gdy jako drogę przemieszczenia substytutu wybrano tylnie śródpiersiu. Warto zaznaczyć, że wybór tylnej części śródpiersia, jako drogi przemieszczenia substytutu zwiększa prawie 49 – krotnie możliwość wystąpienia przetoki w zespoleniu.

Pacjenci leczeni według schematu: chemioterapia + radioterapia + operacja.

Wśród pacjentów poddanych temu schematowi leczenia nie zaobserwowano istnienia modelu regresji, który pozwalałby przewidzieć możliwość wystąpienia przetoki w zespoleniu.

Za pomocą serii analiz statystycznych zbadano, czy istnieje zależność między występowaniem przetoki w zespoleniu oraz powikłań pooperacyjnych w zależności od miejsca zespolenia żołądka jako substytutu. Porównania dokonano dla wszystkich przebadanych pacjentów oraz w podziale wedle zastosowanego schematu leczenia.

Poniżej omówiono wyniki.

- Występowanie powikłań ogólnych.

Nie znaleziono istotnej zależności pomiędzy występowaniem powikłań ogólnych, a miejscem zespolenia żołądka jako substytutu ($\chi^2(1)=0,51$; $p>0,05$). Uzyskano bowiem, że bez względu na zastosowane miejsce zespolenia nie znaleziono większych różnic pod względem obserwowanych powikłań. Pacjenci, u których jako miejsce zespolenia wybrano klatkę piersiową posiadali jedynie nieznacznie częściej powikłania (39,4%) w porównania do osób, gdzie miejscem zespolenia była szyja (33,0%).

Po uwzględnieniu schematów leczenia także nie znaleziono istotnych zależności pomiędzy występowaniem powikłań ogólnych a wybranym miejscem zespolenia żołądka jako substytutu (w przypadku każdego z analizowanych schematów leczenia uzyskano wynik istotny na poziomie $p>0,05$). Zaobserwowano, że bez względu na zastosowany schemat leczenia pacjenci, u których jako miejsce zespolenia substytutu wybrano klatkę piersiową nie różnili się od osób, gdzie jako miejsce zespolenia wybrano szyję pod względem występowania powikłań ogólnych.

- Występowanie powikłań płucnych.

Nie znaleziono także potwierdzenia na występowanie zależności między występowaniem powikłań płucnych, a zastosowanym miejscem zespolenia żołądka jako substytutu ($\chi^2(1)=1,06$; $p>0,05$). Nie ma więc podstaw do wnioskowania, że istnieją różnice między osobami, u których jako miejsce zespolenia substytutu wybrano szyję bądź klatkę piersiową pod względem występowania tego typu powikłań.

Także po uwzględnieniu zastosowanego schematu leczenia nie stwierdzono zależności pomiędzy występowaniem powikłań płucnych, a miejscem zespolenia żołądka jako substytutu ($p > 0,05$). Bez względu na schemat leczenia pacjentów nie ma różnic w występowaniu powikłań płucnych u pacjentów, gdzie jako miejsce zespolenia wybrano szyję lub klatkę piersiową.

- Występowanie przetoki w zespoleniu.

Kolejna spośród wykonanych analiz chi – kwadrat potwierdziła istnienie zależności między wystąpieniem przetoki w zespoleniu a zastosowanym miejscem zespolenia żołądka jako substytutu przełyku ($\chi^2(1)=4,21$; $p<0,05$). Okazało się, że przetoka w zespoleniu wystąpiła znacznie częściej, gdy jako miejsce zespolenia wybrano szyję (16,8%) aniżeli klatkę piersiową (3,0%).

Po uwzględnieniu zastosowanego schematu leczenia uzyskano, że zależność widoczna jest jedynie wśród pacjentów leczonych wyłącznie operacyjnie ($\chi^2(1)=5,39$; $p<0,05$). Zaobserwowano, że u osób, u których jako miejsce zespolenia wybrano szyję, znacznie częściej występowała przetoka w zespoleniu (21,8%) aniżeli, gdy zdecydowano się na zespolenie w klatce piersiowej (3,3%). W przypadku pozostałych schematów leczenia nie znaleziono zależności między występowaniem przetoki w zespoleniu a zastosowanym miejscem zespolenia żołądka jako substytutu przełyku ($p > 0,05$).

Na podstawie przeprowadzonych w niniejszej pracy badań wysunięto następujące wnioski:

1. Analizując badane grupy pod kątem sposobu leczenia oraz badanych cech stwierdzono istotne statystycznie zależności między występowaniem powikłań płucnych, a obecnością inwazji naczyń w grupie leczonych schematem radiochemioterapią i operacyjnie. W przypadku leczenia chemioterapią i operacyjnie udowodniono, że na wystąpienie powikłań płucnych ma wpływ stan odżywienia chorego przed operacją. W przypadku chorych poddanych tylko leczeniu operacyjnemu, nie znaleziono zależności istotnych statystycznie między badanymi cechami, a powikłaniami płucnymi.
2. W schemacie leczenia radiochemioterapią i operacyjnie nie stwierdzono żadnych zależności między badanymi cechami, a występowaniem przetoki w zespoleniu. W przypadku schematu leczenia chemoterapią, a następnie operacyjnie udowodniono, że na występowanie przetoki w zespoleniu

przełykowo-żołądkowym ma wpływ stan odżywienia chorego przed operacją oraz droga przemieszczenia substytutu przez tylne śródpiersie. Przeprowadzenie substytutu tą drogą znamiennie zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań w postaci przetoki. W przypadku leczenia tylko operacyjnie nie stwierdzono żadnych zależności z badanymi cechami.

3. W przeprowadzonej analizie nie wykazano związku pomiędzy występowaniem powikłań płucnych i ogólnych w zależności od miejsca zespolenia substytutu. Natomiast wykazano istotną statystycznie różnicę występowania częściej przetoki w zespoleniu na szyi w porównaniu do zespolenia w klatce piersiowej.

Szymon Głowacki

Maciej Hawryluk

Biocenoza pochwy a zmiany w cytologii złuszczeniowej szyjki macicy

Streszczenie:

Szyjka macicy jest częstym miejscem występowania zmian chorobowych u kobiet zwłaszcza w wieku rozrodczym. Zapalenia są najbardziej pospolitym problemem zdrowotnym żeńskiego narządu rozrodczego. Najpowszechniejszym czynnikiem etiologicznym cervicitis są infekcje powodowane przez *Chlamydia trachomatis*, *Neisseriagonorrhoeae*, *Trichomonasvaginalis*, wirusa opryszczki pospolitej (HSV) lub wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV), *Mycoplasmagenitalium*, *Candida spp* oraz bakteryjne zakażenie pochwy.

Standardowa sekwencja diagnostyczna infekcji szyjki macicy obejmuje badanie podmiotowe, przedmiotowe i badanie mikroskopowe. Badanie przedmiotowe obejmuje badanie palpacyjne brzucha, badanie pochwy z oceną nieprawidłowości sromu, wzernikowanie (ocena błony śluzowej pochwy i tarczy szyjki macicy), ocenę pH pochwy, test aminowy (z 10% roztworem KOH), oraz pobranie materiału do badań mikroskopowych. W wymazach z pochwy ocenia się stopień czystości pochwy, natomiast rozmazy z tarczy i kanału szyjki macicy poddawane są ocenie cytologicznej wg systemu PAP lub Bethesda (jest to test przesiewowy). W szczegółowej diagnostyce zakażeń można wykonać badania mikrobiologiczne lub test na HPV.

Obecnie coraz częściej lekarze ginekolodzy odstępują od wykonywania oceny biocenozy pochwy licząc na uzyskanie informacji dotyczących rodzaju infekcji z wyniku badania cytologicznego szyjki macicy. Cytologia złuszczeniowa szyjki macicy jest badaniem skryningowym w poszukiwaniu dysplastycznych zmian śródnabłonkowych jak i neoplazji w tarczy szyjki macicy. Należy

jednak podkreślić, iż w nowej klasyfikacji Bethesda, która podzielona jest na 4 części, jedna z nich opisuje zmiany typu zapalnego takie jak: *Trichomonas vaginalis*, *Candida*, *Actinomyces*, Chlamydia, zmiany w komórkach odpowiadające infekcji HSV, zmiany flory bakteryjnej. Jednak lekarz ginekolog może sam dokonać oceny biocenozy pochwy w dość krótkim czasie i stwierdzić jej zaburzenia. Stwierdzenie nieprawidłowej wydzieliny w pochwie obliguje do określenia jej koloru, spoistości. W pierwszym etapie należy za pomocą papierka lakmusowego ocenić również pH pochwy. Prawidłowe pH zawiera się pomiędzy 3,8 a 4,5. Wynik pH 4,5 może świadczyć o obecności patogennej flory bakteryjnej lub rzęsistkowicy. Dlatego celem niniejszej pracy była: 1. Ocena biocenozy pochwy u pacjentki przed pobraniem cytologii z szyjki macicy. 2. Ocena cytologii złuszczeniowej szyjki macicy wg. systemu Bethesda. 3. Ocena pH pochwy i jego wpływ na obecność patologii stwierdzanych w biocenozie pochwy jak i w cytologii złuszczeniowej szyjki macicy. 4. Analiza związku pomiędzy zmianami stwierdzanymi podczas oceny biocenozy pochwy w korelacji ze zmianami stwierdzanymi w badaniach oceny cytologicznej wymazów z tarczy szyjki macicy. Badaniami objęto grupę 1991 pacjentek, które zgłosiły się na kontrolne badanie cytologiczne w gabinecie ginekologicznym doktoranta. Do badań zostały wydzielone grupy wiekowe pacjentek 10-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89 rż. Pacjentki zostały poddane badaniu ginekologicznemu które obejmowało oględziny zewnętrznych narządów płciowych, badanie wziernikiem wewnętrznych narządów płciowych, pomiar pH pochwy, pobranie materiału do oceny biocenozy pochwy i do badania cytologicznego. Przeanalizowano obraz makroskopowy na tarczy szyjki macicy, pH pochwy, czynnik infekcyjny w badaniu biocenozy pochwy, wynik badania cytologicznego i poddano analizie statystycznej. Nieprawidłowości w obrazie makroskopowym tarczy szyjki macicy, obecność czynników infekcyjnych w biocenozie pochwy a także największy odsetek zmiany typu LSIL stwierdzano u młodszych pacjentek, dlatego rozsądne jest profilaktyczne wykonywanie badania

cytologicznego także u dziewcząt młodych, które już rozpoczęły współżycie. Wykazano też, iż bardziej zaawansowane zmiany w obrazie makroskopowym na tarczy szyjki macicy pojawiają się dopiero w cytologicznie stwierdzonych nieprawidłowościach komórek nabłonkowych. Jednakże większość zmian typu ASC-US, LSIL, ASC-H czy AGC objawia się prawidłowym obrazem makroskopowym, zmianami zapalnymi lub nadżerką. Dlatego też zmiany w obrazie makroskopowym na tarczy szyjki macicy mogą sugerować nieprawidłowości 81 w cytologii, natomiast prawidłowy obraz makroskopowy nie powinien być zbagatelizowany. Stwierdzono fakt, że zasadowe pH pochwy związane jest głównie z infekcją bakteryjną i rzęsiastkiem pochwowym zdiagnozowanymi w badaniu biocenozy pochwy. Zmiana flory bakteryjnej rozpoznana w badaniu cytologicznym również ma związek z nieprawidłowym pH pochwy. Kwaśne pH pochwy wiąże się głównie z infekcją grzybiczą. Zaobserwowano również, iż kobiety z nieprawidłowymi komórkami nabłonkowymi w badaniu cytologicznym (ASC-US, ASC-H, LSIL, rak płaskonabłonkowy, AGC) miały głównie prawidłową biocenozę pochwy. Ponadto stwierdzono, że infekcje bakteryjne oraz *Candida* sp częściej diagnozowane są podczas badania biocenozy pochwy niż badania cytologicznego, natomiast infekcja *Trichomonas vaginalis* częściej wykrywana jest w badaniu cytologicznym.

WNIOSKI:

1. Nieprawidłowości w obrazie makroskopowym tarczy szyjki macicy stwierdza się u młodszych pacjentek (w wieku do 29 r.ż.).
2. Obecność czynników infekcyjnych w biocenozie pochwy obserwuje się częściej u młodszych pacjentek.
3. Częstość występowania zmian typu ASC-US, ASC-H, AGC, a także raka płaskonabłonkowego szyjki macicy rośnie wraz z wiekiem.

4. Największy odsetek zmiany typu LSIL występuje natomiast u kobiet w wieku 10-19 lat.
5. Bardziej zaawansowane zmiany w obrazie makroskopowym na tarczy szyjki macicy pojawiają się dopiero w cytologicznie stwierdzonych nieprawidłowościach komórek nabłonkowych. Jednakże większość zmian typu ASC-US, LSIL, ASC-H czy AGC objawia się prawidłowym obrazem makroskopowym, zmianami zapalnymi lub nadżerką.
6. Kobiety z nieprawidłowymi komórkami nabłonkowymi w badaniu cytologicznym (ASC-US, ASC-H, LSIL, rak płaskonabłonkowy, AGC) miały głównie prawidłową biocenozę pochwy.
7. Zasadowe pH pochwy związane jest głównie z infekcją bakteryjną i rzęsistkiem pochwowym zdiagnozowanymi w badaniu biocenozy pochwy. Zmiana flory bakteryjnej rozpoznana w badaniu cytologicznym również ma związek z nieprawidłowym pH pochwy.
8. Kwaśne pH pochwy wiąże się głównie z infekcją grzybiczą.
9. Infekcje bakteryjne oraz *Candida sp* częściej diagnozowane są podczas badania biocenozy pochwy niż badania cytologicznego, natomiast infekcja *Trichomonas vaginalis* częściej wykrywana jest w badaniu cytologicznym

Maciej Hawryluk

Wpływ mutacji mtDNA na system oksydacyjnej fosforylacji w procesie powstawania raka błony śluzowej macicy

Streszczenie

Wstęp

Według danych epidemiologicznych rak endometrium w krajach o wysokim poziomie rozwoju cywilizacyjnego stał się jednym z częstszych nowotworów złośliwych narządu rodowego u kobiet. Od 1980 roku w Polsce wzrosła zachorowalność i śmiertelność spowodowana rakiem endometrium.

Rak błony śluzowej macicy najczęściej rozpoznawany jest w wieku około i pomenopauzalnym. Uważa się, że takie czynniki jak otyłość, cukrzyca, zespół metaboliczny, nadciśnienie tętnicze, zaawansowany wiek, wczesna menarche, późna menopauza, niska rodność, nieregularność cykli miesięczkowych zwiększają ryzyko zachorowania na raka endometroidalnego. Wpływ na rozwój nowotworu trzonu macicy mają również uwarunkowania rodzinne oraz mutacje w obrębie genomu mitochondrialnego i jądrowego.

Dotychczas ukazały się jedynie nieliczne publikacje dotyczące wpływu mutacji genów szlaku fosforylacji oksydacyjnej w mtDNA na promocję rozwoju raka trzonu macicy. Niniejsza praca stanowi próbę uzupełnienia wiedzy dotyczącej znaczenia zaburzeń mtDNA w patogenezie raka endometrium oraz potencjalnego znaczenia wariantów genów MT-CO dla rokowania u chorych z tym nowotworem.

Cel pracy

1. Ocena danych klinicznych jako czynnika predysponującego do zachorowania na raka endometrium.
2. Analiza przeżycia w zależności od stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji FIGO, stopnia zróżnicowania

histopatologicznego G1-G3 oraz występowania innych czynników prognostycznych w raku endometrium.

3. Ocena mutacji A5935G, G5949A, G6081A, G6267A w genie MT-CO1 i T9540C w genie MT-CO3 oraz wariantów wykrytych podczas analizy fragmentów genów MT-CO1 i MT-CO3 w grupie badanej i kontrolnej.
4. Ocena zależności między zmianami występującymi w genach MT-CO1 i MT-CO3 a częstością występowania raka endometrium.
5. Ocena zależności pomiędzy tymi parametrami a cechami klinicznymi badanej grupy.
6. Określenie wartości rokowniczej wykrytych wariantów w genach MT-CO1 i MT-CO3.

Material i metody

Do badanej populacji włączono pacjentki wyłącznie pochodzenia europejskiego z rozpoznanym rakiem endometrioidalnym w różnym stopniu zaawansowania wg FIGO i o różnym stopniu złośliwości.

Material do badania stanowiły:

- wycinki raka endometrium (*adenocarcinoma endometrioides*) uzyskane podczas histerektomii przezbrzuszej, utrwalone w formalinie i przechowywane w postaci bloczków parafinowych w Zakładzie Patomorfologii Klinicznej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Badane wycinki pobrano od 100 kobiet operowanych z powodu raka endometrium w Klinice Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej ICZMP w Łodzi w latach 2007–2014 (grupa badana),
- preparaty histopatologiczne niezłośliwych rozrostów endometrium, utrwalone w formalinie i przechowywane w postaci bloczków parafinowych w Zakładzie Patomorfologii Klinicznej ICZMP, pobrane od 25 pacjentek z rozpoznanym nieprawidłowym krwawieniem z dróg rodnych, poddanych diagnostycznemu zabiegowi wyłyżeczkowania kanału szyjki

macy i jamy macicy w Klinice Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej ICZMP w latach 2011–2012 (grupa kontrolna).

Metody:

1. izolowanie DNA,
2. reakcja PCR,
3. sekwencjonowanie.

Metody badawcze wykonano zgodnie z zaleceniami producenta.

Wyniki

W badanej populacji analizowano mutacje A5935G, G5949A, G6081A, G6267A w genie MT-CO1 i T9540C w genie MT-CO3 występujące w raku prostaty, raku piersi, trzustki, jelita grubego oraz wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego. Wykryto mutacje T9540C u jednej pacjentki z grupy badanej. Pozostałych mutacji nie wykryto. Można przypuszczać, że obecność zmian w genach MT-CO1 i MT-CO3, charakterystycznych dla innych typów nowotworów, nie jest czynnikiem ryzyka dla raka endometrium.

Analizując fragmenty genów MT-CO1 i MT-CO3 celem wykrycia innych zmian, stwierdzono: 6 wariantów w genie MT-CO1 oraz 4 w genie MT-CO3. Wykryte zmiany obecne były u 10% grupy badanej i 8% grupy kontrolnej. Poszczególne zmiany występowały sporadycznie w badanej populacji, z częstością 1–2% w grupie badanej. Ze względu na zbyt niską częstość występowania powyższych zmian nie można dokonać oceny statystycznej otrzymanych wyników. Analiza ta byłaby niewiarygodna.

Wśród wykrytych mutacji są takie, które opisano w innych nowotworach: w raku prostaty i zaśniedziałym, trzustki i glejaku wielopostaciowym, raku jajnika i tarczycy, rakach głowy i szyi pochodzenia nabłonkowego. Pozostałych pięć zmian zostało opisanych po raz pierwszy w niniejszej pracy doktorskiej.

W prezentowanej pracy zawarliśmy również ocenę danych z wywiadu jako czynników predysponujących lub zmniejszających

ryzyko zachorowania na raka endometrium. W badanej populacji wykazaliśmy obecność 5 czynników predysponujących do zachorowania na raka endometrium.

Są nimi:

1. wiek pacjentki w momencie rozpoznania choroby (OR 1,18),
2. data ostatniej miesiączki (OR 1,14),
3. nadwaga (OR 1,74),
4. otyłość (OR 3,03),
5. nadciśnienie tętnicze (OR 3,5).

Palenie papierosów zmniejsza ryzyko zachorowania na raka endometrium (OR 0,16).

Przeprowadzona jednoczynnikowa analiza przeżycia w zależności od stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji FIGO, stopnia zróżnicowania histopatologicznego G1-G3 oraz występowania innych czynników prognostycznych w raku endometrium wyłoniła 3 istotne statystycznie czynniki prognostyczne:

1. najwyższy odsetek 5-letnich przeżyć (84%) wykazano u pacjentek z rozpoznaniem I wg FIGO względem pozostałych stopni zaawansowania nowotworu,
2. wyższy odsetek 5-letnich przeżyć (85%) u pacjentek z rozpoznaniem nowotworu wysoko-lubśredniozróżnicowanego względem chorych z nisko-zróżnicowanym rakiem,
3. zależność pomiędzy wartością BMI a przeżyciem (kobiety z nadwagą żyją dłużej).

Czynniki te poddano analizie wieloczynnikowej, wykazując obecność niezależnych czynników prognostycznych w raku endometrium, takich jak: wartość BMI oraz stopień zaawansowania wg FIGO.

Kinga Księżakowska-Łakoma

Joanna Królewska

Stomatologiczne zachowania prozdrowotne a stan uzębienia dzieci łódzkich w wieku od 12 do 18 roku życia

Streszczenie

Badania epidemiologiczne służą ocenie stanu zdrowia populacji, określeniu potrzeb w tym zakresie oraz opracowaniu strategii pozwalających na poprawę danej sytuacji zdrowotnej. Konieczne jest ich przeprowadzenie we właściwych interwałach czasowych celem monitorowania występujących zmian, weryfikacji podjętych działań profilaktycznych oraz ewentualnemu odnotowaniu potrzebnych modyfikacji w zastosowanych metodach i środkach oddziaływania.

Powszechnie występująca choroba próchnicowa zębów stanowi problem również w populacji wieku rozwojowego. Obserwacje wieku ostatnich lat udowodniły przy tym, że styl życia i związane z nim zachowania stają się być może najważniejszym narzędziem w zapobieganiu tej chorobie i jej następstwom. Podjęty przez lek. stom. Joannę Królewską - Gawarżyńską wybór tematu badawczego jest zatem trafny i ma swoje praktyczne i naukowe podłoże.

Celem pracy były:

- analiza stomatologicznych zachowań prozdrowotnych dzieci łódzkich w wieku 12 do 18 roku życia,
- ocena stanu uzębienia badanych osób,
- ocena wpływu modelu prawidłowych zachowań prozdrowotnych na stan uzębienia badanej populacji.

Materiał w pracy stanowiły dane pochodzące z badań, które objęły grupę 369 uczniów obu płci w wieku 12, 15 i 18 lat mieszkających w Łodzi. Zarówno na badania ankietowe jak i kliniczne zgodę wyrazili rodzice dzieci, a u 18 latków sami uczniowie.

Grupa uczniów wyłoniona została w oparciu o trójstopniowe losowanie tj. kolejno losowano dzielnicę miasta i leżące w jej obrębie

szkoły podstawowe, gimnazjum oraz liceum, a następnie odpowiednio klasy.

Badanie ankietowe przebiegało pod nadzorem lekarza i dotyczyło nawyków żywieniowych, higienicznych i korzystania z opieki stomatologicznej. Zastosowano tutaj metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem standaryzowanego kwestionariusza wywiadu. Zawierał on 20 pytań, w tym 2 metryczkowe. 17 pytań było jednokrotnego, a 1 wielokrotnego wyboru (gdzie można było zaznaczyć maksymalnie 3 odpowiedzi).

Badania kliniczne wykonywane były w gabinetach pielęgniarskich, w oświetleniu lampy czołowej i z użyciem lusterka oraz zgłębnika dentystycznego zgodnie z wytycznymi WHO do badań epidemiologicznych.

Wzory kart badania klinicznego, kwestionariusz ankiety jak i szereg wspomnianych wyżej dokumentów Doktorantka załączyła w aneksie pracy.

Do oceny stanu zdrowia jamy ustnej zastosowano następujące wskaźniki:

- intensywność próchnicy - PUW,
- frekwencja próchnicy,
- odsetek osób wolnych od próchnicy zębów,
- leczenia próchnicy.
- istotny wskaźnik próchnicy - SiC.

Wskaźniki przedstawione są szczegółowo w opisie zastosowanych metod badawczych.

W grupie badanej 63,7% stanowiły dziewczęta, a 36,7% chłopcy. Również grupy wieku różniły się. Najliczniej reprezentowani byli 18 latkowie - 209 osób, grupa 15 latków liczyła 77, a 12 latków 83 uczniów.

Opracowano w badaniu autorski model zachowań prozdrowotnych, do którego porównano dane uzyskane w badaniach własnych uwzględniając w ocenie następujące kryteria:

- przeprowadzenie co najmniej raz na pół roku stomatologicznych badań kontrolnych,

- mycie zębów 2 lub więcej razy dziennie,
- częstość podjadania między posiłkami.

Wyniki badań ankietowych i klinicznych zostały poddane analizie statystycznej z użyciem średnich arytmetycznych i odchyłeń standardowego, a w odniesieniu do oceny rozkładów test Shapiro-Wilka oraz istotności różnic test Manna-Whitney'a lub χ^2 z poprawką Yates'a na poziomie istotności $p = 0,05$ użyła programu Statistica v.10.

Wszystkie przedstawione informacje są ważne, jednak niewątpliwie najciekawszą częścią tego badania jest ocena zgodności rzeczywistych zachowań deklarowanych przez uczniów z przyjętym wzorcem zachowań optymalnych oraz jego konfrontacja ze wskaźnikiem próchnicy zębów uzyskanym w badaniach klinicznych. Z użyciem metod statystycznych wykazano, że poprawne zachowania zdrowotne wpływają w sposób istotny na nasilenie choroby próchnicowej tym samym potwierdzając skuteczność tego kierunku profilaktycznego w stomatologii.

Wskaźniki próchnicy obliczone w oparciu o badanie są wysokie, wskazujące na postęp choroby wraz ze wzrostem wieku osobniczego. Co gorsza samoocena stanu uzębienia przeprowadzona wśród uczniów wskazuje, że głównie, krytycznie odnoszą się oni do barwy swoich zębów nie przywiązując dużego znaczenia ich zdrowiu. Taka postawa nie rokuje dobrze. Z epidemiologicznego punktu widzenia wydaje się zatem, że zarówno cele zdrowia jamy ustnej wskazywane przez WHO jak i te opracowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 w tej populacji trudno będzie osiągnąć.

W tym kontekście szczególnie cenne są wyniki potwierdzające znaczenie podstawowych działań zapobiegawczych jakimi jest realizacja osobniczych zachowań prozdrowotnych potwierdzona niższymi wskaźnikami próchnicy. W związku z tym efektem badań jest wskazanie głównych kierunków działań edukacyjnych takich jak promowanie właściwej diety, poprawnej higieny jamy ustnej oraz stałej kontroli uzębienia dzieci przez specjalistę, będącego zapewne także doradcą w sprawach zdrowia.

Analizując przedstawione dane odnoszące się do 3 grup wiekowych można, przyjąć, że aktywność ta powinna być w większym stopniu ukierunkowana na środowisko rodzinne. Lepsze wskaźniki odnotowywane wśród 18 latków sugerują, że w tym wieku większe znaczenie ma nie tylko wygląd zębów, ale także zdrowie. Niestety także wynika z tego, że w rodzinach nie zadziałały wystarczająco zalecenia i dobre przykłady mogące skutkować wykształceniem właściwych wzorców zachowań zdrowotnych.

Autorka podkreśla powszechne występowanie nieprawidłowych zachowań dietetycznych w zakresie higieny jamy ustnej w badanej grupie. Jednocześnie na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań klinicznych stwierdza wysoką frekwencję i intensywność próchnicy wśród badanych nastolatków. Porównanie stanu uzębienia w grupach respektujących prawidłowe zachowania zdrowotne oraz nie realizujących tych podstawowych zaleceń potwierdziło ich znaczenie w profilaktyce próchnicy.

Przeprowadzone badanie edpidemiologiczne stanu zębów u młodzieży z regionu łódzkiego niejednokrotnie wskazywanego jako szczególnie zagrożony chorobą próchnicową ma duże znaczenie ponieważ pozwala na dalsze monitorowanie zdrowia w środowisku pod względem stomatologicznym. Zastosowane metody badań są zgodne z odnośnymi wymaganiami i przyjęte przez WHO. Ogromna liczba zaprezentowanych wyników będzie z pewnością przydatna jako punkt odniesienia dla kolejnych badaczy.

Joanna Królewska

Klaudiusz Ciepliński

**Ekspresja produktu białkowego genu TP53 oraz
wybranych markerów proliferacji
(Ki-67, MCM3, PCNA oraz topoizomeraza 110) w guzach
jajnika o granicznym stopniu złośliwości**

Streszczenie

Głównym celem niniejszej dysertacji było zbadanie poziomu ekspresji produktu białkowego genu supresorowego TP53 oraz wybranych markerów proliferacji (Ki-67, MCM3, PCNA oraz topoizomeraza) w starannie wyselekcjonowanej grupie pacjentek leczonych z powodu guzów jajnika o granicznym stopniu złośliwości. W literaturze przedmiotu dostępne są nieliczne doniesienia naukowe, w których jednocześnie badano znaczenie ekspresji p53 oraz wybranych markerów proliferacji w guzach jajnika o granicznym stopniu złośliwości.

Szczegółowe cele pracy można podzielić na:

- immunohistochemiczną lokalizację oraz analizę ekspresji p53 w guzach jajnika o granicznym stopniu złośliwości,
- immunohistochemiczna lokalizacja oraz analizę ekspresji wybranych markerów proliferacji — Ki-67, MCM3, PCNA oraz topoizomerazy w BOT,
- odniesienie uzyskanych wyników immunohistochemicznych do klinicznych oraz anatomopatologicznych wykładników zaawansowania procesu, oraz
- analiza porównawcza p53 w odniesieniu do ekspresji badanych markerów nowotworowych i wieku kobiet pod kątem ich użyteczności w analizie guzów granicznych jajnika

Badaniom poddano skrawki parafinowe z guzów jajnika o granicznej złośliwości uzyskane od 42 chorych leczonych operacyjnie w latach 2006—2015. Średni wiek badanej grupy wynosił 46 lat (przedział wiekowy od 27 do 80 lat). Przed zabiegiem operacyjnym żadna z kobiet

nie otrzymała chemioterapii, radioterapii ani leczenia hormonalnego. Rozpoznanie anatomopatologiczne badanych tkanek nowotworowych opierało się na klasyfikacji WHO. Zaawansowanie kliniczne guzów jajnika o granicznym stopniu złośliwości ustalano w zgodzie ze zmodyfikowaną klasyfikacją FIGO z roku 2014 odnoszącą się do guzów jajnika. Zastosowana metoda immunohistochemiczna barwienia skrawków parafinowych opierała się na procedurze firmy DAKO (NorthAmerica Inc., CA, USA). Ekspresję badanych białek oceniono z wykorzystaniem metody immunoperoksydazowej pośredniej. Ekspresja produktu białkowego genu TP53 miała charakter jądrowy, jednak w nielicznej grupie przypadków zaobserwowano także immunoreaktywność cytoplazmatyczną białka. Poziom jądrowej ekspresji Ki-67 oceniano w „0/0” pozytywnie wybarwionych komórek nowotworowych w odniesieniu do ogólnej liczby ocenianych komórek nowotworowych. Ekspresja MCM3, PCNA oraz topoizomeraazy Ilo miała charakter jądrowy. Zależności pomiędzy ekspresją wybranych przeciwciał cechami kliniczno-histopatologicznymi BOT badano testami: χ^2 -Pearsona i dokładnym testem Fishera. Korelacje pomiędzy zmiennymi ilościowymi analizowano testem Spearmana. Obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu programu Statistica 9.0 (StatSoft Inc., Tulsa, OK, USA).

W ocenianej grupie wykryto 17 (40%) przypadki z ekspresją p53 0—25%, 7 (17%) guzów z ekspresją 25—50%, 12 (32%) skrawków z ekspresją 50—75%, oraz 6 (11 przypadków z nadekspresją p53. Nie wykazano statystycznie istotnych zależności pomiędzy ekspresją/nadekspresją p53 a klinicznymi i histopatologicznymi wykładnikami guzów. Jądrową ekspresję Ki-67 wykryto w 12 (29%) spośród 42 ocenianych przypadków. Stwierdzono tendencję do zależności pomiędzy wiekiem grupy badanej (dzieląc pacjentki na trzy podgrupy: do 30 lat, 30—50 lat oraz powyżej 50. roku życia; ekspresja narastała z wiekiem) a ekspresją białka, ale analizowana różnica nie była istotna statystycznie ($p = 0,08$). Podobny trend odnotowano porównując immunoreaktywność Ki-67 w różnych typach histologicznych nowotworów jajnika ($p = 0,079$). Jądrową

ekspresję MCM3 odnotowano aż w 38 spośród 42 (90%) przypadków, podczas gdy ekspresję w ponad 25% przypadków stwierdzono tylko w 11 (26%) guzach granicznych jajnika. Wykryto trend do obecności częstszej ekspresji MCM3 u kobiet w wieku poniżej lub w 50. roku życia w odniesieniu do grupy kobiet w wieku powyżej 50 lat, jednakże oceniana zależność nie była istotna statystycznie ($p = 0,063$). Nie wykazano związku pomiędzy ekspresją MCM3 a pozostałymi wykładnikami zaawansowania procesu nowotworowego. W 28 (67%) spośród 42 przypadków guzów jajnika o granicznym stopniu złośliwości stwierdzono jądrową ekspresję markera proliferacji PCNA. Żadna z analizowanych cech nie wykazała istotności statystycznej. Jądrową ekspresję topoizomerazy Ilo, stwierdzono w 14 spośród 42 (33%) przypadków. Wykryto statystycznie istotną zależność pomiędzy ekspresją białka a wiekiem pacjentek (ekspresja narastała z wiekiem), dla grup wiekowych do 50 lat i powyżej 50. roku życia ($p = 0,032$) oraz dla grup wiekowych do 30 lat, 30—50 lat oraz powyżej 50. roku życia ($p = 0,047$). Ekspresję wykazano statystycznie częściej w guzach jajnika o średnicy do 10 centymetrów w porównaniu z nowotworami o średnicy powyżej 10 centymetrów ($p = 0,008$). Wykazano występowanie istotnej statystycznie dodatniej korelacji pomiędzy ekspresją markera proliferacji Ki-67 a ekspresją topoizomerazy Ilo ($R\ 0,403$, $p=0,008$) oraz dodatniej korelacji pomiędzy Ki-67 a MCM3 ($R\ 0,469$, $p=0,001$). Stwierdzono ponadto istnienie statystycznie ujemnej korelacji pomiędzy ekspresją markera proliferacji Ki-67 a wiekiem pacjentek ($R\ -0,307$, $p=0,048$).

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnąłem następujące wnioski:

1. Ekspresja p53, wykrywana w części przypadków guzów jajnika o granicznym stopniu złośliwości, wskazuje na udział zaburzeń TP53 w ich powstawaniu u człowieka.
2. Ekspresja p53 występuje na wczesnym etapie powstawania, nie będąc powiązana z klinicznymi i anatomopatologicznymi wykładnikami BOT.
3. Stopień immunohistochemicznej ekspresji topoizomerazy Ilo

wykazuje istotnie statystyczną zależność z wielkością guza jajnika i wiekiem badanej grupy kobiet z BOT.

4. Immunohistochemiczne oznaczanie białek MCM3 oraz PCNA nie wnosi użytecznych informacji o zaawansowaniu klinicznym guzów granicznych jajnika.
5. Ekspresja Ki-67 w guzach jajnika o granicznej złośliwości wykazuje korelację z wybranymi markerami proliferacji, PCNA i MCM3.

Klaudiusz Ciepliński

Tomasz Wierzchowski

Zespół śródoperacyjnej wiotkiej tęczówki (ifis) ocena epidemiologiczno-kliniczna

Streszczenie

Zaćma jest definiowana jako zmętnienie soczewki oka, prowadzące do postępującego pogorszenia widzenia. Zgodnie z ostatnimi doniesieniami, jest ona główną przyczyną odwracalnej ślepoty na świecie i dotyczy co piątej osoby po 60 roku życia. Dostępność nowoczesnego sprzętu oraz sukcesywne ulepszanie technik operacyjnych sprawiły, że zabieg usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji stał się najczęściej wykonywaną procedurą w okulistyce a zarazem jedną z najbardziej skutecznych w całej medycynie.

W 2005 roku Chang i Campbell opisali nowy zespół wąskiej źrenicy występujący u pacjentów operowanych z powodu zaćmy. Nazwali go zespołem śródoperacyjnej wiotkiej tęczówki (IFIS) oraz scharakteryzowali triadą objawów: wiotki zrab tęczówki, falujący w trakcie rutynowo podawanego płynu irygacyjnego, skłonność wiotkiej tęczówki do wkleszczania się w rany operacyjne, pomimo prawidłowej konstrukcji cięcia oraz postępujące śródoperacyjne zwężanie źrenicy. Choć zespół IFIS stał się powszechnie znanym oraz dobrze udokumentowanym

powikłaniem operacji zaćmy, jego dokładny patomechanizm nie został w pełni wyjaśniony.

Początkowo, wystąpienie zespołu IFIS wiązano ze stosowaniem selektywnego antagonisty receptora α 1 adrenergicznego – Tamsulozyny. Lek ten był powszechnie przepisywany mężczyznom w starszym wieku celem leczenia objawów łagodnego przerostu prostaty. Po pierwszym doniesieniu naukowym wielu autorów obserwowało charakterystyczne śródoperacyjne objawy również u pacjentów zażywających leki nadciśnieniowe, antypsychotyczne oraz neurologiczne, włącznie z nieselektywnymi antagonistami receptora α 1 adrenergicznego.

Znaczący rozwój nowoczesnych technik obrazowania, takich jak optyczna koherentna tomografia zintegrowana z lampą szczelinową (sl-OCT), umożliwił szybkie i bezkontaktowe uzyskiwanie obiektywnych przekrojów przedniego odcinka oka, włącznie z analizą budowy tęczówki. Wykorzystanie sl-OCT u pacjentów z zaćmą może pomóc w określeniu potencjalnego patomechanizmu zespołu IFIS.

Cele pracy:

1. Ocena częstości występowania zespołu śródoperacyjnej wiotkiej tęczówki (IFIS) u pacjentów operowanych z powodu zaćmy .
2. Określenie leków oraz cech klinicznych związanych z występowaniem zespołu IFIS.
3. Analiza zmian w morfologii tęczówki u pacjentów z zespołem IFIS przy użyciu sl-OCT.
4. Ocena śród- i pooperacyjnych powikłań operacji zaćmy u pacjentów z zespołem IFIS.

Materialy i metody:

Przeprowadzono nierandomizowane, obserwacyjne, prospektywne badanie kolejnych 610 pacjentów (191 mężczyzn oraz 419 kobiet; 616 oczu), którzy przebyli zabieg usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji w Klinice Chorób Oczu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Do badania nie zakwalifikowano pacjentów po przebytych urazach oczu, po zapaleniach błony naczyniowej, po zabiegach operacyjnych (przeciwjaskrowych oraz witreoretinalnych) oraz ze zmianami w obrębie tęczówek mogących wpływać na ich morfologię. W dniu przyjęcia zbierano wywiad dotyczący chorób współistniejących oraz obecnego bądź w przeszłości stosowanego leczenia (ze szczególnym uwzględnieniem leków powiązanych z zespołem IFIS: stosowanych w leczeniu przerostu prostaty, chorób neurologicznych oraz nadciśnienia tętniczego o działaniu $\alpha 1$ adrenolitycznym).

Spśród 610 pacjentów, biorących udział w badaniu, u 590 pacjentów (596 oczu) dodatkowo wykonano przedoperacyjne badanie przedniego odcinka oka przy użyciu sl-OCT (Heidelberg Engineering).

Celem określenia struktury tęczęwki przeanalizowano pooperacyjnie obrazy sl-OCT w 3 grupach pacjentów: 23 pacjentów z zespołem IFIS - pełną triadą śródoperacyjnych objawów; 41 pacjentów z niepełnoobjawowym zespołem IFIS oraz grupą porównawczą, którą stanowiło 90 losowo wybranych pacjentów bez cech zespołu IFIS.

Wszystkie badania sl-OCT wykonywano w pomieszczeniu o stałych warunkach oświetlenia, stosując jednakowe ustawieniach urządzenia, zaś w lampie szczelinowej zintegrowanej z urządzeniem wykorzystywano 1 mm szczelinę snopu światła o stałym maksymalnym natężeniu. Pozwalało to na uzyskanie czterech wysokiej jakości obrazów przedstawiających poziome przekroje przedniego odcinka oka pacjentów. Na podstawie uzyskanych obrazów dokonano pomiaru: szerokości źrenicy przed i po mydriazie, grubości tęczęwki w obrębie rozwieracza źrenicy (DMR) oraz w obrębie zwieracza źrenicy (SMR).

Wszyscy pacjenci poddani zostali zabiegowi usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji z jednoczesnym dotorebkowym wszczepieniem sztucznej, akrylowej, zwijalnej soczewki, przeprowadzonemu przez jednego z 4 doświadczonych chirurgów. Po zakończonym zabiegu odnotowywano obecność cech charakterystycznych dla zespołu IFIS oraz obecność ewentualnych powikłań śródoperacyjnych. Wystąpienie zespołu IFIS było definiowane w sposób niezamaskowany przez chirurga jako obecność pełnej triady śródoperacyjnych objawów opisanej przez Changa i Campbella. Wizyty kontrolne obejmujące ocenę przedniego i tylnego odcinka oka w lampie szczelinowej były przeprowadzane po 1 dniu, tygodniu oraz miesiącu po zabiegu operacyjnym.

Do analizy statystycznej użyto testów nieparametrycznych. Do oceny korelacji zmiennych niemierzalnych pomiędzy badanymi grupami użyto testu niezależności chi-kwadrat, zaś do porównania cech mierzalnych wykorzystano test Manna-Whitneya. Wszystkie kalkulacje były wykonane przy użyciu programu Microsoft Excel z pakietem statystycznym XLSTAT dla poziomu istotności wynoszącego $\alpha = 0,05$. P-wartości niższe niż 0,05 były uważane za istotne statystycznie.

Wyniki:

Dodatni wywiad dotyczący obecnego bądź przeszłego stosowania leków powiązanych z zespołem IFIS stwierdzono u 16,7 % pacjentów operowanych z powodu zaćmy (103/616 oczu; 75 mężczyzn; 28 kobiet). Częstość występowania zespołu IFIS wyrażona jako obecność pełnej triady charakterystycznych śródoperacyjnych objawów wynosiła 4,1% (25/616 oczu; 19 mężczyzn oraz 6 kobiet). Dwudziestu jeden z tych 25 pacjentów zażywało leki powiązane z zespołem IFIS zaś 4 z nich nie miało żadnej historii dotyczącej stosowania leków powiązanych z zespołem IFIS.

Najwyższy (39%) odsetek występowania zespołu IFIS odnotowano u pacjentów stosujących Tamsulozynę. Wśród innych leków częstość występowania zespołu IFIS wynosiła: Finasteryd 26%, Alfuzosyna 20%, Doxazosyna 18% oraz Carvedilol 12%. Zespół IFIS statystycznie częściej dotyczył pacjentów narażonych na Tamsulozynę niż na Carvedilol. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy pozostałymi lekami. Nie odnotowano obecności zespołu IFIS wśród pacjentów stosujących leki: antypsychotyczne oraz neurologiczne.

Szerokość źrenicy w mm przed i po zastosowaniu mydriatyków była istotnie mniejsza wśród pacjentów z zespołem IFIS w porównaniu do pacjentów bez zespołu.

IFIS ($1,85 \pm 0,43$ vs $2,16 \pm 0,37$; $p < 0,01$; mydriaza: $5,04 \pm 1,01$ vs $5,70 \pm 0,87$; $p < 0,01$). Grubość tęczówki w μm w obrębie zwieracza źrenicy (SMR) była porównywalna u pacjentów z oraz bez zespołu IFIS ($520,3 \pm 76,1$ vs $520,6 \pm 72,4$; $p > 0,05$). Istotnie cieńszą tęczówkę w obrębie rozwieracza źrenicy (DMR) odnotowano u pacjentów z zespołem IFIS w stosunku do pacjentów bez zespołu IFIS ($409,9 \pm 55,7$ vs $448,6 \pm 55,8$; $p < 0,05$). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w grubości tęczówki zarówno w obrębie zwieracza (SMR) jak i rozwieracza źrenicy (DMR) pomiędzy pacjentami z niepełnoobjawowym zespołem IFIS a pacjentami bez zespołu IFIS (odpowiednio SMR: $537,1 \pm 67,7$ vs $520,6 \pm 72,4$; $p > 0,05$; DMR: $438,0 \pm 61,3$ vs $448,6 \pm 55,8$; $p > 0,05$).

Obecność zespołu IFIS w trakcie operacji zaćmy korelowała

z zwiększonym ryzykiem zarówno powikłań śród jak i pooperacyjnych. Uszkodzenia listka barwnikowego wystąpiło u 57%, uszkodzenie zwieracza źrenicy u 20%, przemijający pooperacyjny wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego u 16% oraz przerwanie torby tylnej u 8% pacjentów z zespołem IFIS.

Wnioski:

1. Zespół śródoperacyjnej wiotkiej tęczówki wystąpił u 4,1% pacjentów poddanych zabiegowi usunięcia zaćmy. Dotyczył on chorych obojga płci, jednak częściej mężczyzn niż kobiet.
2. Potwierdzono wiodącą rolę Tamsulozyny jako czynnika wywołującego zespół IFIS.
3. Pacjenci leczeni z powodu przerostu prostaty, nadciśnienia tętniczego bądź choroby niedokrwiennej serca przy użyciu antagonistów receptora α_1 -adrenergicznego narażeni są na zwiększone ryzyko wystąpienia zespołu śródoperacyjnej wiotkiej tęczówki.
4. U pacjentów z zespołem śródoperacyjnej wiotkiej tęczówki, w przedoperacyjnym badaniu sl-OCT, stwierdzono istotnie cieńszą tęczówką w obrębie rozwieracza źrenicy oraz istotnie węższą źrenicą zarówno przed jak i po farmakologicznej mydriazie.
5. Optyczna Koherentna Tomografia, zintegrowana z lampą szczelinową, służąca do badania przedniego odcinka oka (sl-OCT), jest skutecznym narzędziem do przedoperacyjnego wykrywania zmian w budowie tęczówki charakterystycznych dla zespołu IFIS.
6. Wystąpienie zespołu IFIS, w trakcie operacji zaćmy, istotnie wpływało na zwiększenie ryzyka powikłań operacyjnych, takich jak: śródoperacyjne uszkodzenia tęczówki, przerwanie torby tylnej soczewki oraz przemijający pooperacyjny wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego.

Tomasz Wierzchowski

Małgorzata Soroka

Ocena przydatności klinicznego podziału wrodzonych wad serca na przykładzie wspólnego kanału przedsionkowo-komorowego

Wstęp

W pracy przedstawiam nowy podział prenatalnie zdiagnozowanego wspólnego kanału przedsionkowo-komorowego. Żadna z istniejących klasyfikacji, zarówno w kardiologii dziecięcej, jak i kardiologii prenatalnej, nie jest doskonała i nie spełnia jednocześnie potrzeb diagnostycznych, leczniczych i rokowniczych. Istniejące obecnie podziały wad serca w kardiologii dziecięcej mają ograniczone zastosowanie w stosunku do płodów, a co ważne, noworodki i płody z wrodzonymi wadami serca to zdecydowanie różniące się pomiędzy sobą pod wieloma względami populacje pacjentów.

Cele pracy

1. Ocena przydatności klinicznego podziału wrodzonych wad serca w postępowaniu i rokowaniu u płodów i noworodków z wrodzoną wadą serca na przykładzie wspólnego kanału przedsionkowo-komorowego.
2. Ocena populacyjnych różnic płodów (konsultowanych przez kardiologów prenatalnych) i niemowląt (konsultowanych przez kardiologów dziecięcych) z wrodzoną wadą serca pod postacią wspólnego kanału przedsionkowo-komorowego.

Material i metody:

Dokumentacja medyczna z lat 2008-2015 pacjentek badanych w Zakładzie Kardiologii Prenatalnej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi (ICZMP), kierownik: prof. Maria Respondek-Liberska. Wyselekcjonowałam grupę 113 płodów z wadą serca pod postacią wspólnego kanału przedsionkowo-komorowego. Następnie

płody zakwalifikowałam do poszczególnych grup w zależności od:

- obecności dodatkowej towarzyszącej wady serca (simplex lub complex)
- obecności wady pozasercowej (ECM extracardiac malformation)
- obecności anomalii pozasercowej (ECA extracardiac anomaly)

W rezultacie otrzymałam podział na 6 grup:

1. simplex AVC – (sAVC) – płody z izolowanym prostym kanałem przedsionkowo-komorowym bez innych współistniejących wad serca oraz anomalii i wad pozasercowych
2. simplex AVC + extracardiac malformation – (sAVC+ECM) - płody z izolowanym prostym kanałem przedsionkowo-komorowym i współistniejącymi wadami pozasercowymi
3. simplex AVC + extracardiac anomaly – (sAVC+ECA) - płody z izolowanym prostym kanałem przedsionkowo-komorowym i współistniejącymi anomaliami pozasercowymi
4. complex AVC – (cAVC) - płody ze złożonym kanałem przedsionkowo-komorowym, czyli współistniejącym z wadami serca, bez towarzyszących anomalii i wad pozasercowych
5. complex AVC + extracardiac malformation – [cAVC+ECM) - płody ze złożonym kanałem przedsionkowo-komorowym, czyli towarzyszącymi wadami serca oraz wadami pozasercowymi
6. complex AVC + extracardiac anomaly – (cAVC+ECA) - płody ze złożonym kanałem przedsionkowo-komorowym, czyli towarzyszącymi wadami serca oraz anomaliami pozasercowymi

Każdą z grup poddałam szczegółowej analizie pod kątem : wywiadu położniczego, obciążeń rodzinnych, wieku, kariotypu, płci, rodzaju anomalii i wad pozasercowych, zaburzeń czynnościowych serca, oceny obrazu czterech jam serca, oceny trzech naczyń śródpiersia, sposobu zakończenia ciąży, liczby zdobytych punktów w skali Apgar,

masy urodzeniowej, konieczności operacji kardiologicznej.

Wyniki

Liczba płodów z AVC (113/878) stanowiła 12,8% wszystkich wykrytych wad serca CHD w latach 2008-2015 w Zakładzie Kardiologii Prenatalnej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki. W badanej grupie 113 płodów, prosty kanał przedsionkowo-komorowy zidentyfikowałam w 64% (n=72), złożony kanał przedsionkowo-komorowy w 36% (n=41).

Procentowy udział poszczególnych grup wyglądał następująco: sAVC 5,3% (n=6), sAVC +ECA-24,7%(n=28), sAVC +ECM-33,6%(n=38), cAVC-7,07%(n=8), cAVC +ECA-11,5%(n=13), cAVC +ECM-17,7%(n=20).

W grupie cAVC wady sercowe oprócz wspólnego kanału to: DORV (n=3), CoA/HAA (n=5), TGA (n=2), HLHS (n=2), stenoza zastawki pnia płucnego (n=1).

Anomalie i wady pozasercowe występowały najczęściej w układzie kostnym i w budowie twarzoczaszki (po 23%), a najrzadziej w układzie oddechowym (3,65%). Pomiedzy poszczególnymi badanymi grupami nie było różnic istotnych statystycznie. Wystąpiły one, gdy badałam wpływ anomalii i wad danego układu na zgon płodu. Obecność wad układu: OUN (p=0,003), kostnego(p=0,0001), oddechowego (p=0,03), i pokarmowego (p=0,01) a także obrzęk płodu (p=0,0009), wpływa znamienne na jego zgon.

W grupach: sAVC, sAVC+ECA, cAVC oraz cAVC+ECA ciężarne istotnie częściej były kierowane na badanie echokardiograficzne z podejrzeniem wady serca niż w pozostałych grupach (p=0,00013). Zdecydowana większość badanych kobiet w obu badanych grupach była przez 35 rokiem życia (71%). Średni wiek badanychpłodów wynosił 19,2 tygodnia, niewielka przewaga [n=61] dotyczyła płodów płci żeńskiej. W grupie złożonych cAVC+ECM stwierdziłam największą liczbę płodów za małych w stosunku do wieku ciążowego (p=0,0009).

W 70% przypadków pomiar NT w I trymestrze był prawidłowy

(n=43). Najczęściej nieprawidłowy wynik osiągnęłam w grupie prostego kanału przedsionkowo-komorowego współwystępującego z anomalią pozasercową (sAVC+ECA). W tej grupie obecność nieprawidłowego kariotypu stwierdzałam nieznacznie częściej niż w grupie z izolowanym sAVC (p=0,048), najczęściej była to trisomia 21 (p=0,02).

W ocenie obrazu 4 jam w 42% wynik prawidłowy osiągnęłam w grupie sAVC+ECM, z różnicą istotną statystycznie w stosunku do pozostałych grup płodów (p=0,007).

Obraz 3VV w największym odsetku był prawidłowy w grupie sAVC, gdzie wyniósł 100%. W ocenie 3VV stwierdziłam istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupami sAVC/cAVC(p= 0,000); sAVC+ECA/cAVC+ECA (p=0,000015); sAVC+ECM/cAVC+ECM (p=0,001624). Statystycznie częściej prawidłowy obraz 3VV występuje u płodów bez dodatkowej towarzyszącej wady serca.

Zmiany czynnościowe najczęściej wystąpiły w grupach z współistniejącymi wadami pozasercowymi (sAVC+ECM n=14 ; cAVC+ECM n=17), natomiast tylko grupa cAVC+ECM różniła się od innych w sposób istotny statystycznie (p=0,04).

Średnio poród odbywał się w 33 tygodniu ciąży, w 54% drogą cięcia cesarskiego. Istotnie statystycznie częściej porody poniżej 37 tygodnia występują w grupach: sAVC+ ECM, cAVC+ECA i cAVC+ECM.

Z najwyższą punktacją w skali Apgar w przedziale 5-10 pkt rodzą się noworodki z grupy cAVC, z najniższą noworodki z grup sAVC+ECM oraz cAVC+ECM. Różnica istotnie statystycznie występuje pomiędzy grupami: sAVC+ECA i sAVC+ECM, sAVC+ECA i cAVC+ECM, sAVC+ECM i sAVC+ECA, cAVC+ECM i sAVC+ECA. Dłuższy czas trwania ciąży wiązał się z istotnie wyższą punktacją w skali Apgar (p<0,001).

Noworodki z wspólnym kanałem przedsionkowo-komorowym różniły się istotnie pod względem urodzeniowej masy ciała (p=0,004). Z najniższą masą rodziły się noworodki w grupie sAVC+ECM oraz cAVC+ECM.

Przeanalizowałam losy 34 dzieci. Żaden noworodek nie wymagał operacji. Średni czas przeprowadzenia operacji to 5 miesiąc życia. Najwcześniej (6 tydzień życia) operacja kardiochirurgiczna była potrzebna w grupie cAVC.

Wykazałam statycznie istotną różnicę w zakresie śmiertelności płodów/novorodków z sAVC i cAVC ($p=0,000$). Najlepszy odsetek przeżywalności odnotowałam u płodów z grupy sAVC+ECA (84,62%), najniższy u płodów z grupy cAVC+ ECM (15,79%). Czas trwania ciąży w grupie noworodków/płodów, u których doszło do zgonu, był istotnie krótszy niż czas trwania pozostałych ciąż ($p<0,001$). Śmiertelność noworodków/płodów z ciąż trwających krócej niż 37 tygodni, okazała się być znamienne wyższa niż w przypadku pozostałych ciąż ($p<0,001$).

Dyskusja

Zmiana dotychczasowych poglądów o klasyfikacjach wad serca jest nieunikniona, ponieważ aktualny stan wiedzy na temat specyfiki chorób u płodu, jego przejścia do życia pozałonowego odsłania wszystkie słabe punkty dotychczasowych klasyfikacji w kardiologii prenatalnej i dziecięcej. Dotychczasowe podziały nie uwzględniają między innymi możliwości progresji wady serca. Konieczne więc stało się stworzenie nowego podziału uwzględniającego wszystkie aspekty wad serca płodów/novorodków. Propozycję podziału przedstawił Słodki w 2012 roku. Problem ten dostrzeżono też w innych krajach na świecie, czego dowodem jest stworzony model opieki w 2014 roku przez Prutez i Donofrio.

Pacjenci z AVC stanowią bardzo heterogenną grupę, szczególnie pod względem występowania towarzyszących wad serca, anomalii i wad pozasercowych. Podział Słodkiego uwzględnia te wszystkie aspekty, dlatego podjęłam próbę oceny przydatności tego podziału i wpływu tych różnorodnych problemów na rokowanie i losy płodów.

Obraz 3 naczyń u płodów z AVC dostarcza nowych nieopublikowanych dotychczas danych. W grupach, gdzie kanał przedsionkowo-komorowy występuje bez dodatkowej wady serca,

otrzymywałam statystycznie częściej wyniki prawidłowe ($p=0,0000$). Prawidłowy obraz 4 jam serca najczęściej występował w grupie prostego kanału przedsionkowo-komorowego ztowarzyszącą wadą pozasercową (sAVC+ECM), tym samym ta grupa najbardziej narażona jest na błąd diagnostyczny. Reasumując grupa wad złożonego AVC (współistniejącego z dodatkową wadą serca) statystycznie częściej wykazuje nieprawidłowy obraz trzech naczyń ($p=0,000$) i czterech jam serca ($p=0,007$) w badaniu echokardiograficznym w porównaniu do grupy prostego AVC (bez towarzyszącej dodatkowej wady serca).

Grupa cAVC+ECM wyróżniła się istotnie statystycznie pod względem występowania zmian czynnościowych ($p=0,04$), aż 85% badanych płodów wykazywało obecność: bradykardii, wysięku w osierdziu, kardiomegalii. Wysoki odsetek zgonów w tej grupie może mieć właśnie związek z tymi zmianami czynnościowymi, a zwłaszcza z bradykardią.

Śmiertelność wśród płodów z towarzyszącą wadą pozasercową jest bardzo wysoka, a wada układu kostnego, pokarmowego, oddechowego oraz ośrodkowego układu nerwowego wiąże się ze statystycznie większym ryzykiem zgonu.

Na płód należy patrzeć w sposób holistyczny, nie skupiać się wyłącznie na ocenie danej wady serca, ale również starannie obejrzeć cały płód, w poszukiwaniu tych właśnie istotnych anomalii i wad pozasercowych. Znalezienie nieprawidłowości (anomalii lub też wad pozasercowych) pozwoli na poprawne zakwalifikowanie badanego płodu do właściwej grupy. Jest to bardzo ważne przy konsultowaniu przyszłych rodziców. W sytuacji odwrotnej, gdy nie zauważymy istotnej malformacji, możemy przedstawić rodzicom niepoprawne dane i nieodpowiednie rokowanie, co może skutkować podjęciem niewłaściwej decyzji.

Noworodki z AVC bezpośrednio po porodzie mogą znacząco różnić się w ocenie czynności życiowych, czego dowodem są uzyskane wyniki badań. Przygotowując się do porodu płodu z towarzyszącą wadą pozasercową neonatolog może spodziewać się ciężkiego stanu noworodka, tym samym poród takiego dziecka powinien odbyć się

w ośrodku o odpowiednim stopniu referencyjności.

Spośród 113 zdiagnozowanych przez mnie płodów z AVC tylko 41 % (47/113) dożyło okresu niemowlęcego, i tylko ta część płodów miała szanse na dalsze leczenie, w tym głównie operacyjne. Pozostałe 59% płodów nigdy nie znalazło się na stole operacyjnym kardiochirurga ani pod opieką pediatrów, ale mogły żyć przez cały okres ciąży.

Największe szanse na przeżycie obserwowałam w grupie sAVC i sAVC+ECA (odpowiednio 83% i 84%). W tych grupach gdzie doszło do zgonu istotnie częściej dochodziło do porodów przedwczesnych ($p < 0,001$). Noworodki z tych grup, oprócz towarzyszących wad pozasercowych, dodatkowo były obciążone niską masą urodzeniową i wcześniactwem, co musiało przełożyć się na wzrost śmiertelności. Ważne jest również to, że w tej grupie wymienione powyżej czynniki często uniemożliwiały korekcję chirurgiczną wspólnego kanału przedsionkowo-komorowego, tym samym nie stanowią dużej populacji noworodków/niemowląt leczonych przez kardiochirurgów, a potem pediatrów i kardiologów. Porównując populacje płodów, z którymi ma styczność najpierw położnik, a następnie kardiolog prenatalny, z populacją niemowląt, którymi zajmują się pediatrzy, kardiochirurdzy widać ogromne różnice w strukturze liczebności poszczególnych badanych grup.

Według nowego prenatalnego podziału wad serca wg Słodkiego AVC należy do grupy niepilnych wad serca, gdzie zabieg kardiochirurgiczny nie będzie konieczny w pierwszym miesiącu życia. Średni czas przeprowadzonych operacji moich niemowląt to 5 miesiąc co potwierdza słuszność nowego podziału wad serca.

Dzięki opracowaniu klasyfikacji płodów z wspólnym kanałem przedsionkowo-komorowym już na wczesnym etapie ciąży można zaproponować dalsze specjalistyczne badania echokardiograficzne, ustalić rokowanie, przygotować płód do porodu, zaplanować gdzie nastąpi rozwiązanie itp. Nowy podział ma za zadanie pomóc położnikom, kardiologom prenatalnym konsultować rodziców jeszcze nienarodzonego dziecka, jak i odpowiedzieć na pytania stawiane

neonatologom, pediatrom przez rodziców dotyczące przyszłości ich dziecka po porodzie.

Wnioski

1. 58% płodów w analizowanej populacji, z rozpoznaniem prenatalnie AVC pozostało pacjentami położników lub kardiologów prenatalnych oraz neonatologów. Pacjenci ci ze względu na współistnienie wad pozasercowych i/lub anomalii pozasercowych oraz przedwczesne ukończenie ciąży, umierali w okresie życia prenatalnego lub noworodkowego i nie byli poddawani leczeniu kardiochirurgicznemu .
2. Analiza statystyczna zastosowanej prenatalnej kwalifikacji wad płodu z AVC z uwzględnieniem rokowniczego podziału wad serca okazała się przydatna dla przedstawienia zróżnicowanych losów płodów i noworodków.
3. Największe szanse na planowe leczenie kardiochirurgiczne w okresie niemowlęcym miały te płody, które prezentowały izolowany wspólny kanał przedsionkowo-komorowy i urodziły się o czasie .

Małgorzata Soroka

Marek Roman Brzeziński

Ultrasonograficzna ocena anatomii dolnych dróg moczowych u kobiet operowanych z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu

Celem pracy była ocena budowy dolnych dróg moczowych (DDM) u kobiet zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM). Uzyskane wyniki porównano z wartościami uzyskanymi w grupie kobiet zdrowych bez tego problemu. Następnie oceniono ponownie anatomię DDM w grupie badanej tuż po operacji i po zakończeniu rekonwalescencji. Oceniono wpływ leczenia operacyjnego na anatomię DDM. Uzyskane wyniki zestawiono z wartościami w grupie kobiet trzymających mocz, by sprawdzić czy leczenie spowodowało upodobnienie się anatomii między obiema grupami.

Materiał i metodyka: Badanie miało charakter prospektywny i zostało przeprowadzone pomiędzy listopadem 2008 a grudniem 2010 roku w oddziale Ginekologiczno-Położniczym Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej (SPZZOZ) w Gostyninie. Do grupy badanej włączono 62 pacjentki z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, poddanych leczeniu operacyjnemu. Przed zabiegiem wykonano u nich badanie ultrasonograficzne (USG) z oceną anatomii DDM. Badanie to powtórzono między 3 a 6 dobą po zabiegu. Trzecie badanie wykonano u 36 pacjentek po zakończeniu rekonwalescencji między 6 a 18 miesiącem po operacji. Ze względu na rodzaj wykonanego zabiegu grupę badaną podzielono na: grupa I - obejmowała pacjentki operowane jedynie z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu, grupa Ia- obejmowała pacjentki operowane jedynie z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu metodą przezzasłonową, grupa II pacjentki operowane z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu ze współwystępowaniem obniżenia narządu rodno (POP). U wszystkich pacjentek w grupie badanej wykonano zabieg założenia taśmy podcewkowej. Taśmy zakładano z dostępu przezzasłonowego (92%) bądź załonowego. U pacjentek

z grupy II zabieg rozszerzono o operację korygującą obniżenie narządu rodowego w postaci plastyki przedniej ściany pochwy z użyciem siatki polipropylenowej, plastyki tylnej ściany pochwy z użyciem siatki polipropylenowej lub klasycznej plastyki tylnej ściany pochwy. Grupę kontrolną stanowiło 66 kobiet, zgłaszających się na rutynowe, okresowe wizyty ginekologiczne i negujące problem nietrzymania moczu. Badanie USG wykonano zgodnie z wytycznymi niemieckojęzycznych towarzystw Uroginekologicznych z 2004.

Wyniki: Porównując parametry przed zabiegiem w grupie badanej i kontrolnej zarówno w spoczynku jak i podczas parcia stwierdzono szereg istotnych różnic. W grupie badanej względem spojenia łonowego w spoczynku szyja pęcherza moczowego była dalej (Dx) o 3,8mm $p=0,001$ i niżej (Dy) o 3,3mm $p<0,001$ w porównaniu do grupy kontrolnej, a kąt β był bardziej rozarty (o 8° $p=0,01$). Podczas parcia różnice były jeszcze większe i wynosiły dla Dx 6,2mm $p<0,001$, dla Dy=24,2mm $p<0,001$ a dla kąta β 32° $p<0,001$. W wyniku zastosowanego leczenia badane parametry uległy zmianie. Po zakończeniu rekonwalescencji w porównaniu do sytuacji wyjściowej w spoczynku wartość Dx była mniejsza o 5,9mm $p<0,001$, natomiast podczas parcia Dx było mniejsze o 6,4mm $p=0,001$, a Dy większe o 3,8mm $p=0,02$ zaś tylny kąt cewkowo pęcherzowy był mniejszy o 32° $p<0,001$. Jednocześnie parametry w grupie badanej upodobniły się do wyników w grupie kontrolnej, różniły się tylko jednym parametrem. Dy w spoczynku było większe o 1,8mm $p=0,03$. W grupie pacjentek operowanych tylko z powodu WNM sposobem przezsłonowym (grupa Ia) przed leczeniem w spoczynku szyja pęcherza moczowego była dalej (Dx) o 3,6mm $p=0,006$ i niżej (Dy) o 4,2mm $p=0,001$ w porównaniu do grupy kontrolnej, zaś kąt β był większy o 9° $p=0,01$. Podczas parcia różnice te były jeszcze większe i dla Dx wynosiła 4,7mm $p=0,005$ a dla Dy 5,3mm $p=0,001$ zaś kąt β był większy o 36° $p<0,001$. W wyniku operacji niektóre z badanych wartości uległy zmianie i po zakończeniu rekonwalescencji w porównaniu do sytuacji wyjściowej w grupie Ia stwierdzono, że w spoczynku szyja pęcherza moczowego jest bliżej o 6,1mm $p=0,008$. Również podczas parcia szyja pęcherza była bliżej spojenia łonowego, jednak różnica nie

osiągnęła istotności statystycznej, zaś kąt β podczas parcia był mniejszy o 31° $p < 0,001$. Po zakończeniu leczenia w grupie Ia nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w badanych parametrach w porównaniu do grupy kontrolnej. W grupie kobiet równoczasowo operowanych z powodu WNM i POP (grupa II) przed operacją w spoczynku w porównaniu do grupy kontrolnej stwierdzono różnicę tylko dla Dx, które było mniejsze o 4,3mm $p = 0,02$. Natomiast podczas parcia istotne różnice stwierdzono dla wszystkich parametrów. Po zakończeniu rekonwalescencji w porównaniu do sytuacji wyjściowej w spoczynku nie odnotowano istotnych różnic, natomiast podczas parcia stwierdzono że szyja zbliżyła się o 11,3mm $p = 0,01$ i podniosła o 8,3mm $p = 0,01$ a kąt β był mniejszy o 34° $p = 0,007$ w porównaniu do sytuacji przed operacją. Podobnie jak w poprzednich grupach operacja upodobniła anatomię kobiet chorych do kobiet trzymających mocz, nie stwierdzono istotnych różnic w wartościach badanych parametrów w grupie kontrolnej i grupie II po zakończeniu rekonwalescencji.

Wnioski

1. Anatomia dolnych dróg moczowych kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu różni się istotnie od anatomii dolnych dróg moczowych kobiety bez tego problemu.
2. Leczenie operacyjne założenia taśmy podcewkowej zmienia istotnie anatomię dolnych dróg moczowych kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu zarówno we wczesnej fazie pooperacyjnej jak i po zakończeniu rekonwalescencji.
3. Założenie taśmy podcewkowej upodabnia wartość tylnego kąta cewkowo-pęcherzowego β , mierzoną podczas parcia do wartości u kobiet bez problemu nietrzymania moczu.
4. Zabieg operacyjny założenia taśmy podcewkowej przezczasłonowej jest skuteczny w przywracaniu prawidłowej anatomii dolnych dróg moczowych w grupie kobiet ze współistniejącym obniżaniem narządu rodnego, jak i bez tego problemu.

Marek Roman Brzeziński

Andrzej Marcin Bielski

**Ocena zastosowania nadgłośniowych urządzeń
do wentylacji w warunkach
ratunkowego zabezpieczenia drożności dróg oddechowych**

Wstęp

Umiejętność zabezpieczenia drożności dróg oddechowych oraz wspomagania warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego jest niewystarczająca, ponadto laryngoskopia bezpośrednia wykonywana przez niedoświadczoną osobę może nieść ryzyko dużej liczby potencjalnych powikłań. Dodatkowo w przypadku resuscytacji krążeniowo-oddechowej procedura intubacji dotchawiczej winna być przeprowadzona bez konieczności przerywania ucisków klatki piersiowej, bądź jedynie z krótką przerwą w uciśnięciach pozwalającą na wprowadzenie rurki intubacyjnej pomiędzy fałdy głosowe. Alternatywą dla laryngoskopii bezpośredniej mogą być nadgłośniowe urządzenia do wentylacji, które pozwalają na szybkie zabezpieczenie drożności dróg oddechowych w czasie nieprzerwanego uciskania klatki piersiowej. Ponadto w przypadku niektórych modeli pozwalają na wprowadzenie do kanału wentylacyjnego rurki intubacyjnej, a tym samym wykonania intubacji dotchawiczej „na ślepo”. Jednakże jak w przypadku każdej procedury istotnym elementem jest prowadzenie szkoleń w zakresie tej metody intubacji dotchawiczej, jak również zasadnym jest poszukiwanie najbardziej efektywnej metody zabezpieczenia drożności dróg oddechowych, która pozwoli na pełne odizolowanie dróg oddechowych przy jednoczesnej wysokiej skuteczności pierwszej próby i w relatywnie krótkim czasie trwania procedury.

Cel pracy

Wspólnym celem serii badań wchodzących w skład monotematycznego cyklu publikacji była ocena zastosowania nadgłośniowych urządzeń do wentylacji w warunkach zabezpieczenia drożności dróg oddechowych w wybranych stanach nagłych.

Materiali metody

Spośród czterech badań wchodzących w skład monotematycznego cyklu publikacji, jedno zostało przeprowadzone w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety, trzy pozostałe zaś zostały przeprowadzone w oparciu o symulację medyczną z wykorzystaniem symulatorów pacjenta dorosłego i pediatrycznego. Wszystkie badania symulacyjne były prospektywnymi, randomizowanymi, krzyżowymi badaniami.

Badanie pierwsze zostało przeprowadzone w oparciu o autorski kwestionariusz ankiety i miało na celu ocenę wiedzy i postaw studentów ostatniego roku medycyny wobec stosowania nadgłośniowych urządzeń do wentylacji w warunkach zabezpieczenia drożności dróg oddechowych podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej. W badaniu udział wzięło 82 respondentów. Kwestionariusz obejmował zarówno pytania z dotyczące wiedzy na temat nadgłośniowych urządzeń do wentylacji, jak również postaw wobec ich stosowania. W drugim badaniu 42 lekarzy stażystów uczestniczyło w eksperymentalnym, randomizowanym, krzyżowym badaniu symulacyjnym, podczas którego oceniano skuteczność intubacji dotchawiczej wykonywanej metodą „na ślepo” z wykorzystaniem maski krtaniowej jako przewodnicy dla rurki intubacyjnej. Uczestnicy badania wykonywali intubację dotchawiczą osoby dorosłej podczas symulowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej w dwóch scenariuszach: scenariusz A obejmował intubację w przypadku gdy na czas intubacji uciski klatki piersiowej były przerwane, zaś podczas scenariusza B – prowadzono ciągłe uciskanie klatki piersiowej za pomocą mechanicznego systemu kompresji klatki piersiowej.

Badanie trzecie przeprowadzono również w oparciu o wykorzystanie symulacji medycznej. Badanie miało charakter prospektywny, obserwacyjny, randomizowany, krzyżowy. W badaniu udział wzięło 134 lekarzy biorących udział w module szkoleniowym z zakresu ratownictwa medycznego prowadzonym w ramach specjalizacji lekarskiej. Uczestnicy badania mieli za zadanie wykonywanie intubacji dotchawiczej „na ślepo” z wykorzystaniem maski krtaniowej iGEL oraz Air-Q, punktem odniesienia było

wykonanie intubacji dotchawiczej z wykorzystaniem laryngoskopu z łopatką Macintosha. Intubacja dotchawicza była wykonywana w warunkach symulowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej w trzech scenariuszach badawczych: Scenariusz A – normalne drogi oddechowe bez uciskania klatki piersiowej; Scenariusz B – normalne drogi oddechowe z ciągłym uciskaniem klatki piersiowej; Scenariusz C – trudne drogi oddechowe z ciągłym uciskaniem klatki piersiowej.

W czwartym badaniu udział wzięło 56 studentów ostatniego roku medycyny. Badanie również zostało zaprojektowane jako prospektywne, obserwacyjne, randomizowane krzyżowe badanie. Uczestnicy badania wykonywali intubację dotchawiczą podczas symulowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej pacjenta pediatrycznego, w tym celu wykorzystano symulator pacjenta reprezentujący 5-letniego chłopca. Uczestnicy wykonywali intubację z i bez ucisków klatki piersiowej. Intubacja prowadzona była w oparciu o intubację „na ślepo” z wykorzystaniem maski krtaniowej AMBU® AuraGain, zaś metodą referencyjną była laryngoscopia bezpośrednia z wykorzystaniem laryngoskopu z łopatką Macintosha.

Wyniki

W badaniu oceniającym wiedzę i postawy wobec stosowania nadgłośniowych urządzeń do wentylacji, 63,4% respondentów podczas studiów uczestniczyło w zajęciach teoretycznych dotyczących nadgłośniowych urządzeń do wentylacji, zaś 52,4% uczestników badania deklarowało odbycie szkolenia praktycznego z wykorzystania tej metody zabezpieczenia dróg oddechowych. 81,7% respondentów zastosowałoby nadgłośniowe urządzenia do wentylacji jako metodę zabezpieczenia drożności dróg oddechowych podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej osoby dorosłej, zaś 71,9% - w przypadku resuscytacji pacjenta pediatrycznego. 47,5% osób uważa że zastosowanie nadgłośniowych urządzeń do wentylacji podczas resuscytacji pozwala na prowadzenie asynchronicznej resuscytacji, zaś pozostałe 52,5% osób pomimo pozytywnej próby szczelności urządzenia zastosowałoby standardową technikę resuscytacji 30

uciśnięć klatki piersiowej 2 oddechów ratowniczych.

W przypadku badania oceniającego skuteczność intubacji dotchawiczej za pomocą maski krtaniowej iGEL, skuteczność pierwszej próby zabezpieczenia drożności dróg oddechowych za pomocą maski krtaniowej iGEL wynosiła 100%, zarówno w przypadku scenariusza z i bez uciskania klatki piersiowej. Skuteczność pierwszej próby intubacji „na ślepo” wynosiła 80,9% podczas Scenariusz A, oraz 73,8% podczas Scenariusza B ($p=0,056$). Mediana czasu wykonania procedury intubacji podczas scenariusza A wynosiła 29,5s (IQR; 24-41) i była nieznacznie niższa aniżeli w przypadku Scenariusza B – 31s (IQR; 23-45,5; $p=0,318$).

W badaniu trzecim porównującym efektywność intubacji „na ślepo” z wykorzystaniem maski krtaniowej iGEL oraz Air-Q jako przewodnic dla rurki intubacyjnej oraz standardowej intubacji z wykorzystaniem laryngoskopu z łopatką Macintosha, skuteczność pierwszej próby intubacji w przypadku scenariusza A wynosiła odpowiednio: 81%, 75% oraz 72%, zaś czas intubacji wynosił odpowiednio: 19s (IQR; 16-25), 23s (IQR; 16,5-31) oraz 24,5s (21-32). W przypadku scenariusza B skuteczność zarówno pierwszej próby intubacji jak i czasu intubacji dla iGEL, Air-Q oraz laryngoskopii bezpośredniej był zróżnicowany i wynosił odpowiednio: 79,9% vs. 74,6% vs. 41,8%, oraz 18,5s (IQR; 17-27) vs. 20,5s (IQR; 18-32) vs. 41,5 (IQR; 35-49). Podczas intubacji w warunkach scenariusza C skuteczność pierwszej próby intubacji dla iGEL, Air-Q oraz laryngoskopii bezpośredniej wynosiła odpowiednio: 73,9% vs. 64,9% vs. 23,1%, zaś czas intubacji wynosił odpowiednio: 19,5s (IQR; 17,5-27,5) dla iGEL 22s (IQR; 19,5-35) dla Air-Q, oraz 49,5s (IQR; 44-67) dla laryngoskopii bezpośredniej. W badaniu czwartym porównującym intubację „na ślepo” z wykorzystaniem maski AMBU® AuraGain™ jako przewodnicy dla rurki intubacyjnej oraz intubacji w oparciu o laryngoskop z łopatką Macintosha w warunkach scenariusza A (bez ucisków klatki piersiowej) skuteczność pierwszej próby intubacji dla badanych urządzeń wynosiła odpowiednio 48,2% i 28,6%, zaś mediana czasu wynosiła odpowiednio: 30s (IQR; 22-43) i 32s (IQR; 27-41,5).

Całkowita skuteczność w przypadku obu technik intubacji wyniosła 100%. Podczas intubacji w warunkach scenariusza B (z uciskami klatki piersiowej) – skuteczność pierwszej próby intubacji wynosiła odpowiednio 33,9% dla AMBU, oraz 5,4% dla MAC, zaś całkowita skuteczność intubacji wynosiła odpowiednio: 73,2% i 46,2%. Mediana czasu intubacji wynosiła 32s (IQR; 22-45) w przypadku intubacji z wykorzystaniem maski AMBU, oraz 47s (IQR; 33-57) w przypadku laryngoskopii bezpośredniej.

Wnioski

Przeprowadzone badania wskazują na konieczność wprowadzenia obowiązkowych szkoleń z zakresu stosowania nadgłośniowych urządzeń do wentylacji jako metody zabezpieczania dróg oddechowych podczas resuscytacji krążeniowo – oddechowej.

Badania wskazują również na niewystarczającą skuteczność intubacji dotchawiczej w oparciu o laryngoskopię bezpośrednią wykonywanej przez lekarzy nieposiadających specjalizacji z zakresu anestezjologii bądź medycyny ratunkowej. W przeprowadzonych badaniach intubacja dotchawicza „na ślepo” podczas której wykorzystywane są nadgłośniowe urządzenia do wentylacji jako swoista prowadnica dla rurki intubacyjnej, wiązała się z krótszym czasem wykonania procedury oraz wyższą skutecznością pierwszej próby intubacji. Uczestnicy badań, intubację z wykorzystaniem nadgłośniowych urządzeń do wentylacji, wskazują jako prostszą do wykonania procedurę intubacji w porównaniu z intubacją z wykorzystaniem laryngoskopu z łopatką Macintosa.

Andrzej Marcin Bielski

**Ocena czynników ryzyka obniżenia gęstości mineralnej kości
u dzieci z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów
z uwzględnieniem stężeń markerów obrotu kostnego**

Streszczenie

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS) zajmuje nadrzędne miejsce w grupie przewlekłych artropatii zapalnych wieku rozwojowego. Schorzenie to obejmuje heterogenną grupę zapaleń stawów o nieznannej etiologii, które rozpoczynają się przed 16. rokiem życia, trwają nieprzerwanie przez co najmniej 6 tygodni. Do rozpoznania niezbędne jest wykluczenie wszystkich znanych czynników etiologicznych zapaleń stawów. Najcięższym przebiegiem i najpoważniejszymi następstwami charakteryzuje się postać układowa. Do leków stosowanych w terapii MIZS należą glikokortykosteroidy (GKS) oraz leki modyfikujące przebieg choroby. W przypadku oporności na powyższe leczenie istnieje możliwość zastosowania terapii biologicznej.

Istotne znaczenie w patogenezie przewlekłego procesu zapalnego w MIZS odgrywa zaburzona równowaga między cytokinami pro- i przeciwzapalnymi, co w efekcie inicjuje procesy prowadzące do destrukcji stawów oraz rozwoju osteoporozy (wynikającej zarówno z dużej aktywności zapalnej samej choroby jak i stosowanego leczenia, w tym GKS).

Główne działanie GKS na tkankę kostną polega na hamowaniu procesu kościotworzenia. Nawet umiarkowane dawki GKS hamują zarówno proliferację, jak i dojrzewanie komórek prekursorowych osteoblastów (osteoblastogenezę), a także wpływają na skrócenie czasu przeżycia osteoblastów. W konsekwencji intensywna glikokortykosteroidoterapia może prowadzić do obniżenia gęstości mineralnej kości, a nawet osteoporozy ze złamaniami.

Osteoporoza jest uogólnioną chorobą szkieletu, charakteryzującą się niską masą kostną i zaburzeniem mikroarchitektury kości,

co w konsekwencji prowadzi do zmniejszenia odporności mechanicznej kości i zwiększenia podatności na złamania. Obecnie obowiązują uaktualnione kryteria diagnostyczne dla rozpoznania osteoporozy u dzieci i młodzieży opracowane przez grupę ekspertów z dziedziny pediatrii Międzynarodowego Towarzystwa Klinicznej Densytometrii (ang. International Society for Clinical Densitometry, ISCD). Powszechnie stosowaną metodą oceny BMD, zarówno w diagnozowaniu osteoporozy i zwiększonego ryzyka złamań, jak i monitorowaniu skuteczności leczenia, jest dwuwiązkowa absorpcjometria rentgenowska (densytometria metodą DXA). U dzieci powyżej 5 r.ż. preferuje się badanie odcinka lędźwiowego kręgosłupa (L1-L4) oraz całego szkieletu (ang. total body less head, TBLH). Wynik badania wyrażony jest za pomocą wskaźników porównujących BMD osoby badanej z BMD rówieśników (Z-score).

Wg danych z piśmiennictwa charakter przemian kostnych – nasilenie resorpcji lub kościotworzenia – dobrze odzwierciedlają biochemiczne markery obrotu kostnego, których stężenia we krwi zmieniają się w zależności od procesów przebudowy w obrębie szkieletu. W pracy posługiwano się następującymi markerami, które potencjalnie mogą być przydatne w monitorowaniu obniżania BMD w przebiegu MIZS: bCTX, BAP, OC, OPG oraz RANKL.

bCTX jest uwalniany do krwiobiegu podczas resorpcji kości i może służyć jako marker dla degradacji kolagenu typu I. BAP z kolei jest markerem aktywności osteoblastów, syntetyzowanym przez osteoblasty i zlokalizowanym na ich błonach; inicjuje mineralizację kości. Kolejnym markerem jest OC, która należy do podstawowych niekolagenowych białek macierzy kostnej. Jest syntezowana przez osteoblasty, odontoblasty i hipertroficzne chondrocyty. Kolejny marker obrotu kostnego - RANKL - jest białkiem produkowanym przez osteoblasty i komórki zrębu szpiku. RANKL łączy się ze znajdującym się na preosteoklastach błonowym białkiem RANK, co pobudza preosteoklasty do dojrzewania w kierunku osteoklastów oraz promuje osteolizę. OPG jest rozpuszczalnym receptorem-pułapką dla RANKL. Neutralizując RANKL, hamuje osteoklastogenezę i reguluje

proces osteolizy. Wzajemne oddziaływanie cząsteczek zapewnia równowagę między tworzeniem i niszczeniem kości.

Biorąc pod uwagę przedstawione powyżej fakty zrozumiałym jest fakt występowania możliwości zwiększonego ryzyka obniżenia BMD u dzieci z MIZS z konsekwencją w postaci zwiększonego ryzyka złamań, w porównaniu do zdrowej populacji rówieśników. Poznanie czynników wpływających na obniżenie BMD pozwoli prowadzić skuteczniejsze formy prewencji tego powikłania poprzez właściwe monitorowanie oraz suplementację preparatami wapnia, wit. D oraz odpowiednio dobrany program rehabilitacji. W wybranych przypadkach wystąpienia powikłań w postaci złamań, będzie zaś przesłanką do intensywnej interwencji farmakologicznej w postaci podaży bisfosfonianów.

Celem ogólnym pracy była ocena czynników ryzyka obniżenia BMD u pacjentów z MIZS. Cele szczegółowe obejmowały:

1. ocenę klinicznej przydatności oznaczania wybranych markerów obrotu kostnego, ocenę ich zależności od postaci choroby i stopnia jej aktywności;
2. ocenę wpływu GKS na metabolizm kostny i zdefiniowanie grupy podwyższonego ryzyka osteoporozy, a tym samym zwiększonego ryzyka złamań w badanej grupie dzieci;
3. zbadanie zależności między BMD a zwiększoną masą tkanki tłuszczowej oraz podwyższonym BMI;
4. próbę opracowania zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych dotyczących pacjentów z MIZS z obniżoną BMD.

Badanie było również próbą uzyskania odpowiedzi na pytanie, czy zasadne jest, poza oceną densytometryczną, rutynowe oznaczanie stężeń wybranych markerów obrotu kostnego u wszystkich pacjentów z MIZS.

Badanie prowadzono w latach 2014 - 2018 w Klinice Kardiologii i Reumatologii Dziecięcej II Katedry Pediatrii. Do badania włączono 59 pacjentów z rozpoznaniem MIZS w różnym stadium

zaawansowania (świeże rozpoznanie, choroba w okresie remisji, utrzymywanie się objawów pomimo dotychczasowego leczenia) w wieku 5-18 lat. Pacjenci zakwalifikowani do badania zostali również poddani ocenie klinicznej, rozwoju fizycznego oraz laboratoryjnej z uwzględnieniem parametrów stanu zapalnego, hematologicznych i biochemicznych. Dodatkowo oznaczono parametry gospodarki wapniowo-fosforanowej oraz markery obrotu kostnego: bCTx, BAP, OC, OPG i RANKL. BMD badano za pomocą dwuwiązkowej absorpcjometrii rentgenowskiej (densytometria metodą DXA) odcinka lędźwiowego kręgosłupa (L1-L4) oraz całego szkieletu (TBLH). W interpretacji badania densytometrycznego uwzględniono również masę mięśniową i tłuszczową. Ponadto u każdego pacjenta przeanalizowano dotychczasową farmakoterapię (dawki i czas trwania glikokortykosteroidoterapii, leki modyfikujące przebieg procesu chorobowego oraz leki biologiczne). Aktywność choroby u pacjentów z MIZS została wyrażona za pomocą skali JADAS 27.

Biorąc pod uwagę aktywność choroby, u 74,6% pacjentów wykazano dodatni wynik wskaźnika JADAS27. Analizując wyniki DXA, średnie wartości Z-Score TBLH wynosiły $0,86 \pm 1,25$ (w tym 16,9% pacjentów z Z-Score poniżej -2,0), natomiast średnie wartości Z ScoreSpine wynosiły $-0,86 \pm 1,38$ (w tym 20,3% pacjentów z Z-score poniżej -2,0).

Nie wykazano zależności pomiędzy stężeniami markerów obrotu kostnego i wynikami DXA oraz uwzględnionymi parametrami gospodarki wapniowo-fosforanowej. Stężenie OPG i BAP ujemnie korelowało z wiekiem w chwili włączenia do badania i wiekiem rozpoznania. Korelacja między OC i wiekiem w chwili włączenia do badania była na granicy istotności statystycznej. Stężenia bCTx były niezależne od wieku. RANKL wyłączono z dalszej analizy ze względu na brak zależności z innymi markerami obrotu kostnego.

Stężenie bCTx było wyższe u pacjentów z dodatnim wynikiem skali JADAS27. Stężenie OPG było wyższe u pacjentów leczonych biologicznie w porównaniu z grupą chorych leczonych konwencjonalnie. Wyniki pomiaru gęstości mineralnej kości

(Z-scoreSpine) były wyższe w nielicznej grupie pacjentów bez GKS.

Nie wykazano zależności pomiędzy masą tkanki tłuszczowej i beztłuszczowej a BMD w zależności od podtypu MIZS, stosowanego leczenia oraz aktywności choroby. Po skorelowaniu masy tkanki tłuszczowej i beztłuszczowej z markerami obrotu kostnego stwierdzono, iż masa mięśniowa ujemnie koreluje z osteoprotegeryną, natomiast BAP ujemnie koreluje zarówno z masą mięśniową jak i z masą tłuszczową.

Biorąc pod uwagę kryterium zaawansowania radiologicznego choroby wg Steinbrockera w grupie pacjentów z niezerowym okresem Steinbrockera (obecne zmiany radiologiczne I-III st) wykazano niższą wartość Total Body Z-Score ($p=0,010$).

Uzyskane wyniki mogą dostarczyć nowych danych przydatnych do monitorowania aktywności procesu chorobowego oraz indywidualnego dostosowania farmakoterapii, a tym samym mogą być pomocne w zapobieganiu rozwojowi i leczeniu osteoporozy u pacjentów z MIZS.

Wnioski:

- 1) Pacjenci z MIZS z dużą aktywnością choroby, wymagający intensywnej glikokortykosteroidoterapii stanowią szczególną grupę ryzyka obniżenia gęstości mineralnej kości.
- 2) W MIZS GKS nasilają w szczególności procesy resorpcji kości, najbardziej wyrażone w odcinku lędźwiowym kręgosłupa. W związku z tym, pacjenci wymagający intensywnej steroidoterapii (w szczególności chorzy z postacią układową MIZS) należą do grupy podwyższonego ryzyka osteoporozy, a tym samym zwiększonego ryzyka złamań kompresyjnych kręgow.
- 3) Z uwzględnionych w pracy markerów obrotu kostnego oznaczenie stężenia bCTx (jako markera resorpcji kości) oraz OPG (jako markera kościotworzenia) może być

- wykorzystywane w codziennej opiece nad pacjentem z MIZS.
- 4) Dodatkowo oznaczanie stężenia bCTX mogłoby być wykonywane u pacjentów z MIZS z dużą aktywnością choroby jako markera „prewencji” osteoporozy.
 - 5) Uwzględnione w pracy stężenia markerów obrotu kostnego nie zależą od postaci MIZS.
 - 6) Nie wykazano zależności pomiędzy BMD a zwiększoną masą tkanki tłuszczowej oraz podwyższonym BMI.
 - 7) Pacjenci z MIZS z obniżoną BMD wymagają suplementacji witaminą D (dawka dostosowana indywidualnie, w zależności od jej stężenia w surowicy) oraz preparatami wapnia, a także zbilansowanej diety i odpowiedniego doboru rehabilitacji. W przypadku złamań osteoporotycznych zasadne wydaje się zastosowanie w leczeniu bisfosfonianów.
 - 8) W grupie pacjentów z dużą aktywnością choroby (wyrażonej zarówno za pomocą skali JADAS27 jak i zaawansowania radiologicznego wg Steinbrockera), wymagających intensywnej glikokortykosteroidoterapii badania densytometryczne metodą DXA należy wykonywać co 6 miesięcy.

Marta Janicka-Szczepaniak

Piotr Pędraszewski

Analiza wskazań do cięcia cesarskiego w WSZ w Płocku w latach 1974-2014

Streszczenie

Na przestrzeni ostatnich lat operacja cięcia cesarskiego stała się najczęstszym zabiegiem wykonywanym w oddziałach położniczo-ginekologicznych, zarówno w Polsce, jak i na świecie. Pomimo nadal obowiązujących zaleceń WHO, określających ze względu na bezpieczeństwo dla matki i dziecka docelowy odsetek wykonywanych cięć cesarskich na poziomie 15%, liczba porodów operacyjnych nadal rośnie i często znacznie przekracza powyższe zalecenia.

W badaniach polskich obejmujących lata 1999-2009 w ośrodkach II i III stopnia uzyskano dane o wzroście odsetka cięć cesarskich z 18,1% do 40,9%. Średnia dla całej Polski w 2009 roku wyniosła 32%, a w 2014 roku odsetek ten osiągnął w Polsce poziom 42%. W 2014 roku w krajach Unii Europejskiej średnia cięć cesarskich wyniosła 25%, a w USA - prawie 33%. Sytuacja ta budzi coraz większy niepokój klinicyстів oraz administratorów służby zdrowia i określana jest wręcz jako „epidemia cięć cesarskich XXI wieku”. Niepokój ten oparty jest na udowodnionym fakcie, iż odsetek cięć cesarskich powyżej 15-19% nie przynosi wymiernych korzyści medycznych, natomiast może wiązać się z istotnym wzrostem ryzyka poważnych powikłań, zarówno dla rodzącej, jak i noworodka. Ze względu na narastające zagrożenia związane z lawinowym wzrostem odsetka cięć cesarskich obecnie za jedno z najważniejszych zadań opieki perinatalnej uważa się zahamowanie i odwrócenie trendu w ilości wykonywanych porodów operacyjnych.

Celem niniejszej pracy było oszacowanie wskaźników częstości stosowania cięcia cesarskiego oraz analiza kształtowania się wskazań do porodów drogą cięcia cesarskiego na podstawie danych z lat 1973-2014 w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Wojewódzkiego

Szpitala Zespołonego w Płocku (II stopień referencyjny). Drugim celem była ocena populacji rodzących i noworodków z porodów i ciąż zakończonych cięciem cesarskim. Tak wszechstronna analiza tych przypadków powinna być przydatna do znalezienia przyczyn zwiększania się odsetka cięć cesarskich, co mogłoby być pomocne w poszukiwaniu sposobów na jego obniżenie.

Badaniem objęto dane dokumentacyjne, które dotyczyły 2475 pacjentek z lat 1974-2014, u których wykonano cięcie cesarskie. Dane zbierano w wybranych pięciu, dwuletnich przedziałach czasowych, w odstępach dziesięcioletnich. Analizowany materiał pochodził z lat: 1973-1974, 1983-1984, 1993-1994, 2003-2004, 2013-2014. Zbudowano bazę danych obejmującą cechy pacjentek, u których wykonano cięcie cesarskie (wiek, kolejność ciąży, kolejność porodu, tydzień ukończenia ciąży, wskazania do cięcia cesarskiego) oraz cechy noworodków (płeć, masa urodzeniowa).

W przeprowadzonej analizie na przestrzeni lat 1973-2014 stwierdzono istotny liniowy wzrost częstości cięć cesarskich. W latach 1973-1974 odsetek cięć wyniósł 5,3%, natomiast w latach 2013-2014 odsetek ten wyniósł 46,1%. W ostatnich kilkunastu latach zaobserwowano spadek odsetka cięć cesarskich wykonywanych w przypadku porodów przedwczesnych. Trend ten pojawił się w ostatnim przedziale czasowym między latami 2003-2004 a latami 2013-2014 (spadek z 20,8% do 12,3%). Średnie wartości wieku rodzących rozwiązanych cięciem cesarskim wzrosły z 26,5 lat w przedziale czasowym 1973-1974 do 29,8 lat w okresie 2013-2014. We wszystkich analizowanych latach udział procentowy kobiet najmłodszych, poniżej 18 lat, nie przekraczał 2,6%. Natomiast udział procentowy kobiet po 35 r.ż. w badanym okresie istotnie wzrósł z 10,8% do 18,8%. Największą ilość cięć cesarskich wykonano u pierworódek w wieku 19-32 lata, drugą grupę stanowiły rodzące po raz drugi w wieku 25-32 lata. Wartości średnie wieku ciąż, rozwiązywanych cięciem cesarskim utrzymywały się w granicach 38,3 tygodni, ze stałym spadkiem odchylenia standardowego z 3,6 tygodni w latach 1973-1974 do 2,1 tygodni w latach 2013-2014. Wykazano wykonywanie

cięć cesarskich w coraz niższych kolejnościach ciąży i porodów, co przede wszystkim wynika ze zmniejszającej się rodności pacjentek na przestrzeni badanego czterdziestolecia. Korelacja między kolejnością ciąży a kolejnością porodu ukończonego drogą cięcia cesarskiego stopniowo zmniejszała się (spadek o ponad 10% na przestrzeni całego czterdziestolecia). Oznacza to, że w ostatnich ocenianych przedziałach czasowych wystąpiła u rodzących coraz większa rozbieżność między kolejnością ciąży a kolejnością porodu. Zaobserwowano niewielki trend wzrostowy wagi noworodków, dotyczący ostatniego przedziału między latami 2003-2004 a 2013-2014 (wzrost średniej masy o 259 g). Natomiast w latach wcześniejszych nie stwierdzono istotnego statystycznie trendu zmian. Średnie wartości wag urodzeniowych noworodków wyniosły od 2985 g w latach 1983-1984, do 3293 g w latach 2013-2014. Największe zmienności wagi urodzeniowej noworodków cechowały lata 1973-1974 (SD = 860 g), a najmniejsze zmienności wystąpiły w latach 2013-2014 (SD = 650 g). Analiza odsetka noworodków o wadze poniżej 2500 g nie potwierdziła istotnego trendu zmian, wynosząc średnio 13,88%. Jedynie w ostatnim dziesięcioleciu, tj. pomiędzy okresami 2003-2004 a 2013-2014, procentowy udział noworodków o niskiej masie urodzeniowej uległ istotnemu spadkowi z 20,51% do 10,04%,. Grupa noworodków o wadze ponad 4000 g utrzymywała się na względnie stałym poziomie 8-10%. Waga urodzeniowa noworodków płci męskiej była wyższa średnio o 110 g od wagi noworodków płci żeńskiej. Zależności tej nie stwierdzono w grupie noworodków o wadze poniżej 2500 g.

W okresach 1973-1974 oraz 1983-1984 liczebności płodów męskich i żeńskich urodzonych operacyjnie były prawie takie same. Natomiast w latach 1993-1994 oraz 2003-2004 zarysowała się przewaga w liczebności noworodków męskich (na 100 dziewczynek rodziło się 108 chłopców), zaś w latach 2013-2014 na 100 noworodków żeńskich drogą cięcia cesarskiego urodzono aż 122 noworodki płci męskiej. Nie stwierdzono istotnej zależności między płcią noworodków a wiekiem ciążowym, kolejnością ciąży oraz kolejnością porodu.

Pomimo istnienia licznych podziałów wskazań do przeprowadzenia

zabiegu cięcia cesarskiego w klasycznym ujęciu możemy je podzielić na dwie grupy: zagrożenia dla płodu oraz zagrożenia dla matki. W większości publikacji wymienia się cztery główne, najczęściej występujące wskazania: stan po przeżytym cięciu cesarskim, zagrażająca zamartwica wewnątrzmaciczna płodu, brak postępu porodu oraz nieprawidłowe położenia płodu. W badanej grupie pacjentek potwierdzono podobny rozkład wskazań. W latach 1973-1974 wskazania te zdecydowanie dominowały, stanowiąc 94,6% wszystkich wskazań, ulegając na przestrzeni analizowanych czterdziestu lat stopniowemu spadkowi do poziomu 78,1%. W najwcześniejszych latach: 1973-1974 oraz 1983-1984 dominowały wskazania płodowe tzn. zagrażająca zamartwica wewnątrzmaciczna oraz nieprawidłowe położenia i ułożenia płodu. Natomiast w okresach 2003-2004 oraz 2013-2014 najczęstszym wskazaniem do przeprowadzenia cięcia cesarskiego stał się stan po poprzednio przeżytym porodzie zakończonym cięciem cesarskim. To wskazanie stanowiło 28,4% wszystkich przebadanych wskazań, a jego częstość w okresie od 1973 roku do 2014 roku uległa prawie dwukrotnemu wzrostowi. Jako drugie najczęstsze wskazanie do cięcia cesarskiego stwierdzono zagrażającą zamartwicę wewnątrzmaciczną płodu 22,7% wskazań. Częstość tego wskazania w ostatnich 40 latach utrzymywała się na zbliżonym poziomie. Trzecim, najczęstszym wskazaniem do operacyjnego rozwiązania ciąży w latach 2013-2014 był brak postępu porodu - 15,2% wskazań. Częstość tego wskazania pozostawała praktycznie na niezmiennym poziomie. Pośród innych wskazań do cięć cesarskich zaobserwowano zmniejszenie się odsetka operacji spowodowanych nieprawidłowym położeniem płodu (spadek z 26,3% do 11,8). Aczkolwiek w stosunku do wszystkich porodów wykazano wprost przeciwnie, znaczny przyrost częstości tego wskazania (zwiększenie z 1,4% do 5,4%). W grupie tych wskazań stwierdzono bardzo dużą zwyżkę odsetka cięć cesarskich spowodowanych położeniem miednicowym płodu. W okresie lat 2013-2014 częstość porodów w położeniu miednicowym, rozwiązanych cięciem cesarskim, osiągnęła w tutejszym oddziale poziom 100%. Natomiast

w latach 1973-1974 cięcia cesarskie w grupie ciężarnych z płodem położonym miednicowo stanowiły tylko ok. 7%. W analizowanym materiale stwierdzono istotny statystycznie spadek udziału czynników łożyskowych w ogólnej liczbie cięć cesarskich (zmiana z 21,5% na 2,8%). Natomiast udział cięć cesarskich z powodu zaburzeń łożyskowych w ogólnej liczbie porodów, jako jedyny z wszystkich wskazań, nie uległ zmianie i wyniósł średnio 1,2%, co praktycznie pokryło się z częstością występowania tego zaburzenia w badanej populacji ciężarnych. Wśród zaburzeń łożyskowych we wszystkich badanych okresach czasowych przeważało przedwczesne oddzielenie się łożyska; udział łożysk przodujących zmniejszał się na przestrzeni całego analizowanego czterdziestolecia (spadek z 44% do 25% zaburzeń łożyskowych). Cięższe wielopłodowe stanowiły niewielki odsetek wskazań do operacji cięcia cesarskiego. Zaobserwowano wzrost częstości tego wskazania z 2,2% do 3,3%. Jednakże zanotowano dramatyczny wzrost odsetka ciężarów mnogich rozwiązywanych cięciem cesarskim z 10,5% w latach 1973-1974 do 92,5% w latach 2013-2014. W latach 1973-2004, częstości wskazań płodowych i macicznych utrzymywały się na zbliżonym poziomie (różnica $\pm 7,7\%$). Natomiast w latach 2013-2014 stwierdzono, w porównaniu do częstości wskazań płodowych, istotny statystycznie, wzrost odsetka cięć cesarskich z powodów macicznych (+28,46%).

Wyniki przeprowadzonych badań prowadzą do następujących wniosków:

1. W latach 1974-2014 częstość CC w stosunku do wszystkich porodów uległa istotnemu statystycznie wzrostowi z 5,3% do 46,1%. Wzrost ten dotyczył prawie wszystkich grup wiekowych rodzących, poza najmłodszymi – pierworódkami poniżej 18 r.ż.
2. Stan po przebytych cięciach cesarskich, brak postępu porodu, zagrażające niedotlenienie płodu oraz nieprawidłowe położenia i ułożenia płodu stanowiły w badanym okresie cztery niezmiennie najczęstsze wskazania do porodu drogą CC. Stan po przebytych cięciach cesarskich, wskazania pozapołożnicze

oraz zagrożenie stanem rzucawkowym wpłynęły w istotny sposób na wzrost ilości wykonywanych CC. Zagrożające wewnątrzmaciczne niedotlenienie płodu, brak postępu porodu nie zmieniły swojego udziału w grupie cięć cesarskich, ale istotnie wpłynęły na wzrost częstości porodów drogą CC. Położenie miednicowe płodu oraz ciąża wielopłodowa wpłynęły istotnie na wzrost ilości wykonywanych CC, pomimo spadku udziału tego wskazania w ogólnej ich liczbie. Odsetek CC z powodu położenia miednicowego płodu w badanym okresie wzrósł z 7% do 100%. Wskazania łożyskowe pomimo spadku udziału procentowego w puli wskazań do CC pozostawały na niezmiennym poziomie - w granicach 1,3% wszystkich porodów. Stwierdzono znaczny, istotny statystycznie wzrost odsetka CC z powodu wskazań matczyńskich w porównaniu do częstości wskazań płodowych (+28,46%).

3. We wszystkich grupach wiekowych (poza grupą poniżej 18 r.ż.) wykazano wzrost odsetka CC. Wśród nich udział procentowy grupy kobiet najstarszych- po 35 r.ż. wykazał największy, prawie dwukrotny wzrost z 10,8% do 18,8%. Stwierdzono też wzrost średniej wieku pacjentek z 26,5 do 28,9 lat. Dominująca grupa wiekowa rodzących, poddanych CC przesunęła się w górę, z przedziału 20-24 lata do przedziału 25-29 lat. Wartości średnie wieku ciąż, rozwiązanych CC utrzymywały się niezmiennie w okolicach 38,3 tygodni. Natomiast CC w ciąży niedonoszonej w kolejnych latach były wykonywane coraz rzadziej (spadek z 20,51% do 10,04%). W badanym przedziale czasowym stwierdzono wykonywanie CC w coraz wcześniejszych kolejnych ciążach i porodach. Średnia kolejność ciąży spadła z 2,1 do 1,8, a średnia kolejność porodu uległa zmniejszeniu z 1,92 do 1,6.
4. Stwierdzono stopniowe zmniejszanie się dodatniej korelacji między kolejnością ciąży a kolejnością porodów ukończonych drogą CC (spadek o ponad 10%). Zjawisko to może być związane z częstszymi przypadkami wczesnych ciąż

- o nieprawidłowym rozwoju wynikającymi m.in. z wyższego wieku ciężarnych oraz zastosowaniu technik wspomaganego rozrodu. Pacjentki, które przebyły CC wykazały istotne zmniejszenie dodatniej korelacji pomiędzy ich wiekiem a kolejnością ciąży i kolejnością porodu - spadek o ok. 45%. Co można w oczywisty sposób tłumaczyć coraz większym wiekiem pierworódek poddawanych operacji CC. Ujemna korelacja pomiędzy wiekiem ciążowym a kolejnością ciąży i porodu ulegała obniżeniu w badanych przedziałach czasowych o ok. 50%, co potwierdzają wcześniejsze wyliczenia spadku odsetka porodów przedwczesnych rozwiązywanych drogą CC.
5. W badanych przedziałach czasowych nie stwierdzono istotnego statystycznie trendu zmian wagi urodzeniowej noworodków urodzonych drogą CC. Natomiast analiza zmienności ich wagi urodzeniowej wykazała spadek z 859 g do 650 g. Nastąpił spadek odsetka noworodków o masie <2500 g z 20,51 do 10,4%, zaś odsetek noworodków >4000 g utrzymywał się na niezmiennym poziomie. W badanym materiale noworodki płci męskiej wykazywały stałą, nieznacznie większą średnią wagę urodzeniową w stosunku do noworodków płci żeńskiej. Różnica ta była zdecydowanie większa w przypadku płodów męskich o wadze przekraczającej 4000 g. Jednocześnie stwierdzono stopniowy wzrost nadreprezentacji noworodków płci męskiej w stosunku do noworodków płci żeńskiej urodzonych drogą CC (122:100) w porównaniu do średniej wszystkich porodów (104:100).

Piotr Pędraszewski

**Lekarze - członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej
w Płocku, którzy uzyskali specjalizację w latach 2015-2021**

2015 rok

Nazwisko	Imię	Specjalizacja
Antosik	Damian	Okulistyka
Bilska	Joanna	Medycyna pracy
Brzezińska	Beata	Okulistyka
Budny	Marek	Chirurgia ogólna
Geras-Kowalska	Anita	Pediatrica
Golał	Artur	Radiologia i diagnostyka obrazowa
Jakubaszek	Michał	Reumatologia
Krawczyk	Marek	Neurologia
Krawczyk-Pipińska	Jolanta	Reumatologia
Krużyński	Maciej	Anestezjologia i intensywne terapie
Łachmański	Andrzej	Onkologia kliniczna
Mazur	Magdalena	Choroby wewnętrzne
Morawski	Bartłomiej	Chirurgia ogólna
Prośniewska -Sapińska	Beata	Medycyna pracy
Sapiejka	Magdalena	Radiologia i diagnostyka obrazowa
Skonieczny	Krzysztof	Neurologia
Staruszkiewicz	Krzysztof	Alergologia
Sułkowska	Joanna	Kardiologia dziecięca
Symonowicz	Marek	Diabetologia
Żurawik-Pietrzak	Anna	Położnictwo i ginekologia

2016 rok

Nazwisko	Imię	Specjalizacja
Bielecka	Maria	Pediatrya
Bielski	Andrzej	Reumatologia
Dziurko	Anna	Neurologia
Faran-Grabowska	Katarzyna	Kardiologia
Góra	Ewelina	Choroby wewnętrzne
Grochala	Dawid	Choroby wewnętrzne
Jeśman-Pasińska	Justyna	Pediatrya
Kosmaczewska	Aleksandra	Kardiologia
Murlikiewicz	Katarzyna	Nefrologia
Obernikowicz	Beata	Medycyna pracy
Pomirska	Ewa	Audiologia i foniatria
Sidorski	Jerzy	Anestezjologia i intensywne terapie
Skupniewicz	Adam	Choroby wewnętrzne
Słodki	Maciej	Perinatologia
Szarota	Władysław	Choroby wewnętrzne
Świdorski	Robert	Choroby wewnętrzne
Wesołowska	Małgorzata	Rehabilitacja medyczna
Zduńczyk	Marcin	Medycyna pracy
Zimoch	Marek	Alergologia

2017 rok

Nazwisko	Imię	Specjalizacja
Adamkiewicz	Magdalena	Położnictwo i ginekologia
Baranowski	Paweł	Kardiologia
Ciepliński	Klaudiusz	Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość
Dumowska	Aleksandra	Neurologia
Janczewski	Piotr	Medycyna ratunkowa
Kaluża	Katarzyna	Kardiologia
Łuszczzyńska-Torbicka	Aleksandra	Medycyna ratunkowa
Nieścierenko	Aleksandra	Choroby wewnętrzne
Oleśkiewicz-Kiciak	Urszula	Medycyna pracy
Sarnowski	Maciej	Choroby wewnętrzne
Sech	Olga	Anestezjologia i intensywne terapia
Szarota	Aleksandra	Neurologia
Tomaszewska	Magdalena	Pediatrica
Walewska	Agnieszka	Medycyna pracy
Zielińska	Aleksandra	Choroby płuc

2018 rok

Nazwisko	Imię	Specjalizacja
Cieślak	Łukasz	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu
Hawryluk	Maciej	Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość
Jankowska	Karolina	Psychiatria

Jasińska	Renata	Diabetologia
Kaszewski	Wojciech	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu
Konieczny	Piotr	Anestezjologia i intensywna terapia
Międlar-Dubielak	Małgorzata	Kardiologia
Padzik	Magdalena	Medycyna rodzinna
Ptasińska	Anna	Okulistyka
Szybińska	Anna	Radiologia i diagnostyka obrazowa
Torbicka	Magdalena	Radiologia i diagnostyka obrazowa

2019 rok

Nazwisko	Imię	Specjalizacja
Geras-Kowalska	Anita	Endokrynologia i diabetologia dziecięca
Gogolewski	Michał	Urologia dziecięca
Jankowski	Marcin	Chirurgia onkologiczna
Kłobukowska-Frej	Aleksandra	Choroby wewnętrzne
Korpolińska	Agnieszka	Rehabilitacja medyczna
Księżakowska-Łakoma	Kinga	Położnictwo i ginekologia
Manista-Zielińska	Grażyna	Psychiatria dzieci i młodzieży
Pacek	Łukasz	Dermatologia i wenerologia
Radosz	Krystian	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu
Stasiak	Łukasz	Medycyna rodzinna
Suwała	Zbigniew	Chirurgia ogólna
Sztybór	Bożena	Medycyna sportowa

Tucholski	Jarosław	Psychiatria
Żabka	Justyna	Choroby wewnętrzne

2020 rok

Nazwisko	Imię	Specjalizacja
Brożek	Paulina	Medycyna rodzinna
Brzeziński	Marek	Ginekologia onkologiczna
Dolny	Konrad	Radiologia i diagnostyka obrazowa
Grabowski	Rafał	Ginekologia onkologiczna
Gregorczyk	Karolina	Pediatria
Guzowska	Weronika	Choroby wewnętrzne
Lis	Karolina	Choroby wewnętrzne
Pasikowski	Przemysław	Kardiologia
Piusińska	Katarzyna	Pediatria
Reczek	Mateusz	Psychiatria
Rój-Karkowska	Agata	Choroby płuc
Siemionow	Katarzyna	Rehabilitacja medyczna
Siwko	Alicja	Chirurgia naczyniowa
Sobolewska -Krajenta	Aleksandra	Pediatria
Strzałkowski	Leszek	Psychiatria
Szczęsny	Jakub	Choroby wewnętrzne
Szwech	Aleksandra	Choroby wewnętrzne
Woźniak	Mateusz	Choroby wewnętrzne

Zaczek	Ewa	Hematologia
Ziółkowski	Wojciech	Dermatologia i wenerologia

2021 rok

Nazwisko	Imię	Specjalizacja
Blejzon	Anna	Choroby wewnętrzne
Cetnarska	Oliwia	Choroby wewnętrzne
Chmielecka	Magdalena	Choroby wewnętrzne
Ciechomska	Joanna	Medycyna rodzinna
Korzeniewska -Rogoza	Kamila	Neurologia
Majczak	Mateusz	Choroby wewnętrzne
Pomianowska	Agnieszka	Diabetologia
Sarnowski	Maciej	Nefrologia
Skupniewicz	Adam	Choroby płuc
Stachurska -Chalińska	Izabela	Choroby wewnętrzne
Waloch	Dorota	Medycyna sportowa
Wójcicki	Dariusz	Medycyna rodzinna
Żuk	Przemysław	Choroby wewnętrzne



Prezes Towarzystwa Naukowego Płockiego
prof. Zbigniew Kruszewski



Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Płocku
lek. Ryszard Mońdział

zapraszają na otwarcie wystawy

HISTORIA PŁOCKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO W ARCHIWACH TOWARZYSTWA NAUKOWEGO PŁOCKIEGO

**Wystawa ze zbiorów TNP
z okazji 150-lecia PTL (1872–2022)**

22 października 2022 r. (sobota), godz. 15.00
Towarzystwo Naukowe Płockie, pl. Narutowicza 8

Wystawa będzie czynna do 18 listopada br.
w dniach pracy Biura Zarządu TNP w godz. 9.00–14.00

WSTĘP WOLNY

PŁOCKA ORKIESTRA SYMFONICZNA IM. WITOLDA LUTOSŁAWSKIEGO



Płocka Orkiestra Symfoniczna im. Witolda Lutosławskiego powstała dzięki staraniom melomanów skupionych wokół Płockiego Towarzystwa Muzycznego, którzy jako pierwsi dostrzegli potrzebę jej powołania. Miała ona zaspokoić oczekiwania płockiej inteligencji, ale przede wszystkim edukować mieszkańców Płocka, który w tym czasie przeżywał dynamiczny rozkwit ekonomiczny i gospodarczy.

Od 1975 roku orkiestra występowała pod nazwą Orkiestra Kameralna Płockiego Towarzystwa Muzycznego. W styczniu 1977 roku w wyniku przejścia pod patronat państwa rozpoczęła działalność samodzielną jako Płocka Orkiestra Kameralna, by w roku 1998 zostać przemianowaną na Płocką Orkiestrę Symfoniczną, której patronem został Witold Lutosławski.

Orkiestra bierze aktywny udział w życiu miasta i regionu, prowadząc cykl stałych koncertów symfonicznych oraz różnorodną działalność kameralną i edukacyjną. Od ponad 20 lat jest organizatorem Letniego Festiwalu Muzycznego w Płocku, uczestniczy gościnnie na festiwalach w kraju i za granicą. Płocka Orkiestra Symfoniczna im. Witolda Lutosławskiego współpracuje z najwybitniejszymi wykonawcami polskimi i zagranicznymi. W dorobku orkiestry znajdują się 4 płyty CD. Ważnym punktem w dorobku artystycznym orkiestry jest 9 prawykonień.

Funkcję Dyrektora Płockiej Orkiestry Symfonicznej im. Witolda Lutosławskiego od 2004 roku sprawuje Adam Mieczkowski. Koncerty odbywają się w sali koncertowej Państwowej Szkoły Muzycznej I i II stopnia w Płocku.

ZAPROSZENIE NA KONCERT

Marcin Wyrostek Coloriage

wraz z

Płocką Orkiestrą Symfoniczną im. W. Lutosławskiego

22 października 2022 r. godz. 18.00

Sala Koncertowa Państwowej Szkoły Muzycznej w Płocku
ul. Kolegialna 23

Zwycięzca polskiej, drugiej edycji programu Mam Talent. Wykładowca Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach. Członek Amerykańskiego Stowarzyszenia Akordeonistów. Jest laureatem ponad 30 konkursów akordeonowych (w kraju i za granicą), w tym Detroit (USA) 2005; Esztergom (Węgry) 2003, Dunajska Streda (Słowacja) 2003, Reinach (Szwajcaria) 2003. Koncertował na największych polskich scenach muzycznych m.in. na 50-lecie festiwalu Piosenki Polskiej w Opolu, festiwalach: Sopot TOPtrendy, Transatlantyk, Warszawa Singera.



Projekt COLORIAGE to kwartet instrumentalny, który powstał w 2005 roku w wyniku współpracy Marcina Wyrostka, Mateusza Adamczyka i Piotra Zaufala. Ich styl charakteryzuje połączenie muzyki ludowej z możliwościami jazzowej improwizacji. Etniczne brzmienie projektu dopełnił Krzysztof Nowakowski swoim zestawem instrumentów perkusyjnych. W roku 2011 w tym składzie nagrano płytę "Marcin Wyrostek Coloriage", która pokryła się PODWÓJNĄ PLATYNĄ, a także otrzymała nagrodę Bestseller Empik'u 2012.



