

- Zaproszenie na KRAKDENT (dr Robert Sępień)
- Wywiad z prof. Janem Zapałą - kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej IS CM UJ (Halina Kleszcz)
- Algorytm udzielenia pierwszej pomocy w gabinecie stomatologicznym (do oprawy i powieszenia na ścianie wg koncepcji dr. Henryka Podziornego)
- Najczęściej występujące choroby błony śluzowej jamy ustnej (dr Renata Michna)
- Sprawozdanie Komisji Stomatologicznej ORL z działalności w I roku V kadencji samorządu
- Relacja Kasi Siembab z I Balu Stomatologów.
- Terminarze kursów doskonalących Komisji Stomatologicznej ORL, Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego w Krakowie i Krośnie, Zakładu Radiologii CM UJ
- Z kart historii: Spotkanie w 5. rocznicę śmierci prof. Stanisława B. Bartkowskiego i sylwetka prof. Rafała Józefa Czerwiakowskiego nakreślona z materiałów archiwalnych
- Dotacje Unii Europejskiej (odc. 5)

Koleżanki i Koledzy Lekarze Dentyści



Nie mogąc przejść obojętnie obok tak dzisiaj ważnej imprezy organizowanej dla środowiska stomatologicznego, w której uczestniczy tak znaczna liczba Koleżanek i Kolegów, chciałbym poświęcić ten tekst w całości KRAKDENTOWI, a więc przedsięwzięciu cenionemu, potrzebnemu i wciąż się rozwijającemu.

Piszę więc z przyjemnością, zauroczony w dodatku kompetencją mini-ekipy organizatorek prowadzących ogromną ekspozycję (kilkuset wystawców, międzynarodowa konferencja naukowa, kilkanaście kursów i seminariów) w osobach: pani prezydent Sp-ki „Targi w Krakowie” Grażyny Grabowskiej (bizneswoman z humanistycznym rodowodem) i jej dwuosobowego zespołu ds. KRAKDENT-u: p. Beaty Simon – komisarza Targów i p. Doroty Wojtuń – jej asystentki.

Targi odbędą się w dniach 8-10 marca w Krakowie, przy ul. Centralnej 41 A, gdzie jest wprawdzie wygodniej niż w poprzednim miejscu przy ul. Zapolskiej, czy jeszcze wcześniejszym na Rakowickiej, ale żeby ta nowa siedziba wyczerpywała aspiracje Krakowa do bycia jakimś centrum wystawienniczo-kongresowym, to bym nie powiedział. Ale to temat na inną dyskusję, bowiem targi to ogromny biznes napędlający hotele, restauracje, sklepy itp. I mam nadzieję, że dożyję czasów, kiedy powstanie w Krakowie centrum wystawienniczo-kongresowe z prawdziwego zdarzenia.

Ale mimo niesprzyjających warunków KRAKDENT to i tak druga w kraju (po Łodzi) wystawa sprzętu, materiałów, wyposażenia, odzieży, leków dla stomatologii. W 2007 roku weźmie w niej udział ok. 400 wystawców, w tym 30% z zagranicy – mówi p. Beata Simon – i nie zabraknie nikogo liczącego się na tym rynku, od gigantów na rynku farmaceutycznym w rodzaju GlaxoSmithKline, poprzez producentów past do zębów w rodzaju Colgate, po Kavo-Gendex największego w świecie producenta sprzętu stomatologicznego, oferującego m.in. kompleksowe wyposażenie gabinetów.

A początki, jak wspomina p. Grażyna Grabowska, były skromniutkie. Pierwszy KRAKDENT (przed 15 laty) odbył się niemal pod gołym niebem, czyli w halach namiotowych. Inicjatorem była poprzedniczka dzisiejszej firmy wystawienniczej Cracow-Expo-Center, a ściślej p. Sławomir Gąsiorowski (pracuje w innej branży, nie dowiemy się więc czemu akurat stomatolo-

gia zawdzięcza pionierską rolę w organizacji krakowskich targów). Trafił tu w każdym razie wszechobecny doktor Zbigniew Żak i miał wtedy bodaj pierwszy w historii Targów wykład „o wypełnianiu tylnej szóstki”. A że publiczność zawiódła – wspomina pani prezydent – dla ratowania dobrego imienia firmy spędzono cały personel targowy który się dokształcał „w tym temacie”. W 1996 Cracow-Expo-Center przeobraziło się w „Targi w Krakowie”, a wystawa odbywała się w halach wojskowych przy Rakowickiej, od 2000 przy ulicy Zapolskiej (teraz buduje się tam apartamentowce), w 2005 przeniesiono się na Centralną 41 A.

To tutaj „Targi w Krakowie” wybiły się w 2006 roku na III miejsce w kraju wśród firm

targowych (70 tys. zwiedzających). My zaś musimy dodać, że KRAKDENT-owi towarzyszy międzynarodowa konferencja nt. „Od korzenia do korony”, która odbędzie się 10 marca br. opodał naszej Izby, na Krupniczej w Audytorium Maximum. I ze szczególnym zainteresowaniem oczekiwać będziemy na wyniki konkursu na najlepszy produkt o Medal Targów, tym bardziej że jury przewodniczy p. profesor Jadwiga Chomyszyn-Gajewska z Instytutu Stomatologii CM UJ.

Tak więc do zobaczenia na Targach w dniach 8-10 marca 2007 roku.

Lek. dent. Robert Stępień
wiceprzewodniczący ORL w Krakowie

ROZMAITOŚCI

Kalendarium „stomatologiczne” na najbliższe tygodnie (do końca maja 2007)

8–10 marca • Kraków
XV Jubileuszowe Targi Stomatologiczne KRAKDENT

20–14 marca • Kolonia (RFN)
32. Międzynarodowy Show Dentystyczny

3 kwietnia • Warszawa
I Ogólnopolskie Spotkanie Implant Clubu

13–15 kwietnia • Kościelisko
Konferencja Naukowo-Szkoleniowa
(cd. z Kocierza, nt. leczenia endodontycznego)

19–21 kwietnia • Warszawa
VIII Międzynarodowe Targi Stomatologiczne
DENTEXPO 2007

21–22 kwietnia • Warszawa
II Międzynarodowa Konferencja Implantologiczna
nt. *Implanty. Udokumentowany sukces.*

19–22 kwietnia • Szczyrk
II Ogólnopolski Kongres Techniki Dentystycznej

24–27 kwietnia • Nałęczów
IX Międzynarodowa Konferencja Okrągłego Stołu
(dziekanów i kierowników zakładów stomatologii
Akademii Medycznych)

11–13 maja • Kielce
Festiwal Stomatologii Praktycznej DENTOPOLIS 2007

25–27 maja • Augustów
Podlaskie Spotkania Stomatologiczne

31 maja – 3 czerwca • Ryto
**XXXII Ogólnopolska Konferencja
Lekarzy Stomatologów**
(poświęcona problematyce interdyscyplinarnego
spojrzenia na stomatologię)

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom Koleżanek i Kolegów przedstawiamy algorytm postępowania w gabinecie stomatologicznym w stanach nagłych, przygotowany przez klinicystę z Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii CM UJ dr n. med. Henryka Podziornego.

Forma graficzna algorytmu została przygotowana w kształcie pozwalającym na jego oprawę i ewentualne powieszenie w gabinecie, na terenie prowadzonej praktyki.

Trzy dekady temu w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej pracowało ponad 20 asystentów, rocznie hospitalizowano 400 chorych. Dziś Klinika zatrudnia 8 lekarzy, nie licząc 4 rezydentów i 2 wolontariuszy, a zaopatruje 1 500 chorych. Pełni też 24-godzinną gotowość, co prowadzi do wysysania sił zespołu, jego nadmiernej eksploatacji, a w konsekwencji do ograniczania szans rozwoju naukowego.

Sztuka rekonstrukcji

Rozmowa z prof. dr hab. med. Janem ZAPĄŁĄ, p.o. kierownikiem Katedry i kierownikiem Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Instytutu Stomatologii CM UJ; prodziekanem Wydziału Lekarskiego UJ ds. Stomatologii

Redakcja: Nie było chyba łatwo obejmować klinikę po profesorze Stanisławie Bartkowskim, wielkiej indywidualności, szefie z wizją i charakterem, wyobraźnią i twardą ręką, któremu historia medycyny przypisze wiele odkrywczych, pionierskich dokonań, w tym niekwestionowany współudział w tworzeniu polskiej szkoły chirurgii szczękowo-twarzowej (ChSzT).

Jan ZAPĄŁA: Wielka szkoda, że nieuleczalna choroba i wkrótce śmierć zabrały prof. Bartkowskiego zbyt wcześnie, gdy chciał i mógł wiele jeszcze dokonać w medycynie. Byłem Jego uczniem, z którym wyraźnie wiązał swoje nadzieje, bo wywierał presję na mój rozwój naukowy, a ponieważ byłem jedyną osobą w zespole po habilitacji, w naturalny więc sposób powierzono mi kierowanie kliniką. Ale moje umiejętności chirurgiczne w dużej mierze zawdzięczam, zresztą jak większość z nas, starszemu koledze, z biegiem lat przyjacielowi, adiunktowi Marianowi Kurkowi. Z dnia na dzień znaleźliśmy się w sytuacji nie będącej dla nas obu komfortową. Była to próba naszej przyjaźni, raduje mnie, że udało nam się ją obronić. Mieć u boku człowieka tak oddanego chirurgii, niezrównanego w rzemiośle, o nieocenionym doświadczeniu zawodowym, to przywilej, za który wypada dziękować opatrności. Jak większość Jego rówieśników działających na polu ChSzT doktor Kurek ma dwa fakultety: lekarski i stomatologiczny.

Na polu ChSzT działa niewiele kobiet, ale jeśli już przejdą próbę ogniową, to jak adiunkt Grażyna Wyszynska-Pawelec, mój z-ca ds. dydaktyki w obowiązkach dziekańskich, dotrzy-



prof. dr hab. med.
Jan Zapala

for. K. Pollesch

Szanowny Panie Profesorze!

Proszę przyjąć moje gratulacje z okazji uzyskania zaszczytnego „belwederskiego” tytułu Profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego, tym serdeczniejsze, że fundamentem tej nobilitacji są Pańskie osiągnięcia naukowe i kliniczne w dziedzinie stomatologii, a szczególnie chirurgii szczękowo-twarzowej. To w pewnym sensie święto całej krakowskiej stomatologii.

Chylimy czoła przed Pańską pracowitością, Pańskim talentem, Pańską pasją naukową. Życzymy zdrowia, wszelkiej pomysłowości i dalszych satysfakcji na niwie praktyki i teorii polskiej medycyny.

Wiceprzewodniczący
Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie
Lek. dent. Robert Stępień

PORTRETY



Adiunkt dr n. med. Marian Kurek

mują nam kroku. Przy Klinice działa Studenckie Koło Naukowe, wylegarnia nowych talentów, którym nasza koleżanka poświęca wiele energii.

ChSzT to „duża” chirurgia, która zarówno w interwencjach traumatologicznych, jak i onkologicznych, wymaga od nas rozległej wiedzy ogólnolekarskiej. A jeszcze lepiej, gdy jest ona połączona z umiejętnościami z zakresu chirurgii estetycznej, co odgrywa dużą rolę w rekonstrukcjach rozległych nieraz ubytków, występujących głównie po działaniach skalpela ze wskazań onkologicznych. Na tak małej przestrzeni – jaką jest twarzoczaszka – dojsz może w efekcie urazu do licznych, skomplikowanych obrażeń na styku z innymi specjalnościami stricte lekarskimi: neurochirurgią, okulistyką, laryngologią (w zespole jest cenny nabytek z tą specjalnością –

Andrzej Ratajewicz, technik protetyk – artysta w swojej dziedzinie



„zwerbowany” jeszcze za kadencji prof. Bartkowskiego – adiunkt Mariusz Szuta).

Redakcja: Rozwińmy zatem ten wątek rozmowy. Pod wodzą prof. Bartkowskiego Klinika zainicjowała – w początku lat siedemdziesiątych – model wielospecjalistycznej pomocy. Nie bano się dzielić z innymi sukcesu z wyleczenia chorego. Na wypracowanym pod Wawelem schemacie postępowania z rozprężającym złamaniem oczodołu (blow out) wzorowały się pozostałe kliniki chirurgii szczękowo-twarzowej, a lekarze z odległych krańców Polski przyjeżdżali się uczyć tego modelu leczenia. Prof. Jadwiga Stypulkowska wspominała mi, jakie poruszenie na międzynarodowych zjazdach naukowych ta kwestia wywoływała.

J. ZAPAŁA: Rzeczywiście, zgromadziliśmy bodaj największy w świecie, a na pewno w Europie, materiał chorych ze złamaniem rozprężającym oczodołu. W efekcie współpracy z wybitnym strabologiem, prof. Krystyną Krzystkową, ówczesnym kier. Pracowni Patofizjologii Widzenia i Neurookulistyki Kliniki Okulistyki opracowana została tzw. Karta Oczodołowa, do dziś aktualny paradygmat diagnostyczny i etap 9 możliwości obiektywnej oceny wyników leczenia. Jeśli pacjent spełniał kryteria, wśród których najważniejsze były: podwójne widzenie, zapadnięcie gałki ocznej i jej wadliwe ustawienie, to kwalifikowano go do zabiegu w Klinice ChSzT. Następnie przekazywany był do ambulatoryjnej kontroli w Klinice Okulistyki, gdzie w określonych odstępach czasu sprawdzano, czy funkcje oka powracają do normy. Nadzorowano również efekty rehabilitacji narządu ruchowego oka ćwiczeniami ortoptycznymi. Kadre ortoptystek wyszkolono pod okiem pracowników KO.

Redakcja: Pilotująca temat Karty Oczodołowej doc. Anna Kubatko-Zielińska, kier. PPWiN twierdzi, że nie ma tygodnia bez jednego czy dwóch pacjentów, wymagających naprawczego działania chirurgów twarzoczaszki...

J. ZAPAŁA: Rozprężające złamanie oczodołu wcale nie musi być efektem poważnego urazu komunikacyjnego czy bójki. Wystarczy niefortunne uderzenie własnym kolaniem. Zdarza się to osobom uprawiającym sport – łokieć lub pięść

drugiego zawodnika, uderzenie piłki, a nawet kuli śniegowej może być przyczyną. Sama gałka oczna ma dużą odporność na cios, dzięki sprężystości układu mięśniowo-wiązadłowego, ale przenosi uraz ze spotęgowaną siłą – *blow out* znaczy tyle co wybuch – na kości oczodołu. Nasze działanie naprawcze to: odbarczenie uwięźnionego w szparze złamania, wydobywanie wpadniętego często do zatoki szczękowej oka i tłuszczu okołogałkowego oraz odtworzenie ciągłości uszkodzonej ściany oczodołu. W grę wchodzi przeszczep z kości szczękowej, ciemieniowej, bądź z talerza biodrowego. Istnieje realne ryzyko uszkodzenia – poprzez niekontrolowany ruch narzędziem – nerwu wzrokowego, stąd pożądane jest duże doświadczenie operatora. Wykorzystuję tę okazję, by zapelować do lekarzy medycyny ratunkowej, a także lekarzy rodzinnych i okulistów w rejonie. Brak wiedzy niektórych zespołów urazowych w terenie o wypracowanych w naszej Klinice schematach postępowania sprawia, że nie wszyscy chorzy trafiają do nas w porę. Ostatnio udzielaliśmy pomocy pacjentce z Pomorza w siedem lat po urazie. Bлизny w tkankach, powstające w miejscu uwięźnienia przepukliny, źle rokują dla ostatecznego efektu operacji. Optymalny okres podjęcia naszej interwencji to 10–14 dób, czyli po ustąpieniu obrzęku tej okolicy. Ostateczny efekt ocenia się po roku.

Redakcja: Chirurgia oczodołowa pomaga też mniej już licznej grupie chorych zagrożonych ślepotą w przebiegu nadczynności tarczycy.

J. ZAPAŁA: Nie poddająca się rutynowemu leczeniu immunosupresyjnemu i naświetlaniom choroba Gravesa-Basedowa prowadzi do złośliwego wytrzeszczu oczu; powieki się nie domykają, oko wysycha, pojawiają się owrzodzenia rogówki, zmniejsza się ostrość widzenia, pacjenci tracą powoli wzrok. Nawiązaliśmy współpracę z Kliniką Endokrynologii, poruszeni losem tych chorych. Doszliśmy już do takiej wprawy w tych zabiegach, że obywają się one bez okulisty, sami wykonujemy pomiary śródoperacyjną egzoftalmometrią. Te operacje polegają na zlikwidowaniu ciasnoty w oczodole poprzez usunięcie jego ścian: dolnej, bocznej, przyśrodkowej. Niekiedy udaje nam się osiągnąć efekt cofnięcia



Adiunkt dr n. med. Mariusz Szuta

gałki o 6 mm, ustąpienia wszelkich dolegliwości i trwałego wyleczenia.

Redakcja: Nadszedł moment byśmy przeszli do „chirurgii większego kalibru”, operacji wykonywanych wspólnie z neurotraumatologami z ul. Botanicznej pod wodzą doc. Marka Moskały. Są one może mniej medialne, niż niedawne leczenie czeskiego skoczka Mazocha, a zasługują na najwyższe uznanie i upublicznienie. Mało kto wie, że kilka lat temu został przez was wspólnie opracowany algorytm „zaopatrywania urazów czołowo-podstawnych”, zalecony do stosowania w całej Polsce. W trakcie jednego zabiegu zaopatruję się wszystkie urazy chorego doznane w obrębie twarzo-czaszki, podstawy czaszki i mózgu. Doc. Marek Moskała twierdzi, że w pojedynkę nie można by się było posunąć tak radykalnie do przodu w ratowaniu chorych po urazach, jak i pacjentów onkologicznych.

J. ZAPAŁA: Siegnę po przykład z... wczoraj, młodej kobiety z guzem o wymiarach półtora na trzy cm, wypychającym gałkę oczną do wytrzeszczu, powodującym osłabienie ostrości widzenia. Zabieg polegał na odstąpieniu dołu przedniego czaszki, uniesieniu górnej ściany oczodołu i usunięciu guza pod kontrolą wzroku. Już dzień po operacji pacjentka widzi ostro, ruchomość gałek ocznych została zachowana. I tak procentuje doświadczenie trzech dekad uprawiania chirurgii czaszkowo-szczękowej.

PORTRETY



Lek. stom. Marcin Czajka (rezydent) w ambulatorium

Redakcja: Przed ostateczną kwalifikacją do operacji, przewidując, że może się nie udać całkowite usunięcie zmiany nowotworowej, wiadomo też, że trzeba okaleczyć chorego, usunąć mu niekiedy część twarzy, zmienić wygląd, narazić na ostracyzm otoczenia. Podobno przeprowadzacie państwo wielogodzinne narady z pacjentem, a w szczególności z jego rodziną. Nie zazdroścę tych rozmów. Pomagają wam psychologowie?

J. ZAPAŁA: Z naszego doświadczenia wynika, że pacjent z taką traumą przede wszystkim oczekuje od operujących wytłumaczenia krok po kroku czekającego go zabiegu. Niekiedy, w ogóle nie zgadza się na pomoc psychologiczną, bo nie nawykł z niej korzystać i boi się zwyczajnie, co z niej może wynikać; może większy stres? Niekiedy, bardziej tej pomocy wymaga rodzina. Psychologowie są potrzebni, ale jest ich w efekcie reformy zdrowia coraz mniej. W ostatnich latach nieocenionym orężem dla nas jest wyrafinowana diagnostyka obrazowa, wspólne programy badawcze z Kliniką Radiologii CM UJ, kierowaną przez pasjonata wizjonerskiej opcji radiologii – doc. Andrzeja Urbanika. Dzięki temu możemy na stereolitograficznym modelu czaszki (koszt 7 tys. zł, program KBN dawał takie możliwości), wykonanej z żywicy, pokazać choremu rejon operacji i późniejsze możliwości rekonstrukcyjne. A sami operujący mogą na trójwymiarowych obrazach czaszki konkretnego pacjenta (!) przygotować się do zabiegu. Wizualizacja powstałych uszkodzeń bardzo posunęła nas do przodu, podejmujemy się tych zabiegów, które kiedyś byłyby niemożliwe. **Redakcja:** Chirurgia rekonstrukcyjna to kolejny obszar zainteresowań i dokonań Kliniki, cią-

gle unowocześniany, jak mogłam się przekonać oglądając specyficzne portfolio, wykorzystywane do celów naukowych archiwalne zasoby zdjęciowe, zdeponowane na twardym dysku, dokumentujące stan chorych przed rekonstrukcjami i po nich. Wtajemniczenie w to wymaga, co tu dużo mówić, silnych nerwów...

J. ZAPAŁA: W przypadku resekcji fragmentu szczęki lub konieczności usunięcia całej żuchwy, odtwarzamy ubytki pobierając materiał kostny z biodra, łopatki i strzałki. Mamy nadzieję, że w niedalekiej przyszłości rezerwuarem kości i chrząstek będzie świnia transgeniczna. Upoważnia nas do takiego poglądu zakończony właśnie kilkuletni etap wspólnych badań na modelach zwierzęcych prowadzony z Instytutem Zootechniki Akademii Rolniczej, koordynowany z ramienia AR przez prof. Zdzisława Smoraga, kier. Działu Biotechnologii Rozrodu Zwierząt.

Wracając do technik rekonstrukcji, nie obylibyśmy się tu bez pomocy protetyka, ale akurat mamy szczęście do znakomitych fachowców. Dobrą passę zapoczątkował niebywale utalentowany lekarz-protetyk, dr Franciszek Serwatka, znany także jako autor słów piosenki „Konik na biegunach”, dla studenckiego kabaretu „Cyrulik”. Niestety, wyjechał i od wielu lat z powodzeniem uprawia zawód w Wiedniu. Obecnie pracuje z nami uzdolniony technik protetyk, Andrzej Ratajewicz. Po zaplanowaniu operacji, lekarz pobiera wyciski, a technik przygotowuje poresekcyjną protezę, zakładaną i zakotwiczaną np. do zdrowej połowy podniebienia na zakończenie operacji. Proteza wypełnia ubytek, policzek się nie zapada, kontury twarzy są symetryczne. Po zabiegu pacjent może przyjmować pokarmy i mówić. W odtworzonej po resekcji żuchwie można zainstalować implanty, a na nich korony i uzupełnienie protetyczne. Nie wszystkie kliniki ChSzT rozwinęły swoje możliwości w tym kierunku, niektóre przysyłają nam pacjentów, ale po czasie, gdy tkanki w miejscu resekcji się obkurczą i dużo trudniej o pomyślny wynik.

Redakcja: Zabiegi rekonstrukcyjne często dotyczą tkanek miękkich, w tym skóry, nacieczonych przez nowotwór. Jaki postęp tu nastąpił?

J. ZAPAŁA: Przełomem ostatnich lat są zespolenia mikrochirurgiczne, których uczyliśmy się od bardziej doświadczonego w tej kwestii doc. Jacka Puchały z Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Prokocimiu. Ta współpraca z USD jest zresztą obopólna, my też operujemy małych pacjentów z nowotworami i po urazach.

Redakcja: Z uwagi na ograniczone rozmiary publikacji nie omówiliśmy wielu dziedzin, składających się na pełen wachlarz świadczeń zdrowotnych udzielanych w Klinice ChSzT. Wymienimy je chociaż skrótowo i wybiórczo.

J. ZAPAŁA: Jedno z ponadczasowych osiągnięć tej Kliniki to leczenie zapaleń kości metodą prof. Bartkowskiego z włączeniem obok celowanej antybiotykoterapii – heparyny, przeciwdziałającej zakrzepom w małych naczyniach, a wzmożeniem przepływu krwi gwarantującej lepszy efekt. Dal-
sze przedmioty naszego medycznego zainteresowania to: leczenie ropni, będących najczęściej po-

wikłaniem zgorzeli zębów; choroby ślinianek; rekonstrukcje nerwu twarzowego w przebiegu onkologicznych schorzeń przyusznic; nowotwory skóry twarzy i głowy; rak czerwień wargowej; czerniak jamy ustnej; rak języka; wreszcie interwencje chirurgiczne (osteotomijne w zakresie szczęk, dające poprawę funkcji żucia, mowy, czucia) w likwidowaniu wad rozwojowych, prowadzone we współpracy z Zakładem Ortodoncji IS.

Redakcja: To wszystko sporo kosztuje?

J. ZAPAŁA: Chirurgia wysokospecjalistyczna wymaga wysokich nakładów. Zakładanie implantów, rzadko w celach protetycznych (korony), lecz dla zakotwiczenia epitezy, a więc wytworzonych ze sztucznych materiałów brakujących fragmentów twarzoczaszki, z których jedna (epiteza) może kosztować ok. 20–25 tys. zł, nie przystaje do możliwości, jakie określa płatnik. Diagnostyka, wyprzedzająca chirurgię rekonstrukcyjną też jest



PORTRETY



Pobieranie wycisku do porosekcyjnej protezy

droga. Musi być wykonana spiralna TK z rekonstrukcją 3D, a w jej trakcie pomiary grubości kości. Dopiero na tej podstawie zamawiamy określonych rozmiarów implanty. Stosujemy do ich połączenia magnesy lub belki ze... złota.

Redakcja: Panie Profesorze, a czy przeprowadzka w 1997 roku z ul. Kopernika do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera wysłała Klinice na zdrowie?

J. ZAPAŁA: Znaleźliśmy się pod jednym dachem z wieloprofilową nowoczesną lecznicą, co daje na co dzień oparcie w jej zapleczu. Mamy na miejscu gotowych do konsultacji internistów, kardiologów, urologów, chirurgów ogólnych i urazowych, do dyspozycji diagnostykę bakteriologiczną i radiologiczną, wraz z TK. Doskonale rozwija się współpraca z dr. Piotrem Koralewskim, ordynatorem Oddziału Chemioterapii. Tylko poprzez wzajemne uzupełnianie się możemy osiągnąć w leczeniu lepsze wyniki.

Redakcja: Czy klinika dysponuje wystarczającym oprzyrządowaniem?

J. ZAPAŁA: Z taką sytuacją w polskiej medycynie niezbyt często ma się do czynienia. Ograniczają nas finanse. Brakuje nam sprzętu, dobrej jakości instrumentarium i materiałów szewnych, zwłaszcza do zespołów mikronaczyniowych, ale także do zespołów kości (tytanowe płytki).

Redakcja: Aż 40 proc. pacjentów Kliniki ChSzT to ofiary bójek i przemocy. Wielu trafia na oddział w stanie upojenia alkoholowego. Niedawno byłaś świadkiem przyjmowania na oddział pijanej nastolatki ze złamaną w dyskotekę szczęką. Prowodyrami bójek podczas szampańskich weekendów w krakowskich pubach są często obywatele innych krajów. Jak długo jeszcze będziemy pobłażliwi, lecząc pijanych awan-

turników i piratów drogowych za publiczne pieniądze?

J. ZAPAŁA: Popieram ministra Religę w tym względzie. Kierowcy powodujący wypadki pod wpływem alkoholu, odnoszący w ich konsekwencji urazy, powinni ponosić materialną odpowiedzialność za swoje czyny, płacić z własnej bądź ubezpieczyciela kieszeni za leczenie swoje, jak i ofiar ich lekkomyślności.

Redakcja: Przynajmniej fragment naszej rozmowy powinniśmy przeznaczyć na sprawy kształcenia młodzieży stomatologicznej.

J. ZAPAŁA: W wieloletniej historii krakowskiej stomatologii tak dobrych warunków kształcenia, jak teraz, nigdy nie było. Nowoczesny Instytut Stomatologii powstał dzięki staraniom prof. Stanisława Majewskiego, którego wspierał doc. Bartłomiej Loster. Stanowi on bazę, jakiej nie powstydzono by się w krajach rozwiniętych. Nasza Klinika, w charakterze bardziej lekarskim, niż stomatologicznym, ale należąca do struktur Instytutu, też służy kształceniu. Wybrane katedry Wydziału Lekarskiego CM UJ należą do systemu edukacyjnego stomatologów. Wprowadzona reforma studiów, nad którą pod moim przewodnictwem pracowali wszyscy kierownicy zakładów i pracowni IS, choć wciąż wymagająca korekt, gwarantuje lepsze przygotowanie praktyczne studenta, przy zachowaniu medycznego, a nie wyłącznie zawodowego charakteru studiów, co jest dobrą polską tradycją, której nie powinniśmy się wyrzekać. Tylko będziemy musieli czym prędzej rozwiązać problem finansowy, bo są to studia bardzo drogie, a dofinansowanie centralne jest nad wyraz skromne.

Redakcja: Wprowadzić współfinansowanie ze strony studenta? To się będzie zgadzało z Konstytucją ?

J. ZAPAŁA: Nie bardzo, pomimo to przyszłe władze uczelni jak i Ministerstwo Zdrowia staną przed koniecznością rozstrzygnięcia tego problemu.

Redakcja: Przygotowując się do rozmowy z Panem Profesorem, odwiedzając waszych partnerów, słyszałam najczęściej taką opinię o Klinice ChSzT: to pasjonaci, wręcz fanatycy swojej profesji, angażują się ponadprzeciętnie w to, co robią.

J. ZAPAŁA: Mieliśmy to wpojone, taka była atmosfera Kliniki kierowanej przez prof. Bartkowskiego. On z kolei wyniósł to z wyśmienitego zespołu III Kliniki Chirurgii kierowanej przez prof. Mieczysława Politowskiego. U nas chirurgia była i jest uporządkowana. Każdy zna swoje miejsce, wie co do niego należy.

Redakcja: Jaką ma Pan Profesor wizję tej Kliniki? W jakim kierunku chcecie się rozwijać?

J. ZAPAŁA: Na pewno postawimy na metody biotechnologiczne, bowiem trudno sobie wyobrazić dalszy rozwój bez pozyskiwania materiałów do rekonstrukcji spoza organizmu. W polu naszych zainteresowań są badania genetyczne i immunologiczne pod kątem onkologii. Chciałbym nawiązać współpracę z Kliniką Nowotworów Głowy i Szyi w krakowskim Centrum Onkologii, nie tracąc nic z udanych kontaktów z dr. Koralewskim.

Redakcja: Czy lekarze chętnie wybierają tę obciążającą fizycznie specjalność?

J. ZAPAŁA: Jeśli ktoś zazna smaku tej specjalności, pozostaje jej wierny do końca życia. Na każdym etapie terapii trzeba się wykazać dokładnością, precyzją. Prof. Bartkowski często powtarzał: „Wszystko, co zrobimy źle, będzie widoczne gołym okiem. Nie można tego zamaskować żadnym pudrem ani przykryć woalem”.

Redakcja: Jak walczyacie z wypaleniem zawodowym? Obciążenie fizyczne podczas wielogodzinnych zabiegów, jak i stres temu towarzyszący, muszą nadweręzać wasze siły i zdrowie.

J. ZAPAŁA: Z nostalgią wspominam nieoperacyjne środki, wprowadzone przez prof. Bartkowskiego. Po załatwieniu niezbędnych spraw, na oddziale zostawali lekarze dyżurni, a od godz. 11 asystenci wraz z profesorem oddawali się zajęciom sportowym. W zależności od sezonu była to: piłka nożna, siatkówka, tenis, pływanie, narciarstwo. Obecnie możemy tylko o tym pomarzyć. Staram się konsekwentnie rezerwować weekend dla rodziny, co nie znaczy, że wyłącznie; trzeba być na bieżąco z literaturą naukową i wykroić czas na pracę koncepcyjną. Latem biorę 2 tygodnie urlopu, wyjeżdżam jak najdalej i nie odbieram telefonów.

Redakcja: Miał Pan Profesor tradycje lekarskie w rodzinie?

J. ZAPAŁA: Nie. Zapoczątkowaliśmy je z moją siostrą, która pracuje jako anestezjolog w Szpitalu im. Jana Pawła II. Brat jest fizykiem, mieszka w Szwecji. Dzięki Bogu, moja żona Teresa nie wybrała medycyny, a filologię angielską, pracuje w Studium Języków Obcych UJ. Dzięki temu mogła więcej czasu poświęcać rodzinie, kiedy mnie nie było w domu.

Redakcja: Jest Pan krakowianinem?

J. ZAPAŁA: Urodziłem się w Tarnowie i tam skończyłem Liceum im. Adama Mickiewicza. Mam dwie dorosłe córki. Marta ma dyplom Wydziału Prawa, pisze doktorat i rozpoczęła aplikanturę adwokacką. Młodsza Agnieszka dopisze się do tradycji lekarskich, skończyła stomatologię, odbywa właśnie staż pod kierunkiem dr. Andrzeja Mazarakięgo. Odradzam jej pójście w moje ślady. To za ciężkie dla kobiety.

Redakcja: Dziękuję za rozmowę.

Tekst i zdjęcia Halina Kleszcz

Prof. dr hab. med. Jan ZAPAŁA — ur. 1952 w Tarnowie; 1976 dyplom lekarza stomatologa na Wydz. Lekarskim AM w Krakowie; 1980 pierwszy, 1983 drugi stopień specjalizacji z chirurgii stomatologicznej; 2001 specjalizacja (z wyróżnieniem) II stopnia z chirurgii szczękowo-twarzowej; 1986 doktorat; 2000 habilitacja (nt. „Patologia urazowa nerwu wzrokowego w klinice i doświadczeniu”); od 2007 profesor nadzwyczajny. Zagraniczne staże naukowe: w Meksyku (1994 i 2003), Zurychu, Helsinkach i Edynburgu, szkolił się też w Warszawie, Szczecinie i Polanicy. Od 2002 prodziekan Wydziału Lekarskiego ds. Stomatologii (druga kadencja), przew. zespołu ds. reformy stomatologii, autor znowelizowanego do wymogów UE programu studiów, wdrożonego 2004/2005. W 2001 powołany na stanowisko p.o. kierownika Katedry i kierownika Kliniki CMUJ, ordynatora Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej WSS im. L. Rydygiera. Od 2001 pełni też obowiązki konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ChSzT. Autor 60 prac naukowych, współautor skryptów i podręczników; promotor 4 ukończonych i 3 otwartych przewodów doktorskich, opiekun 2 przewodów habilitacyjnych, pod jego opieką uzyskało specjalizację z chirurgii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej 8 lekarzy, a 4 kończy.



Lek. dent. Renata Michna

Najczęściej występujące choroby błony śluzowej jamy ustnej

Hasła indeksowe: diagnostyka, choroby warg, choroby języka, zmiany białe, zmiany czerwone i czerwono-białe, kandydoza, zmiany pęcherzykowo-pęcherzowe, zmiany wrzodziejące, AIDS.

Key words: diagnosis, sickness lips, sickness tongue, white changes, red changes candidiasis, blister changes, ulcenerative changes, AIDS.

Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna w Krakowie

Kierownik: lek. stom. Anna Maciąg

Z próchnicą zębów i jej skutkami, przy dzisiejszej zaawansowanej technice i naszej wiedzy, stosunkowo bez większych problemów jesteśmy sobie w stanie poradzić. Natomiast choroby błony śluzowej jamy ustnej stanowią obok chorób przyzębia jedną z dość niewdzięcznych i trudnych do leczenia jednostek chorobowych.

Środowisko jamy ustnej jest bardzo specyficzne, ponieważ kontaktuje się bezpośrednio ze światem zewnętrznym, jest ciągle wilgotne, zasiedlane przez tysiące drobnoustrojów, narażone na czynniki mechaniczne, termiczne i chemiczne działające w czasie aktu żucia.

Decydującym elementem skutecznego leczenia jest prawidłowa diagnoza. Aby takową postawić pamiętajmy o dokładnym badaniu. Jeżeli zgłasza się do nas pacjent, nie zajmujemy się tylko problemem, z którym przyszedł, ale zbadajmy go dokładnie, bo w ten sposób możemy wykryć wiele stanów chorobowych będących początkiem choroby ogólnoustrojowej lub też stanem przednowotworowym czy wręcz już nowotworowym. Badanie powinno obejmować: wywiad ogólnolekarski i stomatologiczny oraz badanie zewnątrz- i wewnątrzustne za pomocą wzroku i dotyku. Do postawienia poprawnej diagnozy będą nam również czasami potrzebne badania pomocnicze.

Do badań pomocniczych ułatwiających rozpoznanie należy:

1. Próba jodowa zwana próbą Schillera.

Płynem Lugola pędzujemy błonę śluzową jamy ustnej. W warunkach prawidłowych jest jodo-

pozytywna, a więc barwi się na kolor brązowy, lub machoniowy, błona śluzowa dna jamy ustnej, okolica podjęzykowa, policzków, warg i podniebienia miękkiego. Jodonegatywne są: podniebienie twarde, grzbiet języka i dziąsło. Próba ta jest przydatna do obserwacji zmian związanych z nadmiernym rogowaceniem.

2. Badanie mikrobiologiczne i mykologiczne
3. Badanie cytologiczne.

Jak jednak napisałam na wstępie podstawą diagnozy jest wywiad oraz dokładne badanie wzrokiem i dotykiem. Wszelkie inne badania są pomocne w momencie różnicowania zmian bardzo podobnych do siebie bądź w przypadku utwierdzenia się w prawidłowej diagnozie.

* * *

Zajmiemy się teraz stanami chorobowymi: **Zmiany na błonie śluzowej możemy podzielić na wykwyty pierwotne i wtórne.**

Do wykwitów pierwotnych należą: plamka, grudka, bąbel, pęcherzyk, pęcherz, guzek, guz, krostka. Pojawiają się one w początkowym okresie choroby.

Wykwity wtórne takie jak: nadżerka, owrzodzenie, rozpadlina, łuska, strup i blizna są zejściem wykwitów pierwotnych, powstają w dalszym ciągu trwania choroby lub w okresie jej ustępowania.

Wykwity pierwotne:

1. **Plamka** – ograniczona różni się od otoczenia barwą. Może być:

- a. naczyńniowa – żywoczerwona lub sina
- b. barwnikowa – brązowa lub czarna
- c. złogowa – (srebro, bizmut, rtęć) w postaci rąbka w dziąśle brzeżnym – dziś rzadko spotykana.

d. związana z zaburzeniem rogowacenia – znamienna dla leukoplakii. Gdy jej średnica nie przekracza 1 cm to plamka, większa to plama.

2. Grudka – powierzchniowy, wyniosły, spasty wykwit (liszaj płaski).

3. Bąbel pokrzywkowy dobrze odgraniczony od otoczenia, wyniesiony nad powierzchnię jego pojawieniu towarzyszy świąd, szybko się pojawia i znika.

4. Pęcherzyk – mały, dobrze ograniczony od otoczenia wykwit wypełniony treścią surowiczą, ropną lub krwawą. Pęcherz jest większy od pęcherzyka. Może pojawić się na podłożu zmienionym lub nie zmienionym zapalnie.

5. Guzek – podobny do grudki, ale umiejscowiony głębiej w tkance łącznej, goi się z pozostawieniem blizny. Guzy są duże, mogą mieć różną spistość, mogą być uszypułowane, bardziej lub mniej odgraniczone od otoczenia. Jeżeli chodzi o etiopatogenezę wyróżnia się guzy – zapalne, swoiste i nieswoiste oraz nowotworowe.

6. Krosta – dobrze odgraniczony od otoczenia wykwit wypełniony treścią ropną.

Wykwity wtórne:

1. Nadżerka – powierzchniowy ubytek nabłonka, często pokryta jest nalotem np. afty.

2. Owrzodzenie – ubytek tkanki nabłonkowej i łącznej. Pozostawia blizny.

3. Rozpadlina – linijny ubytek błony śluzowej. Występuje zwykle w miejscach narażonych na rozciąganie lub napinanie, w kątach ust, na wargach lub języku. Pozostawia blizny.

4. Łuska – oddzielający się płat zrogowiałego nabłonka.

5. Strup – powstaje na skutek zasychania patologicznej powierzchni wydzieliny surowiczej, ropnej lub krwawej. Tworzy się wyłącznie na czernieni warg i ich części skórnej.

6. Blizna – to nowo wytworzona tkanka łączna w miejscu ubytku błony śluzowej

Powyższe wykwity dość często są charakterystyczne i znamienne dla określonych jednostek chorobowych, dlatego też warto pamiętać, jak wyglądają i czym się charakteryzują.

Istnieje bardzo duża ilość schorzeń błony śluzowej jamy ustnej. Spróbuję omówić te jednostki chorobowe, z którymi pacjenci zgłaszają się najczęściej.

I. Zmiany charakterystyczne dla warg.

1. Zapalenie kątów ust (zajady)

Objawy: ból, szczelinowate zaczerwienienie pęknięcia kątów ust, które z czasem mogą ulegać owrzodzeniu. Pacjenci najczęściej po 50 r.ż., często kobiety i użytkownicy protez. Zmiany te występują b. często obustronnie.

Przyczyny miejscowe: stomatopatie protezyczne, zaburzenie wysokości zgryzowej, zła higiena jamy ustnej oraz ogólne – niedokrwistość, częste przyjmowanie antybiotyków, niedobór witamin z grupy B.

Leczenie: eliminacja czynników urazowych, właściwa higiena, odtworzenia prawidłowej wysokości zwarciowej, miejscowo leki przeciwgrzybiczne i antybiotyki, witaminy z grupy B, leczenie niedoborów żelaza.

II. Zmiany charakterystyczne dla języka

1. Język pobruzdowany

Objawy: bruzda pośrodkowa, podwójna lub mnoga.

Przyczyny: nieznane, najprawdopodobniej odmiana rozwojowa nasilająca się z wiekiem. Często towarzyszy zespołom Downa, Melkerssona-Rosenthala (język pobruzdowany, zapalenie ziarniakowe warg, jednostronne porażenie nerwu twarzowego)

Leczenie: szczotkowanie języka, a jeżeli dojdzie do zapalenia – leki przeciwgrzybicze, płukanki przeciwzapalne.

2. Język włochaty

Objawy: przerost brodawek nitkowatych, sprawia wrażenie, że język pokryty jest włosami. Barwa biała, żółta, brązowa lub czarna. Kolor zależy od czynników wewnętrznych (drobnoustroje chromogennie) i zewnętrznych (jedzenie, używanie tytoniu)

Przyczyny: nieznane

Leczenie: szczotkowanie języka, miejscowo środki przeciwgrzybicze, badanie w kierunku cukrzycy.

3. Język geograficzny

Objawy: pojedyncze lub mnogie obnażone obszary z zanikiem brodawek nitkowatych

o barwie od różowej do białej. Plamy mogą być wyniosłe, białe, pełzające, może być czerwony zapalny pierścień na obwodzie. Plamy zmieniają ciągle swój wygląd, pojawiają się i znikają. Najczęściej dot. to kobiet i młodzieży

Przyczyny: nieznane.

Leczenie: nie wymaga leczenia, w przypadku objawów subiektywnych środki znieczulające, sterydy.

4. Suchość jamy ustnej

Objawy: przy suchości o niewielkim natężeniu brak objawów subiektywnych. Wygląd śluzówki prawidłowy. W średnio nasilonych przypadkach język suchy, bladoczerwony, atroficzny, gładki lub pomarszczony. W ciężkich przypadkach język pozbawiony brodawek, pobruzdowany, zmieniony zapalnie. Występuje pieczenie języka i zaburzenie smaku. Często na języku widoczna jest gęsta ślina w postaci śluzowych pasm. Śluzówka sucha, błyszcząca, lepka, wargi popękane. Liczne objawy subiektywne: ból, swędzenie, pieczenie.

Przyczyny: zaawansowany wiek, niedokrwistość, awitaminoza, odwodnienie, cukrzyca, stres, mechaniczna blokada odpływu śliny, nagminne zapalenie ślinianek, choroba Mikulicza, stwardnienie rozsiane, zespół Sjögrena, AIDS, napromienianie głowy i szyi, rozmaite leki przeciwdepresyjne na nadciśnienie i choroby serca, zmniejszające przekrwienie, walka z chorobą ogólną.

Leczenie: rodki zmiękczające i powlekające błonę śluzową jak siemię lniane, kwiat malwy; pędzlowanie witaminą A+D₃; dieta bezcukrowa; unikanie pokarmów suchych, ostrych i kwaśnych; żucie skórki cytrynowej lub pomarańczowej. Profilaktyka fluorowa, sztuczna ślina: Salivart spray, Xerolube spray, Karboksymetyloceluloza 0,5% sól do płukania

III. Zmiany według różnic w zabarwieniu

A. Zmiany białe

1. Linia biała policzka

Objawy: wyniosła, biała pofałdowana linia zmiennej długości na wysokości linii zgryzowej w obrębie błony śluzowej policzków. Przebiega bezobjawowo.

Przyczyny: najczęściej uraz

Leczenie: eliminacja bruksizmu i zaciskania zębów.



2. Leukoplakia

Objawy: białe plamy o różnej wielkości, spistości i twardości, które nie dają się usunąć, umiejscowione najczęściej na dolnej i bocznej powierzchni języka, dnie jamy ustnej, błonie śluzowej wyrostka zębodołowego, na podniebieniu miękkim – trójkąt zatrzonowcowy, na wardze. Powierzchnia zmieniona chorobowo może być wygładzona i jednorodna, cienka i krucha, pobrużdżona, pomarszczona, brodawkowata, guzkowata lub cętkowana. Barwa – od delikatnych ledwo widocznych przezroczystych białych zmian aż do szarych lub brązowo-białych. Według WHO dzieli się na homogenną i niehomogenną. Niehomogenna to leukoplakia guzkowa, cętkowana i brodawkowata. W 4–6% może ulec przekształceniu w raka płaskonabłonkowego w ciągu 5 lat. Miejsca szczególnie podatne na transformację nowotworową to dno jamy ustnej, powierzchnie boczne i dolna języka, zespół języczkowo-podniebieniowy oraz wargi.

Przyczyny: przewlekłe drażnienie, palenie tytoniu, alkohol, niedobory witaminowe, zachwianie równowagi hormonalnej, prądy galwaniczne, przewlekłe tarcie (np. protezą), kandydoza jamy ustnej.

Leczenie: eliminacja czynników drażniących i przyczynowych, leczenie niedoborów witaminowych, leczenie kandydozy, biopsja, badanie histopatologiczne, leczenie chirurgiczne, krioterapia.

B. Zmiany czerwone i czerwono-białe.

1. Erytroplakia: czerwone plamy o różnej wielkości, nie ścierają się, bez objawów subiektywnych. Mogą pojawić się w całej jamie ustnej u osób po 60 r.ż.

2. Erytroplakia centkowana: czerwone plamy oraz pola leukoplakii, niebolesne, nieścieralne, w całej jamie ustnej u osób przed 50 r.ż.

Stany powyższe są stanami przednowotworowymi. Mogą ulec przekształceniu w raka płaskonabłonkowego.

3. Rak płaskonabłonkowy: czerwone, czerwono-białe zmiany z owrzodzeniami, egzofityczne, naciekające. Początkowo niebolesne rosną powoli. Gdy powierzchnia błony ulegnie owrzodzeniu, pacjent najczęściej zgłasza się z powodu bólu. Czasami występują drętwienia, pieczenie zajętej okolicy. Mogą wystąpić kłopoty z mową i polykaniem. Rak rozprzestrzenia się przez miejscowe naciekanie lub przez naczynia chłonne.

Leczenie powyższych zmian powinno zawsze obejmować badanie histopatologiczne, następnie leczenie chirurgiczne, w przypadku raka dodatkowo napromienianie. W przypadku raka rokowanie jest bardzo różne, uzależnione od predyspozycji organizmu, umiejscowienia, szybkiego rozpoznania.



4. Liszaj płaski

Objawy: może wystąpić w postaci zanikowej, nadżerkowej, siateczkowej lub tarczkwatej. Najczęściej zmiany widoczne są na błonie śluzowej policzków obustronnie i symetrycznie. Są to białe linie lub grudki w kształcie koronki albo pajęczyny zwane „siateczką” Wickhama. Postać zanikowa – czerwone niewrzodzące plamy, siateczka wykwitów widoczna na obwodzie. Postać nadżerkowa – całkowita utrata nabłonka. Początkowo pojawiają się pęcherzyki lub pęcherze, które pękając tworzą owrzodzenie. Dojrzałe wykwitki mają nierówne czerwone granice, żółto zabarwione martwicze zmiany rzekomobłoniaste w środku i często białe pierścieniowate plamy na obwodzie. Postać tarczkwata to biała płytką lub plamką.

Przyczyny: nieznanne, pewne przesłanki wskazują na istnienie czynnika autoimmunologicznego, choroba przewlekła z okresami remisji i zaostrzeń.

Leczenie: leki uspokajające np. TAB. Signopam 10 mg – jedna tabletką przed snem, Relanium 5 mg – 2 razy dziennie, Xanax 25 mg – 2 razy dziennie oraz miejscowo sterydy: Hydrokortyzon 1% maść, Dekatron aerozol, Flucinar N maść – 2 razy dziennie.



5. Kandydoza

Przyczyny: zakażenie oportunistyczne spowodowane złą higieną jamy ustnej, przewlekłym drażnieniem (pod płytą protezy), kserostomią, paleniem tytoniu, spadkiem odporności ustroju.

a) Ostra kandydoza zanikowa

Przyczyny: najczęściej stosowanie antybiotyków o szerokim spektrum działania na skutek zaburzenia ekosystemu jamy ustnej.

Objawy: złuszczenie nabłonka na błonie śluzowej. Tworzą się rozlane niewygórowane czerwone plamy, pojawia się piekący ból. Zmiany umiejscowione na błonie śluzowej policzków i warg oraz na ustnej części gardła świadczą o parenteralnym podawaniu leków, zaś zmiany na języku i podniebieniu o zażywaniu tabletek. Zmiany powodują, że język jest gładki pozbawiony brodawek nitkowatych, mocno zaczerwieniony.

Leczenie: leki przeciwgrzybicze.

b) Przewlekła kandydoza rozrostowa

Przyczyny: zła higiena, kserostomia, tytoń.

Objawy: najczęściej na grzbiecie języka na podniebieniu oraz w kąciakach ust występują wyniosłe odgraniczone białe lub czerwone pola

o ziarnistej powierzchni. Białe plamy w tej postaci nie dają się usunąć. Powinno się więc wykonać biopsję w celu wyeliminowania leukoplakii, a zwłaszcza erytroplakii.

Leczenie: leki przeciwgrzybicze, ścisła kontrola, gdyż ta postać może się wiązać z erytroplakią lub rakiem.

c) Przewlekła kandydoza zanikowa

Przyczyny: przeważnie protezy, ponieważ rzadko rozwija się u osób nie noszących uzupełnień protetycznych, rzadko też rozwija się w żuchwie.

Objawy: początkowo pod płytą protezy na podniebieniu punktowate czerwone plamki wokół ujść drobnych gruczołów ślinowych. Z czasem zapaleniu ulega cała śluzówka pod protezą, któremu towarzyszy złuszczenie nabłonka, śluzówka staje się żywoczerwona. Może również dojść do rozrostu brodawczakowatego.

Leczenie: leki przeciwgrzybicze. Do leków przeciwgrzybiczych najczęściej stosowanych należą: TAB. Nystatyni 500 000 j.m. – 1–2 tabletki 3 razy dziennie przez 2-3 tygodnie; Nystatyna w zawieszynie 4 razy dziennie do smarowania; TAB. Ketokonazol 200 mg – 1 raz dziennie; Daktarin puder – 2 razy dziennie działa również bakteriobójczo; Kap. Diflucan 50 mg – 1 raz dziennie; Pimafucin krople 1% – u dorosłych 10 kropli po posiłku.

Przed rozpoczęciem leczenia winniśmy zawsze wykonać badanie mykologiczne i zastosować konkretny lek, na który jest wrażliwy dany gatunek grzyba.

IV. Zmiany pęcherzykowo-pęcherzykowe

1. Pierwotne opryszczkowe zapalenie jamy ustnej i dziąseł.

Objawy: mogą być nieznaczne lub o bardzo burzliwym przebiegu; zakażenie dotyczy głównie dzieci poniżej 10 roku życia, a później osób między 15 a 25 rokiem życia. Po 3 do 10 dniach od zakażenia występuje gorączka, złe samopoczucie i nadpobudliwość. Początkowo na brzegu dziąseł tworzą się ograniczone żywoczerwone obrzęki. Obrzękłe brodawki łatwo krwawią. Z czasem powstają skupiska szybko rosnących pęcherzyków w całej jamie ustnej. Pęcherzyki pękają i tworzą żółtawe owrzodzenia otoczone czerwoną obwódką. Charaktery-

styczne są strupy na wargach. Zmianom towarzyszy ból głowy, powiększenie węzłów chłonnych, stan zapalny gardła oraz silna bolesność, wysoka gorączka.

Przyczyny: zakażenie wirusem opryszczki HSV-1.

Leczenie: objawowe, czasami można stosować TAB. Zovirax 200 mg – 1 tab. 4 razy dziennie przez 5-10 dni, leki przeciwgorączkowe, płukanki znieczulające, odkażające.

2. Opryszczka zwykła, nawrotowa

Objawy: drobne pęcherzyki łatwo pękają tworząc strupy, czasami występują objawy prodromalne jak swędzenie, pieczenie. Zmiany pojawiają się w tym samym miejscu (tam, gdzie wirus HSV-1 związał się na stałe z zakażoną komórką w okolicznym zwoju nerwowym). Najczęściej umiejscawiają się na czerwieni warg lub na granicy skóry i czerwieni. Czynnikiem wyzwalającym może być: promieniowanie słoneczne, ciepło, stres, uraz.

Leczenie: nawrotom zapobiega stosowanie preparatów chroniących przed promieniowaniem słonecznym, witamina C oraz Zovirax nakładany miejscowo i w przypadku częstych nawrotów zwłaszcza rozległych można stosować TAB. Zovirax 200 mg – 1 tab. 4 razy dziennie przez 5-10 dni.

V. Zmiany wrzodziejące

1. Afty małe (Mikulicza)

Objawy: Płytkie, żółtoszare owalne owrzodzenia o średnicy 2-5 mm najczęściej występujące na ruchomej błonie śluzowej wokół ujść gruczołów ślinowych (wargi, policzki). Wyrażnie rumieniowe obrzeże otacza rzekomobłonicze masy włóknika. Silna bolesność. Trwają 14 dni, goją się bez pozostawienia blizn.

Przyczyna: nieznaną.

Leczenie: płukanie zawieszynami antybiotykowymi – kap. Tetracykliny 250 mg – rozpuścić w łyżce ciepłej wody i trzymać w ustach 3 min., 2 razy dziennie, miejscowo Solcoseryl, Trascodent, witaminoterapia, lasetoterapia.

2. Afty duże (Suttona) – okołogruczołowe nawrotowe martwicze zapalenie błony śluzowej.

Objawy: owrzodzenie dotyczy nie tylko nabłonka, ale i blaszki właściwej, średnica 1–2 cm,

otoczone zapalnym obrzeżem, pokryte martwiczym nalotem. Przy badaniu palpacyjnym wyczuwalne nacieczenie podłoża. Silna bolesność, goi się po kilku tygodniach, pozostawia blizny.

Przyczyna: nieznaną.

Leczenie: j. w. oprócz tego TAB. Kwas foliowy 5 mg – 1 tab. dziennie przez miesiąc.

* * *

Na koniec o zakażeniu, o którym w XXI w. nie wolno nam zapominać, a mianowicie o infekcji wirusem HIV powodującym u ludzi AIDS.

Pacjenci, a zwłaszcza młodzi ludzie zgłaszający się z takimi objawami jak:

- ostre martwicze wrzodziejące zapalenie dziąseł ANUG – cechy charakterystyczne to gwałtowne pojawienie się ostrego zapalenia dziąseł z charakterystycznymi owrzodzeniami brodawek międzyzębowych, silna bolesność, przykry zapach z ust,

- przewlekłe kandydozy jamy ustnej,

- częste uporczywe zakażenia wirusem opryszczki zwykłej,

- mięsak Kaposiego – najczęściej na podniebieniu twardym w okolicy drugiego zęba trzonowego, czerwona lub niebiesko-fioletowa plamka lub guzek ulegający owrzodzeniu,

- leukoplakia włochata,

powinni być poddani badaniom w kierunku obecności wirusa HIV.

Podsumowując:

Należy wnikliwie i dokładnie badać swoich pacjentów, ponieważ trafne rozpoznanie choroby i szybkie rozpoczęcie leczenia uchroni naszych podopiecznych przed skutkami choroby czy nawet śmiercią.

lek. dent. Renata Michna

Piśmiennictwo:

1. Hatchuel D. et al.: Candidal infection in oral lichen planus. *Oral Surg, Oral Med, Oral Path* 1900, 70, 2, 172
2. Jańczuk Z., Banach B.: Choroby błony śluzowej jamy ustnej i przyzębia; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995
3. Juszczak-Popowska B.: Zapobieganie, wczesne wykrywanie i rozpoznanie nowotworów jamy ustnej.; *Klin. Stom.* 1994, 1, 6

4. Knychalska-Karwan Z.: Fiziologia i patologia jamy ustnej; Wydawnictwo Czelej; Lublin 2002

5. Knychalska-Karwan Z.: Podstawy chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej; Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998

6. Kobos J.: Współczesne poglądy na temat leukoplakii błony śluzowej jamy ustnej oraz jej przemiany nowotworowe. *Nowotwory. Czas. Stom.* 1994, 44, 52, 58

7. Krzemiński T.: Farmakologia, farmakoterapia oraz materiały stosowane w stomatologii; Śląskie Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2003

8. Langlais-Miller: Choroby błony śluzowej jamy ustnej. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1997

9. Laskus-Perendyk A. i wsp.: Schorzenia błony śluzowej jamy ustnej związane z zaburzeniami ilościowymi i jakościowymi wydzielania śliny; *Mag. Stom.*, 1995, V, 2, 36-41

10. Minakowski J., Bidziński A.: Suchość w jamie ustnej – przyczyny; *Stom. Współcz.* 1994, 3, 230-230

11. Owiński T., Włodek-Owińska B.: Atlas chorób błony śluzowej jamy ustnej. PZWL Warszawa 1993

12. Pietruski J.: Zaburzenie odporności w kandydazie jamy ustnej; *Czas. Stom.* 1995, XLVIII, 4, 282

13. Pietruski J i wsp.: Zakażenie grzybicze u pacjentów ze stomatopatią protetyczną; *Prot. Stom.* 1997, XLVII, 5, 288

14. Spiechowicz E.: Profilaktyka stomatopatii protetycznych; *Czas. Stom.* 1995, XLVIII, 10, 626-631

15. Szponar E., Szkaradkiewicz A.: Przewlekła kandydoza zanikowa jamy ustnej – badania kliniczne, mikologiczne i immunologiczne; *Mag. Stom.* 1999, IX, 2, 26-28

16. Wróblewski M.: Zmiany pęcherzowe w jamie ustnej; *Mag. Stom.* 1996, VI, 7, 19

17. Zakrzewska J. et. al.: Proliferative verrucous leukoplakia *Oral Surg, Oral Med, Oral Path*, 1996, 82, 4, 396

18. Żmuda S., Ulanecka U.: Leukoplakia – rozpoznanie, podział; *Stom. Współcz.* 1997, 2, 117-121

Referat powyższy został przedstawiony bardziej szczegółowo podczas Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Lekarzy Stomatologów w Kocierzu k. Andrychowa w 2006 r.

Renata MICHNA – ur. 1960 r. w Krakowie, ukończyła Wydział Lekarski o/stomatologii na AM w Krakowie w 1984 r. Jest specjalistą stomatologii zachowawczej i periodontologii. Pracuje w Konsultacyjnej Poradni Stomatologii Zachowawczej Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Krakowie.



I Bal Lekarza Dentysty



27 stycznia 2007 roku, w bodaj jedyną śnieżną i mroźną sobotę tej zimy, w restauracji Hotelu „Pegaz” przy ul. Bratysławskiej w Krakowie odbył się I Bal Lekarza Dentysty z udziałem ok. 120 osób. Oprawę muzyczną zapewnił zespół Grand Ball, a wśród zaproszonych gości byli m.in. prezes ORL w Krakowie – dr Jerzy Friediger, sekretarz ORL – dr Jacek Tętnowski z małżonką oraz Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej NRL, pani dr Jolanta Orłowska-Heitzman.



Wieczór otworzyli, zapraszając do wspólnej zabawy, przewodniczący Komisji Stomatologicznej ORL, dr Robert Stępień w towarzystwie dr Katarzyny Siembab, sekretarza Komisji Stomatologicznej ORL, ale głównymi bohaterami wieczoru byli oczywiście lekarze dentyści (choć byłabym bliższa prawdy pisząc lekarzki dentyстки).

Wodzirej balu – aktor Starego Teatru, Rafał Jędrzejczyk wystąpił z krótkim recitalem, urozmaicając wieczór anegdotą, piosenką i skeczem. Z estrady płynęły melodie lat 20. minionego stulecia po aktualne przeboje, z dominacją rock&rolla i muzyki pop.

Lekarze zaś tańczyli, bawili się, a nawet próbowali swoich możliwości wokalnych w repertuarze Perfektu. Panowała radosna atmosfera.





Na ten jeden wieczór wszyscy zapomnieli o troskach i zmartwieniach dnia powszechnego.

Punktem kulminacyjnym wieczoru okazała się nieoczekiwanie przeprowadzona przez redaktora naszego Biuletynu „Lekarza Dentysty” Stefana Ciepłego, przy współudziale niżej podpisanej i konferansjera, licytacja prac plastycznych wychowanków Domu Dziecka w Sieborowicach (nad którym OIL w Krakowie sprawuje patronat).

Licytacja przerodziła się w prawdziwą aukcję dzieł sztuki. Panowie nie szczędzili grosza dopingowani przez towarzyszące im Panie. Rekordową cenę 320 złotych osiągnął rysunek zakupiony przez dr... (nazwisko zachowamy w tajemnicy, na życzenie zwycięzcy). Prace już oprawione w anty-ramy ozdobią ściany gabinetów stomatologicznych, przypominając karnawałowy nastrój spotkania. Gotówka zaś (łącznie zebraliśmy 2620 zł) zostanie wykorzystana dla dobra dzieci. Dziękujemy wszystkim darczyńcom za okazaną hojność!

Zabawa trwała do rana. Nikt się nie nudził. Wszyscy wyszli na własnych nogach. Darek Kościelniak utrwalił zabawę na zdjęciach.

A zatem do zobaczenia – 9 lutego 2008 roku – bo datę już zdążyliśmy wybrać!

Kasia Siembab



Z KART HISTORII

Spotkanie pamięci Profesora Bartkowskiego

W dniu 20 stycznia 2007 roku w sali teatralnej PWST w Krakowie odbyło się uroczyste zebranie Krakowskiego Oddziału PTS z okazji piątej rocznicy śmierci wybitnego chirurga związanego z krakowską Kliniką Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, profesora Stanisława B. Bartkowskiego.



*Prof. dr hab.
Stanisław B. Bartkowski
(1933-2002)*



*Zebranie prowadziła prezes PTS Oddziału Krakowskiego –
dr n. med. Małgorzata Zaleska*



Uczestnicy zebrania (rząd dolny, od lewej: dr dr J. Szyper-Szczurowska, P. Szczurowski, M. Szuta, G. Wyszyńska-Pawelec, prof. J. Zapala; rząd górny: prof. I. Gościński, prof. M. Dyras)



*Syn Profesora –
dr Andrzej Bartkowski*



*Syn Profesora –
dr Paweł Bartkowski*

Prof. dr hab. med. Jadwiga Stypulkowska



Zebranie prowadziła prezes Krakowskiego Oddziału PTS – dr n. med. Małgorzata Zaleska. Oprócz współpracowników i przyjaciół zebranie zaszczyliła swoją obecnością najbliższa rodzina Profesora: Żona i dwaj Synowie, których osobisty ton wspomnień przybliżył zebrany prywatną stroną życia Pana Profesora.

Natomiast o dokonaniach na niwie zawodowej przypomnieli zebrany w swych referatach: prof. Jadwiga Stypulkowska, która przedstawiła sylwetkę Pana Profesora jako wybitnego klinicysty i organizatora; prof. Jan Zapala, następca profesora Bartkowskiego, który przedstawił historię i przyszłość krakowskiej szkoły chirurgii szczękowej, a dr n. med. Grażyna Wyszyńska-Pawelec przybliżyła zebrany wybitne osiągnięcia Profesora na polu chirurgii powiekowo-oczdodołowej ze szczególnym uwzględnieniem złamania rozprężającego oczodołu. Nie zabrakło również byłych i obecnych pracowników Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej CM UJ. Po zakończeniu zebrania, uczestnicy udali się na Cmentarz Salwatorski, gdzie złożono kwiaty na



Uczestnicy zebrania na grobie Pana Profesora

grobie Pana Profesora, a w godzinach wieczornych w Kolegiacie Św. Anny odbyła się Msza Święta w intencji Profesora, na którą licznie przybyli przyjaciele, rodzina i współpracownicy, a także wdzięczni pacjenci.

Prof. dr hab. med. Stanisław B. Bartkowski był w latach 1971-2002 Kierownikiem Katedry i Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej CM UJ oraz w latach 1989-1997 prezesem Krakowskiego Oddziału PTS.

Tomasz Kaczmarzyk
fot. Tomasz Bronicki

KOMISJA STOMATOLOGICZNA ORL

Sprawozdanie Zjazdowe KS ORL za okres od 8 grudnia 2005 do 22 marca 2007 roku

Komisja Stomatologiczna ORL powołana ze składu delegatów na XXII Okręgowy Zjazd Lekarzy uformowała się na posiedzeniu w dniu 8 grudnia 2005 roku w składzie: Robert Stępień (przewodniczący), Andrzej Stopa (z-ca przewodniczącego), Katarzyna Siembał (sekretarz), H. Adamczyk, U. Długosz, F. Dynowski, A. Fortuna, T. Fortuna, B. Gajda, L. Jabłoński, A. Kot, A. Maciąg, A. Mazaraki, J. Pytko-Polończyk, Z. Raszczyk, A. Stopa, Z. Suwała, M. Telega, M. Wilk, J. Wiśniowska, B. Woś, J. Zieliński (członkowie).

W okresie sprawozdawczym Komisja odbyła 5 posiedzeń, prócz wspomnianego na wstępie założycielskiego: 4 II 2006 w Osieczanach, 27 V 2006 w Rytrze, 21 IX 2006 w Krakowie, 4 XI 2006 w Rytrze, 8 XII 2006 w Kocierzu.

Przedmiotem obrad Komisji były aktualne problemy związane z wykonywaniem zawodu lekarza dentystry, w tym m.in. ciągle zmiany przepisów utrudniające prowadzenie praktyki, negocjacje z centralą NFZ w sprawie wyceny świadczeń, sprawy specjalizacji itp. Dużo miejsca poświęcała Komisja organizacji konferencji naukowo-szkoleniowych dla środowiska dentystrycznego z terenu działania naszej Izby oraz metodyce i sposobom prowadzenia stałych wykładów w ramach programu kształcenia ustawicznego.

Organizowane lub współorganizowane konferencje naukowo-szkoleniowe odbyły się w Osieczanach,

Zakopanem, Rytrze (dwukrotnie), Polańczyku i Kocierzu, każdorazowo gromadząc 200-300 uczestników. W roli kadry kształcącej występowali pracownicy naukowi Instytutu Stomatologii Collegium Medicum UJ oraz zapraszani wykładowcy. Wysoki poziom merytoryczny zajęć sprawił, że nie było problemów ani z frekwencją, ani z gotowością Koleżanek i Kolegów do pokrywania części kosztów konferencji. Wspomagała nas też Okręgowa Rada Lekarska, Związek Lekarzy Dentystów Pracodawców w Ochronie Zdrowia i sponsorzy, których nie będę tu wliczał.

Natomiast wykłady naukowo-szkoleniowe w ramach kształcenia ustawicznego były organizowane w zasadzie co miesiąc (z przerwami na wakacje i święta). Łącznie od 22 marca 2006 do 15 listopada 2006 odbyło się ich siedem. Frekwencja była znakomita, gromadząc każdorazowo w auli AWF, gdzie organizowaliśmy zajęcia (4-5 godzin) ok. 350 osób. Szkolenia powyższe były bezpłatne dla uczestników, w całości organizowane i finansowane przez Komisję Stomatologiczną ORL.

Wiele czasu Komisji i jej kierownictwu zajęła kwestia kontraktów z NFZ, ich renegotjacji, aneksów, sporów o wysokość wycen czy wartości świadczeń, słowem spraw zasadniczych w sensie materialnym dla znacznej części naszych Koleżanek i Kolegów. Nie były to i nie są sprawy łatwe, niemniej świadectwem naszych starań o lepsze umowy było wycofanie się MOW NFZ, w całości, z oferty dla stomatologii na 2007 rok i przystąpienie do jej korekty.

W marcu 2006 roku udało się z inicjatywy Komisji uruchomić pierwszy w kraju (wśród Okręgowych Izb Lekarskich) dwumiesięcznik „Lekarza Dentystry” jako niezależny suplement do „Biuletynu Lekarskie-

KOMISJA STOMATOLOGICZNA ORL

go”, którego 6 numerów łącznie ukazało się w okresie sprawozdawczym (ostatni 5 marca 2007). Sądząc po głosach Koleżanek i Kolegów, pismo cieszy się rosnącym powodzeniem w środowisku, a poza tym stale zwiększa się jego objętość, co wskazuje na wielość interesujących nas tematów. Na łamach biuletynu „Lekarza Dentysty” zaczęliśmy m.in. cykle poświęcone ważniejszym postaciom świata stomatologii, pracom naukowym powstałym w środowisku, pierwszoplanowym placówkom dydaktycznym, możliwościom pozyskania środków Unii Europejskiej itp. Przedstawiliśmy też dorobek kilku konferencji naukowo-dydaktycznych, upowszechniamy inicjatywy PTS, zajrzeliśmy do kart historii, wreszcie staramy się jak najszybciej reagować na zmiany w statusie prawnym lekarza dentysty. Wystąpiliśmy także z inicjatywą edycji ogólnopolskiej biuletynu, ale (jak na razie) nie uzyskała ona akceptacji Naczelnej Rady Lekarskiej.

Biuletyn „Lekarza Dentysty” ukazuje się w nakładzie 3 tys. egzemplarzy, w skład kolegium redakcyjnego wchodzi: Robert Stępień (red. nacz), Jolanta Pytko-Polończyk, Katarzyna Siembab, Grzegorz Herbut, Tomasz Kaczmarzyk, Dariusz Kościelniak, Andrzej Mazaraki, Andrzej Stopa, Antoni Stopa. Obowiązki sekretarza pełni red. Stefan Ciepły, za grafikę odpowiada Krzysztof Zgłobicki. Prócz formy drukowanej Komisja prowadzi też własną stronę internetową redagowaną przez p. Dariusza Wójtowicza pod kierownictwem dr. R. Stępnia i dr. D. Kościelniaka) w ramach witryny OIL w Krakowie.

Komisja Stomatologiczna ORL angażuje się też w szereg spraw natury ogólniejszej, wykraczających poza wąsko rozumiane ramy zawodu. I tak zabiegaliśmy o liberalizację przepisów dotyczących wymogów sanitarnych i technicznych stawianych gabinetom lekarskim i dentystycznym; podjęliśmy starania o ukrócenie praktyk techników dentystycznych wykonujących bezprawnie usługi protetyczne dla pacjentów; występujemy na kilku frontach przeciw niewłaściwym reklamom zamieszczanym w prasie i mediach elektronicznych, naruszającym Kodeks Etyki Lekarskiej. Przedstawiciele Komisji uczestniczą w posiedzeniach NRL, w miarę możliwości recenzują przygotowywane przez Ministerstwo Zdrowia projekty prawne. Angażujemy się też w sprawy ogólnolekarskie, czego m.in. świadectwem był udział stomatologów w akcji strajkowej w Warszawie 10 maja 2006 roku.

Bardzo bliska współpraca łączy Komisję Stomatologiczną z Instytutem Stomatologii CM UJ oraz

Woj. Przychodnią Stomatologiczną, którą – w miarę naszych możliwości – wsparliśmy w jej staraniach o formalne uzyskanie imienia dr. Zbigniewa Żaka i wmurowanie tablicy pamiątkowej poświęconej Jego osobie. Komisja była także organizatorem przyjazdu delegacji stomatologicznych z różnych stron kraju 10 listopada 2006 roku na uroczystości poświęcone pierwszej rocznicy śmierci naszego Kolegi, wiceprezesa NRL, którego po raz pierwszy w historii odrodzonego samorządu brakło w naszych szeregach. To bardzo poważna strata, którą ze smutkiem odnotowujemy jako akcent otwierający V kadencję Izby i Komisji Stomatologicznej ORL, której zawsze był członkiem. Cześć Jego Pamięci!

Równie mocne są związki z Polskim Towarzystwem Stomatologicznym, którego sekretarz w Krakowie, dr Tomasz Kaczmarzyk wchodzi w skład kolegium redakcyjnego naszej gazety oraz z preżnym Oddziałem PTS w Nowym Sączu kierowanym przez dr. Tomasza Fortunę, z równie preżnym Oddziałem w Krośnie, kierowanym przez członka naszej Izby dr. Wojciecha Bednarza; świetnie się układa współpraca ze Związkiem Lekarzy Dentystów Pracodawców w Ochronie Zdrowia kierowanym przez dr. Katarzynę Siembab i dr. Dariusza Kościelniaka. Naturalnie współpracujemy też z Komisją Stomatologiczną Naczelnej Rady Lekarskiej, prowadzoną przez dr. Andrzeja J. Fortunę, biorąc czynny udział w jej pracach.

Dodam, że patronowaliśmy w 2006 roku Targom Dentystycznym KRAKDENT oraz 32. Międzynarodowej Konferencji poświęconej edukacji w stomatologii, organizowanej przez ADEE oraz IS CM UJ.

Wypada mi też wspomnieć, że w styczniu 2007 roku zorganizowaliśmy I Bal Lekarza Stomatologa (w hotelu „Pegaz”), podczas którego m.in. zlicytowaliśmy na rzecz Domu Dziecka w Sieborowicach (którym opiekuje się OIL w Krakowie) rysunki dziecięce na kwotę 2620 zł, która zostanie przeznaczona na potrzeby wychowanków.

Podsumowując – zrobiliśmy niemało, ale nadal wiele pozostaje do zrobienia. Rok 2007 zapowiada się więc pracowicie i bardzo liczę na dalszą aktywność członków Komisji, dziękując równocześnie za dotychczasową pracę.

*Wiceprzewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej
Przewodniczący Komisji Stomatologicznej
Lek. dent. Robert Stępień*

Komisja Stomatologiczna ORL i Związek Lekarzy Dentystów Pracodawców Ochrony Zdrowia zapraszają

28 marca 2007 w godz. 16.00–20.00 do Auli AWF przy ul. Jana Pawła II 78 w Krakowie na kolejny z kursów doskonalących w ramach kształcenia ustawicznego nt:

- „Wydłużanie klinicznych koron zębów – wskazania, metodyka zabiegu” – dr med. Witold Jurczyński
- „Nowoczesne metody leczenia stomatologicznego z wykorzystaniem włókien szklanych protetycznych dla lekarzy” – Łukasz Lichtengerg (ARKONA)

Dalsze planowane szkolenia przewidywane są w dniach

- 25 kwietnia 2007
- 23 maja 2007
- 13 czerwca 2007

(tematy w trakcie uzgadniania – niebawem na stronie internetowej www.stomatologdy.prv.pl)

Konferencja w Kościelisku 13-15 kwietnia 2004

Zakwaterowanie w Wojskowym Ośrodku Wypoczynkowym (ilość miejsc ograniczona – 200)

Tematy:

- Wybrane zagadnienia nowoczesnego leczenia stomatologicznego
- Leczenie zespołowe – współpraca interdyscyplinarna
- Stomatologia estetyczna
- Współczesna endodoncja

Informacja i zapisy:

Krystyna Treła OIL Kraków; tel.: 012 619 17 18

Harmonogram dalszych Konferencji Naukowo-Szkoleniowych KS w 2007 r.

31 maja – 3 czerwca 2007 – Ryto
(PTS O/Nowy Sącz)

5–7 października 2007 – Polańczyk,
(PTS O/Krosno)

26–28 października 2007 – Ryto
7–9 grudnia 2007 – Kocierz, Andrychów

Katedra Radiologii Collegium Medicum UJ

zaprasza do udziału w doskonalącym

Kursie Radiologii Stomatologicznej

Kraków, 21-22 września 2007 roku

Zajęcia teoretyczne Kursu odbędą się w Medycznym Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ przy ul. Grzegórzeckiej 20; zajęcia praktyczne w Katedrze Radiologii CM UJ przy ul. Kopernika 19.

W programie przewiduje się podjęcie następujących zagadnień:

- aktualny stan technik obrazowania w radiologii
- symptomatologia ogólna chorób kości
- radiografia stomatologiczna i szczękowo-twarzowa

• podstawy fizyczne radiografii (konstrukcja sprzętu; izometria wg Cieszyńskiego; technika kąta prostego; pantomografia; zdjęcia panoramiczne; zdjęcia wewnątrzustne)

• urazy szczęk, żuchwy, twarzoczaszki, zębów

• zapalenia przyzębia, zapalenia kości twarzoczaszki

• choroby ślinianek; choroby zatok przynosowych. USG w diagnostyce chorób szyi i twarzy; zasady ochrony radiologicznej

• radiografia cyfrowa; tomografia komputerowa w stomatologii.

SZKOLENIA

- badania techniką rezonansu magnetycznego; sprzęt USG stosowany w diagnostyce twarzy, szyi i stawu skroniowo-żuchwowego.

- sialografia i lakrimografia; klasyczne zdjęcie rtg twarzoczaszki

- wady rozwojowe zębów; zaburzenia liczebności, wielkości, zęby zrośnięte, złane, bliźniacze, zęb w zębie, wgłobienie szkliwa, taurodontyzm, niedorozwój szkliwa, zębiny, zaburzenia erupcji zębów.

- wady rozwojowe twarzoczaszki; choroba Cruzona, zespół Pierre-Robin, zespół Trachera-Collinsa, choroba marmurowa, zespół Gardnera, zespół Gorlina-Goltza, defekt Stafneego.

- zmiany nabyte zębów; starcie, zdercie zębów, resorpcja, cukrzyca, choroba Pageta, nadczynność przytarczyc, akromegalia, nadczynność nadnerczy

- nowotwory zębopochodne i niezębopochodne; nowotwory twarzoczaszki; dysplazja włóknista; torbiele twarzoczaszki

- choroby stawu skroniowo-żuchwowego.

- anatomia i fizjologia, wady i zaburzenia rozwojowe, urazy, procesy zapalne, zeszczywnienia, zmiany reumatoidalne, układowe i metaboliczne.

- choroba zwyrodnieniowa; zespół Eversa; patologia krążka śródstawowego.

- twarzowa część czaszki po operacji; planowanie leczenia rekonstrukcyjnego; protezy i epitety twarży; implanty stomatologiczne; monitorowanie przeszczepów kości.

Zajęcia praktyczne odbędą się w pracowniach tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, USG, diagnostyki naczyniowej i radiologii interwencyjnej. Na zakończenie kursu odbędzie się test zaliczeniowy. Zajęcia poprowadzą: Beata Podsiadło-Kleinrok, Małgorzata Szafiriska, Anna Dubis, Andrzej Urbanik i dr Stanisław Szut (koordynator kursu).

Osoby, które ukończą kurs z zaliczeniem otrzymają dyplom oraz wpis do karty specjalizacyjnej.

Koszt kursu od osoby – 150 zł

Zgłoszenia przyjmuje Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ

ul. Grzegorzeczka 20, 31-531 Kraków

tel. 012 421 22 25, 012 427 72 91

www.cm-uj.krakow.pl/mckp

e-mail: esurowka@cm-uj.krakow.pl



Polskie Towarzystwo Stomatologiczne

Zarząd Krakowskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego zaprasza na zebrania naukowo-szkoleniowe

17 marca 2007 roku o godzinie 11¹⁵

- Zabieg otwarcia komory zęba do leczenia endodontycznego – zasady i uwagi praktyczne

Dr n. med. Joanna Słowik, dr n. med. Halina Kwapińska

- Baikadent żel – ocena kliniczna skuteczności leczenia chorób tkanek przyzębia

Lek. dent. Joanna Dubniańska

- Analiza wskaźników stosowanych do oceny estetyki rysów twarzy u pacjentów objętych skojarzonym leczeniem ortodontyczno-chirurgicznym z powodu wad doprzednich

Dr n. med. Joanna Szyper-Szczurowska, prof. dr hab. med. Marta Dyras, prof. dr hab. med. Jan Zapała, lek. dent. Paweł Szczurowski

oraz na wcześniejsze zebranie Koła Sekcji Periodontologii PTS O/Kraków o godzinie 10⁰⁰

- Leczenie pionowych ubytków kostnych przyzębia przy użyciu różnych biomateriałów

Dr n. med. Dagmara Gałęcka-Wanatowicz

21 kwietnia 2007 r., godz. 11¹⁵

- Wręczenie dyplomów „Za działalność naukowo-szkoleniową w Krakowskim O/PTS w 2006 roku”

- *Rodzaje szyn zgryzowych stosowanych w leczeniu zaburzeń czynnościowych układu stomatognatycznego*

Dr n. med. Aneta Wieczorek

- *Antybiotykoterapia miejscowa- zastosowanie preparatu Periofilm*

Mgr farm. Wojciech Mazur (*Molteni Farmaceutici*)

- *Naprawa uzupełnień protetycznych w warunkach gabinetu stomatologicznego*

Lek. dent. Łukasz Kubicki

oraz na wcześniejsze zebranie Koła Chirurgii Stomatologicznej: godz. 9³⁰

- *Znieczulenie śródkostne w stomatologii*

Lek. dent. Sebastian Kotulski

- *Demonstracja wybranych przypadków klinicznych*

Lek. dent. Tomasz Nowak

26 maja 2007 r., godz. 11¹⁵

- *Etyka lekarska wczoraj i dziś*

Dr n. med. Halina Majchrowicz

- *Leczenie periodontopatii preparatem Arthrodont o działaniu przeciwwzapalnym*

Lek. dent. Paweł Grzegorzczak (*Pierre Fabre Medicament*)

- *Bezpieczeństwo i skuteczność współczesnych metod wybielania zębów z martwą miazgą*

Lek. dent. Dorota Kościelniak

oraz na wcześniejsze zebranie Zebranie Koła Sekcji Ortodontacji o godz. 10⁰⁰

- *Masy wyciskowe stosowane w ortodontacji*

Dr n. med. Wanda Konty-Gibińska, stud. Katarzyna Mołek, stud. Joanna Gibińska

16 czerwca 2007 r., godz. 11¹⁵

- *Wykorzystanie zawiesiny autologicznych keratynocytów hodowanych in vitro w gojeniu ran błony śluzowej*

Dr n. med. Joanna Zarzecka, dr n. med. Grzegorz Lis, prof. dr hab. Jan Zapała, prof. dr hab. Tadeusz Cichocki

- *Profilaktyczne zastosowanie Clindamycin-MIP 600 mg u pacjentów z grup ryzyka*

Mgr Dorota Bobowska-Łuciuk (*MIP Pharma*)

- *Praktyczne zastosowanie analizy spektrofotometrycznej przed i po wybieleniu zębów*

Lek. dent. Lidia Jamróz-Wilkońska, lek. dent. Wojciech Wilkoński, dr n. med. Halina Kwapińska

oraz na wcześniejsze zebranie Koła Chirurgii Stomatologicznej o godz. 9³⁰

- *Obrażenia twarzoczaszki u dzieci leczonych w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej CM UJ w latach 2002-2006*

Lek. dent. Marcin Dyląg

- *Demonstracja wybranych przypadków klinicznych.*

Lek. dent. Jarosław Wichliński

Wszystkie spotkania odbędą się w Teatrze PWST, ul. Straszewskiego 22

Sekretarz Zarządu
Dr n. med.
Tomasz Kaczmarzyk

Prezes Zarządu
Dr n. med.
Małgorzata Zaleska

Z życia Oddziału PTS w Krośnie

22 marca 2007 r.

- *Nowoczesny Gabinet Stomatologiczny – oprogramowanie ProDentis, zarządzanie i kierunki rozwoju.*

inż. Paweł Wojnar, mgr Kinga Wyjatek – (*Infotel*)

26 kwietnia 2007 r.

- *Wydłużanie koron klinicznych zębów z punktu widzenia periodontologicznego*

Dr n. med. Witold Jurczyński

- *Znaczenie glikokaliksu bakteryjnego dla antybiotykoterapii chorób przyzębia.*

mgr Mariusz Kwiatkowski – (*MIP Pharma Polska Sp. z o.o.*)

24 maja 2007 r.

- *Nowe kierunki w endodontcji. Wybielanie nakładkowe zębów z żywą miazgą – (Chema-Elektromet)*

Dr n. med. Mariusz Lipski – Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii PAM w Szczecinie



Dotacje nie tylko Unii Europejskiej (5)

Dzisiaj powracamy do kluczowych dokumentów mówiących o kierunkach wydatkowania funduszy strukturalnych w Polsce w latach 2007-2013.

Dokumenty te przeszły etap konsultacji społecznych i po zatwierdzeniu przez regionalne i centralne władze, zostały przekazane do Komisji Europejskiej celem uzyskania ostatecznej akceptacji. Można przypuszczać, iż ich zasadnicza treść nie ulegnie już zmianie.

Poniżej przedstawiam kompendium wiedzy dotyczącej możliwości finansowania infrastrukturalnych projektów w obszarze ochrony zdrowia ze środków funduszy strukturalnych w latach 2007-2013. Pierwsze dwa programy stworzone zostały na poziomie samorządów poszczególnych województw i ich zasięg jest obszarowo do nich ograniczony. Trzeci program jest wdrażany na poziomie kraju i daje równe szanse beneficjentom z wszystkich województw.

Małopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2007–2013

Aktualna wersja projektu pochodzi z dnia 31 stycznia 2007 roku. Dokument przewiduje wsparcie dla projektów w obszarze ochrony zdrowia w ramach trzech osi priorytetowych.

Oś priorytetowa 5. Krakowski Obszar Metropolitalny. Wsparcie dotyczyć będzie m.in. ośrodków leczenia specjalistycznego. Celem projektów winno być „uzupełnienie oferty usług publicznych o znaczeniu metropolitalnym [...] poprzez realizację inwestycji w zakresie implementacji nowoczesnych technologii medycznych i informatycznych do sektora ochrony zdrowia”.

Oś priorytetowa 6. Spójność wewnątrzregionalna. W ramach priorytetu władze województwa zamierzają wspierać projekty służące poprawie jakości usług medycznych świadczonych poza Krakowskim Obszarem Metropolitalnym. Zgłaszane projekty dotyczyć mogą wdrożenia nowoczesnych technologii medycznych i informatycznych, wsparcia centrów wysokospecjalistycznej diagnostyki i terapii oraz pełniejszego wyko-

rzystania infrastruktury sanatoryjnej i uzdrowiskowej. Ponadto wspierane będą podmioty świadczące usługi opieki społecznej, placówki wychowawcze oraz służby ratunkowe (poza ratownictwem medycznym – patrz poniżej).

Oś priorytetowa 7. Infrastruktura ochrony środowiska. Wsparcie w ramach priorytetu dotyczyć mogłoby projektów, których celem byłoby zwiększenie wykorzystania energii ze źródeł odnawialnych w budynkach użyteczności publicznej, w tym w szpitalach i ośrodkach zdrowia.

Beneficjentami wsparcia we wszystkich wymienionych osiach priorytetowych mogą być zakłady opieki zdrowotnej działające w publicznym systemie ochrony zdrowia. Dofinansowanie może wynieść do 85% wartości inwestycji.

Program pobrać można ze strony internetowej: www.wrotamalopolski.pl

Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego na lata 2007-2013

W ramach osi priorytetowej **4. Infrastruktura społeczna** Program wyróżnia **Działanie 4.2 Infrastruktura ochrony zdrowia i pomocy społecznej**. Władze województwa planują wsparcie projektów polegających na modernizacji obiektów ochrony zdrowia, „w tym w szczególności na ich dostosowaniu do wymogów obowiązujących przepisów prawa” i/lub potrzeb osób niepełnosprawnych. Wspierane będą także projekty w zakresie wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej w aparaturę medyczną. Na liście beneficjentów działania znajdują się zakłady opieki zdrowotnej.

W ramach osi priorytetowej **2. Infrastruktura techniczna, działanie 2.3 Infrastruktura energetyczna**, podobnie, jak w przypadku województwa małopolskiego, możliwe będzie zgłaszanie do dofinansowania przez zakłady opieki zdrowotnej przedsięwzięć w zakresie termomoderni-

zacji i zmiany źródeł wytwarzania energii w celu ograniczenia tzw. „niskiej emisji”.

Program pobrać można ze strony internetowej: www.wrota.podkarpackie.pl

Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2007-2013

W ramach Programu wsparcie dotyczyć może jedynie projektów strategicznych, o ponadregionalnym (ponadwojewódzkim) znaczeniu. Beneficjentami mogą być jedynie publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Program w pierwszej kolejności posłuży budowaniu w Polsce zintegrowanego i nowoczesnego systemu ratownictwa medycznego. Uzupełnieniem podejmowanych działań będzie wsparcie ośrodków zdrowia zapewnia-

jących specjalistyczne i wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne.

Program pobrać można ze strony internetowej: www.mrr.gov.pl – zakładka: „Programy Operacyjne na lata 2007-2013”.

Szczegółowe wytyczne dotyczące wszystkich zasygnalizowanych działań zostaną opublikowane wkrótce po ostatecznym ich zatwierdzeniu przez Komisję Europejską. Pierwsze konkursy w ramach funduszy strukturalnych z alokacją 2007-2013 ogłoszone zostaną najprawdopodobniej w IV kwartale 2007 roku. Oczekując na Państwa komentarze i pytania łączę pozdrowienia.

Michał Młynarczyk

Kontakt: dotacje.dla.stomatologow@wp.pl

Z KART HISTORII

Rafał Józef Czerwiakowski – „człowiek wielkiej słodczy charakteru, uprzejmości i mądrości”

Gdy przyglądamy się wybitnym postaciom polskich lekarzy urodzonych jeszcze w XVIII w. i zaraz na początku XIX w. – zwraca naszą uwagę nie tylko ich znakomite wykształcenie i osiągnięcia naukowe, ale i niezwykła barwność, nietuzinkowość ich osobowości. Niekiedy niebanalne koleje ich życia nadawałyby się na scenariusze filmów przygodowych.

Pierwszym profesorem chirurgii na ziemiach polskich był Rafał Józef Czerwiakowski, zwany ojcem chirurgii polskiej. On to jest również prekursorem dentystryki (miano ojca stomatologii polskiej przyznano Jackowi Łepkowskiemu), chociaż nie była ona główną dziedziną jego działalności, ale jako pierwszy zajął się nią naukowo.

Urodził się pod Pińskiem na Polesiu w dziedzicznej majątności swego ojca Daniela. Nauki zdobywał w szkole oo. pijarów w Pińsku, a po jej ukończeniu postanowił wstąpić do tegoż zakonu w Lubieszewie. W 1765 roku złożył śluby zakon-

ne i podjął pracę w aptece klasztornej, co rozbudziło jego zainteresowania medycyną. W 1771 roku został wysłany z listem polecającym na koszt zakonu oraz ks. Michała, bratanka króla S. A. Poniatowskiego, na studia medyczne do Rzymu. Po pięciu latach uzyskał dyplom doktora medycyny i filozofii. W Rzymie przebywał jeszcze trzy lata pracując w Szpitalu Św. Ducha in Saxia pod kierunkiem Toncego. Wraca, wezwany przez biskupa Ignacego Massalskiego do objęcia Katedry Chirurgii w Akademii Wileńskiej, jednak zanim to zrobi uzupełnił wiedzę zwiedzając szpitale i instytuty medyczne w Neapolu, Bolonii, Padwie, Wiedniu, Paryżu (chirurgia), Berlinie (położnictwo).

Wrócił do Polski w 1779 roku i dzięki H. Kołłątajowi został mianowany profesorem anatomii, chirurgii i położnictwa Akademii Krakowskiej. Przybył do Krakowa jako pijar, lecz stan duchowny pozostawał w sprzeczności ze specjalizacją położniczą i funkcją akusзера. Samowolnie rzucił więc sukienkę zakonną, przez co popadł w konflikt z jurysdykcją kościelną. Do tego zakochał się w słynącej z urody Helenie Katerlan- ce. Dzięki poparciu Kołłątaja i ks. prymasa Michała Poniatowskiego, Rzym zgodził się na

Z KART HISTORII

sekularyzację Czerwiakowskiego (1783) i jego małżeństwo.

Od początku swego profesorowania w Krakowie Czerwiakowski walczył o pomieszczenia na wykłady i ćwiczenia zwłaszcza anatomiczne. KEN podarowała Akademii pojezuickie Kolegium Św. Barbary, gdzie założono pierwszy w Polsce Szpital Uniwersytecki. Był on jednak ciasny, pozbawiony szans rozwoju. Akademia i prof. Czerwiakowski zaczęli więc rozglądać się za nową siedzibą. Wybór padł na klasztor Karmelitów Bosych na Wesołej. Zakonnicy sprzedali całą swą posiadłość i w 1788 roku powstał tam Szpital Generalny św. Łazarza. To w tych dwu szpitalach rozpoczął Czerwiakowski regularne wykłady. Na Wydziale Lekarskim pracował do 1805 roku, kiedy to ze względu na chorobę przeszedł na emeryturę, dalej jednak był czynny naukowo.

Świetnie wykształcony, pozostawił po sobie paruset uczniów, w tej liczbie późniejszych wybitnych profesorów UJ i chirurgów. Mówił i pisał o konieczności kształcenia chirurgów, cyrulików, o etyce zawodowej. Zorganizował oddział położniczy i szkolenie kobiet odbierających porody w domu. Był również twórcą nowych metod w chirurgii, prekursorem ortopedii w Polsce, autorem naukowego języka polskiego w chirurgii oraz polskiej terminologii chirurgicznej i anatomicznej. Napisał „Rozprawę o szlachetności, potrzebie i użyciu chirurgii w poźyciu ludzkim, w woysku, przy pologach i nauce lekarskiej” ogłoszoną w 1791 roku podczas dorocznych obchodów imienin króla S.A. Poniatowskiego. Dziełem jego życia był 6-tomowy podręcznik chirurgii z tablicami: „Narząd opatrzenia chirurgicznego” wydany po jego śmierci w latach 1816–1817. Jego syn Napoleon Ignacy Rafał urodzony z drugiej żony Marii Małazyńskiej, został botanikiem, profesorem i rektorem UJ.

Jako ten, który naukowo pierwszy zajął się dentystyką, Rafał Czerwiakowski w inauguracyjnym wykładzie rozpoczynającym jego profesurę w dniu 19 września 1779 roku nt. „Wywód o narzędziach cerulickich”, przedstawił także przyrządy do usuwania zębów, propagując równocześnie instrumenty do leczenia zachowawczego.

W części VI „Narządu opatrzenia chirurgicznego” omówił sposób leczenia złamań szczęk, nastawianie zwichnięcia żuchwy, wskazania i technikę usuwania zębów. Wyliczył również szereg narzędzi służących do usuwania zębów jak: kleszcze, klucz angielski, pelikan itp, zwracając uwagę na zastosowanie koziej stópki. Jako pierwszy wykladał też dentystykę w ramach chirurgii. Od 1779 roku dentystyka była początkowo nadobowiązkowym, a potem już obowiązkowym przedmiotem.

Ten wybitny chirurg i położnik był również gorącym patriotą, aktywnie uczestniczącym w życiu społecznym i politycznym. Król S.A. Poniatowski w uznaniu jego zasług obdarzył go w 1785 roku godnością archiarca i nadwornego lekarza, a w 1791 roku – złotym medalem. W 1794 r. z polecenia Tadeusza Kościuszki pełnił obowiązki naczelnego sztabśmedyka w Głównym Lazarecie u św. Piotra w Krakowie.

W jego spuściźnie znalazły się również utwory literackie: fraszki, pamflety i anegdoty z czasów Sejmu Wielkiego, będące ciekawym źródłem wiedzy o epoce. Swoją znakomitą bibliotekę i zbiór instrumentów chirurgicznych przeznaczył Akademii Krakowskiej.

Zmarł w 1816 roku i został pochowany w kościele św. Anny (gdzie znajduje się także jego epitafium). Kraków uczcił zasługi Czerwiakowskiego pamiątkową tablicą na fasadzie domu „Pod Wiewiórką” przy ul. Floriańskiej 15 oraz popiersiem na ul. Kopernika 40. Jego imię nosi Szpital Położniczy przy ul. Siemiradzkiego i jedna z krakowskich ulic.

Opr. Barbara Kaczkowska

W tekście wykorzystano m.in.: „Słownik lekarzy polskich XIX w.” P. Szarejki; „Polski Słownik Biograficzny” (t. 4); „Rozwój stomatologii polskiej na przełomie XIX i XX wieku” B. Piękosia.

O okresie „Między Rafałem Czerwiakowskim a Karolem Soczyńskim” w następnym odcinku.



euro konsultant

Euro-Konsultant Sp. z o.o.

zaprasza do udziału w

Szkoleniu przygotowującym osoby ubiegające się o nadanie uprawnień

INSPEKTORA OCHRONY RADIOLOGICZNEJ

w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych

MARZEC 2007 r.

Podstawy prawne: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r., Dz. U. Nr 239, poz. 1737, w sprawie nadania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych.

Firma Euro-Konsultant Sp. z o.o. posiada uprawnienia do prowadzenia w/w kursów, wydane przez Główny Inspektorat Sanitarny w Warszawie. Decyzja Nr GIS-HŚ-EX-4350Sz-5-JPO/07 z dn. 12.02.2007 r.

*

Uprawnienia typu R dotyczą nadzorowania działalności w zakresie stosowania aparatów rentgenowskich do celów diagnostyki medycznej, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej i radioterapii schorzeń nienowotworowych.

Termin realizacji szkolenia: 26-29 marzec 2007 r., (4 dni)

*

Uprawnienia typu S dotyczą nadzorowania działalności wyłącznie w zakresie stosowania aparatów rentgenowskich stomatologicznych lub do densytometrii kości.

Termin realizacji szkolenia: 26-28 marzec 2007 r., (3 dni)

*

30 marca 2007 r. – odbędą się **egzaminy** przed Komisją powołaną przez Głównego Inspektora Sanitarnego.

*

Miejsce szkolenia: 5 Wojskowy Szpital Kliniczny, ul. Wrocławska 1-3, w Krakowie.

Dodatkowych informacji udzielamy pod numerem tel. 012 686 11 29, w godz. od 7.00 do 15.00, lub e-mail: euro-konsultant@neostrada.pl

Euro-Konsultant Sp. z o.o.
Al. Pokoju 81, 31-564 Kraków
www.euro-konsultant.pl



EURO-KONSULTANT Sp. z o.o. w Krakowie jest współzałożycielem i członkiem Polskiej Izby Firm Szkoleniowych z siedzibą w Warszawie, ul. Mokotowska 49

Gabinet stomatologiczny

do wynajęcia, bez unitu, po odbiorze
tel. 601 403 300

Lekarz stomatolog

z czteroletnią praktyką
poszukuje pracy na terenie miasta Krakowa
tel. 692 530 959

Gabinety lekarskie

oraz wyposażony
gabinet stomatologiczny

wynajmę
tel. 604 171 707

Gabinet stomatologiczny

wynajmę
tel. 601 453 193

Poszukujemy stomatologów do pracy w klinice Pacore na terenie Szwecji

Wymagania:

- staż min. 5 lat praktyki
- bardzo dobra znajomość j. angielskiego lub/i j. szwedzkiego
- silna motywacja własnego rozwoju
- umiejętność pracy w zespole

Oferujemy:

- bardzo dobre warunki pracy i zatrudnienia
- duże możliwości rozwoju
- pracę w nowoczesnym gabinecie wyposażonym w najnowocześniejszy sprzęt stomatologiczny
- miłą atmosferę pracy.

Informacje: tel. 058 622 65 19
e-mail: biuro@graf-fish.pl

Atrakcyjne miejsce pracy dla
lekarza stomatologa
tel. 602 242 464

Stomatologów zatrudnię
Całodobowe Centrum Stomatologiczne
Baikadent
tel. 012 285 88 80



Foto Garzyńska

fotografujemy
Krakówian od pokoleń
sesje portretowe, tableau,
zdjęcia okolicznościowe
Kraków, ul. Sławkowska 4
tel. 012 422 83 86
www.fotogarzynska.pl

Firma Marketingowo-Medyczna Sp. z o.o. NZOZ „MARK-MED”

Zatrudni lekarza stomatologa
(może być w trakcie specjalizacji)
do pracy w Poradniach Stomatologicznych
na terenie Nowej Huty
w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem
Zdrowia
Informacja: tel. 012 644 12 72

Wynajmę
gabinet stomatologiczny
z wyposażeniem w centrum Krakowa
tel. 502 600 410

SPORT



Kolejny sukces naszego mistrza

Paweł Bubula, młody stomatolog z Wiśniowej k. Dobczyc, przed dwoma laty zdobywca tytułu Mistrza Świata w biegu na 30 km na Lekarskich Mistrzostwach Narciarskich w Oberammergau (Niemcy) znów dał o sobie znać. Nie powiodło mu się wprawdzie w Niemczech, gdzie na kolejnych Mistrzostwach Świata, na dystansie 23 km zajął 4-5 miejsce w swojej kategorii wie-

kowej i 17 ogólnie, ale już w tydzień później 11 lutego wygrał Bieg Gąsieniców w Zakopanem, a w kolejną niedzielę zajął II miejsce na Oraviadzie w Lipnicy Wielkiej.

Teraz przygotowuje się do Biegu Piastów i mocno boleje nad swoją formą, ale gdzie ją szlifować w takich warunkach pogodowych.

Na zdjęciach start do zawodów w Niemczech i ujęcie z Biegu Gąsieniców.



Nawiążę współpracę
z lekarzem stomatologiem
który mógłby zastąpić mnie na kilka miesięcy
w gabinecie prywatnym w Krakowie.
Dalsz współpraca możliwa.
tel. 0 609 887 808

Stomatolog potrzebny!
Radiowizjografia, endometr, włókna szklane, laser
ozon i pacjenci czekają!
Tylko 30 min. od Krakowa
(w stronę Myślenic – Rabki)
tel. 0 887 504 333

NRL

Uchwała Nr 69/03/IV
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 12 grudnia 2003 r.
(ze zmianami z dnia 22 czerwca 2006 roku)

w sprawie wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 35 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z 1990 r. Nr 20, poz. 120, z 1996 r. Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 152, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 oraz z 2001 r. Nr 126, poz. 1383 oraz z 2002 r., Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052) uchwała się, co następuje:

§ 1

Miesięczna składka obowiązująca członka okręgowej izby lekarskiej, z zastrzeżeniem §2, wynosi:

1) 30 zł – dla:

a) lekarza, lekarza dentystry,

b) lekarza emeryta, lekarza dentystry emeryta, który:

– wykonuje zawód lekarza, lekarza dentystry i

– nie ukończył 65 lat – w przypadku mężczyzny albo 60 lat – w przypadku kobiety,

2) 10 zł – dla:

a) lekarza stażysty, lekarza dentystry stażysty,

b) lekarza rencisty, lekarza dentystry rencisty

c) lekarza emeryta, lekarza dentystry emeryta,

który:

– wykonuje zawód lekarza, lekarza dentystry i

– nie ukończył 65 lat – w przypadku mężczyzny albo 60 lat – w przypadku kobiety,

§ 2

1. Zwalnia się z obowiązku opłacania składki członkowskiej lekarza, lekarza stomatologa:

1.) bezrobotnego w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu,

2.) nie osiągnącego przychodu z tytułu wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry lub z innego źródła zarobkowania,

3.) emeryta (rencistę) nie wykonującego zawodu lekarza lub lekarza dentystry.

2. Lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, może zostać zwolniony z obowiązku opłacania składki członkowskiej, na czas określony, na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej, jeżeli udokumentuje lub w inny sposób uprawdopodobni fakt niezarobkowania.

§ 3

1. Obowiązek opłacania składki członkowskiej przez lekarza, lekarza dentystry powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz, lekarz dentysta został wpisany na listę członków okręgowej izby lekarskiej.

2. Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca.

3. W przypadku skreślenia z listy członków okręgowej izby lekarskiej, obowiązek opłacania składki członkowskiej ustaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło skreślenie.

4. Od zaległych składek nalicza się odsetki ustawowe.

§ 4

Traci moc uchwała Nr 55/99/III Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 19 marca 1999 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej (Biuletyn NRL z 1999 r. Nr 4 (47), z 2000 r. Nr 7 (57), z 2001 r. Nr 7 (66)).

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.

Sekretarz
Krzysztof Makuch

Prezes
Konstanty Radziwiłł

Aktualny nr konta OIL, na który należy wpłacać składki członkowskie:
BPH PBK SA 14 1060 0076 0000 3200 0021 8121

Nowy nr konta OIL, na który należy wpłacać opłaty z tytułu rejestracji gabinetów prywatnych:

BPH SA Kraków
29 1060 0076 0000 3300 0045 2542

FOTOKONKURS

II edycja Konkursu Foto na okładkę rozstrzygnięta!

Tym razem konkurencja była ostrzejsza, Konkurs nabiera rumieńców, a niektóre z nadesłanych prac, bardzo udane. Stąd modyfikujemy nieco Regulamin, ponieważ gratyfikujemy tylko okładki, chcielibyśmy nadesłanie prac na Konkurs uważać za równoznaczne ze zgodą na publikację za normalne honorarium (25-30 zł).

Zwyciężył inż. Krzysztof Polończyk (małżonek pani adiunkt w Uniwersyteckiej Klinice Stomatologicznej dr Jolanty Pytko-Polończyk), z wykształcenia hutnik, z zawodu budowlaniec, z zamiłowania fotografik, miłośnik przyrody.

Gratulujemy.

Przypominamy, że preferujemy motywy przyrodnicze i pobliskie. Prace (3 do 10) opatrzone godłem i numerem telefonu mogą być nadsyłane pocztą lub drogą mailową na adres redakcji (biul@interia.pl) do 25 każdego miesiąca poprzedzającego wydanie BL „Lekarza Dentysty”. Nagroda wynosi 100 zł i łączy się z zamieszczeniem zdjęcia na okładce Biuletynu z nazwiskiem autora.

Zapraszamy do udziału nie tylko dentystów, ale też ich rodziny oraz lekarzy medycyny.

Poniżej zdjęcia bliskie wygranej, spośród których dokonaliśmy wyboru.



LISTY

Jeszcze raz o schorzeniach kręgosłupa

Ręce opadają i język kolkiem staje, gdy czytamy w Biuletynie „Lekarza Dentysty” nr.5 odpowiedź Kol. Piotra Luberdę na poruszony przeze mnie dwukrotnie (w numerach 2 i 4) problem schorzeń kręgosłupa u stomatologów. Rozumiem, że każdy ma prawo posiadać swój własny pogląd na ten temat, więc szanuję i ten Kol. Luberdę. Wypowiedź ta jest jednak – jak mi się wydaje – niezbitym dowodem na fakt, że nasze środowisko nie jest solidarne w działaniach i za bardzo zapatrzone w „koniec własnego nosa”. Autor listu cieszy się, że Izby Lekarskie nic w sprawie uznania schorzeń kręgosłupa za chorobę zawodową dentystów nie zrobiły, wytyka mi niedouczenie, ale – co najzabawniejsze – twierdzi, że budżet krajowy zostałby nadmiernie obciążony naszą (a więc i Kolegi) przyszłą, ewentualnie wyższą, emeryturą.

Pisząc o nie uznanych za zawodowe schorzeniach kręgosłupa występowałem nie tylko w swojej sprawie. Występowałem w naszej grupowej sprawie, mając – jak mi się wciąż wydaje – słuszny żal do przedstawicieli

naszego samorządu lekarskiego o brak zainteresowania tym tematem. Podejrzewam, że wielu z nich ma już przyznaną rentę zawodową w latach 70-tych (bo wtedy była taka możliwość) nim schorzenia kręgosłupa skreślono z listy chorób zawodowych.

Prosiłem więc o odpowiedź, czy jakieś działania podjęto po 17. 05. 1989 roku (a więc po reaktywowaniu izb lekarskich). Ale odpowiedzi się nie doczekałem, stąd wnioskuję, że nie udało się uczynić w tym zakresie nic konkretnego, a przynajmniej nie ma się czym w tej sprawie pochwalić. Problem ten można więc uznać za zamknięty, a wszystkim Koleżankom i Kolegom pracującym na 2 lub 4 ręce życzę, aby kręgosłup szyjny i lędźwiowy mieli jak najdłużej sprawny, bo to podstawa zdrowia całego organizmu.

Wacław Woliński

Kraków dn. 11.02.2007

OD REDAKCJI: Mamy nadzieję na kontynuację sporu. Przy okazji zwracamy uwagę autorowi ostatniego listu, że renciści z lat 70-tych zapewne dobiegają dziś setki.

Reklama Hadt



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ul. Krupnicza 11 a, 31-123 Kraków

Centrala: 012 619 17 00

012 619 17 20

fax 012 619 17 30, 012 422 57 55

e-mail: biuro@oilkrakow.org.pl

www.oilkrakow.org.pl

www.stomatolodzy.prv.pl

Numerы wewnętrzne:

• Recepcja, Sekretariat ogólny	619 17 20
• Sekretariat prezesa	619 17 10
• Sekretarz ORL	619 17 21
• Dyrektor Biura ORL	619 17 12
• Okręgowy Rzecznik OZ (mgr M. Login)	619 17 17
• Okręgowy Rzecznik OZ (mgr S. Smoleń)	619 17 25
• Sąd Lekarski	619 17 28
• Biuro Radców Prawnych (mec. E. Krzyżowska)	619 17 19
• Biuro Radców Prawnych (mec. A. Nawara-Dubiel) ...	619 17 24
• Rejestr Lekarzy; Ubezpieczenia OC	619 17 16
e-mail: rejestr57@hipokrates.org	
• Rejestracja Ind. Praktyk; Staże podyplomowe	619 17 13
• Stomatolodzy (K. Trela)	619 17 18
• Księgowość	619 17 15
e-mail: ksiegowosc57@hipokrates.org	
• Kasa	619 17 14
• Składki	619 17 32
e-mail: skladki@oil.org.pl	
• Redakcja „Biuletynu Lekarskiego”	619 17 27
e-mail: biul@interia.pl	

Komisje:

Bioetyki	619 17 12
Etyki	619 17 10
Kształcenia	619 17 28
Kultury i Sportu	619 17 21
Praktyk	619 17 13
Prawna	619 17 13
Socjalno-Bytowa	619 17 18
Stomatologiczna	619 17 18
Uzdrowisk	619 17 13
Zagraniczna	619 17 13

Czas pracy OIL w Krakowie:

poniedziałek	godz. 8 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰
wtorek	godz. 8 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
środa	godz. 8 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰
czwartek	godz. 8 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰
piątek	godz. 8 ⁰⁰ do 13 ⁰⁰

Dyżury radców prawnych OIL:

mgr **Ewa Krzyżowska**

wtorek	godz. 14 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
czwartek	godz. 15 ⁰⁰ do 16 ⁰⁰

mgr **Agnieszka Nawara-Dubiel**

poniedziałek	godz. 13 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰
środa	godz. 13 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰

Delegatury OIL

w Krośnie: ul. Niepodległości 2, 38-400 Krosno
tel. 013 432 1859; e-mail: krosno@hipokrates.org

poniedziałek	godz. 8 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
wtorek	godz. 8 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰
środa	godz. 8 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
czwartek	godz. 8 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
piątek	godz. 8 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰

w Nowym Sączu: Al. Wolności 49, 33-300 Nowy Sącz
tel. 018 442 1647; e-mail: nowy.sacz@hipokrates.org

poniedziałek	godz. 9 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰
wtorek	godz. 7 ³⁰ do 15 ³⁰
środa	godz. 7 ³⁰ do 15 ³⁰
czwartek	godz. 7 ³⁰ do 15 ³⁰
piątek	godz. 9 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰

w Przemyślu: Rynek 5, 37-700 Przemyśl
tel. 016 678 2670, fax 016 678 3324

e-mail: przemysl@hipokrates.org

poniedziałek	godz. 7 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
wtorek	godz. 7 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
środa	godz. 7 ⁰⁰ do 16 ⁰⁰
czwartek	godz. 7 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
piątek	godz. 7 ⁰⁰ do 13 ⁰⁰

Biuletyn Lekarski „Lekarza Dentysty” – suplement Komisji Stomatologicznej Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie
ul. Krupnicza 11a, 31-123 Kraków; tel. 012 619 17 72; fax: 012 619 17 55; e-mail: biul@interia.pl

Redaguje kolegium w składzie: redaktor naczelny – Robert Stępień; sekretarz redakcji – Stefan Ciepły;
członkowie: Grzegorz Herbut, Tomasz Kaczmarzyk, Dariusz Kościelniak, Andrzej Mazaraki, Katarzyna Siembab,
Antoni Stopa, Krzysztof Zgłobicki (grafika)

Przygotowanie do druku: opti & Wydawnictwo Dęby Rogalińskie; tel. 602 229 655; e-mail: zk@deby.com.pl