



lek. Tomasz Koziol
- Prezes ORL
w Tarnowie

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Kiedy piszę te słowa, polska drużyna narodowa odpadła z turnieju Euro 2020 po meczu ze Szwecją. Ogromne nadzieje i wróżenie zwycięstwa z fusów, kalkulowanie scenariuszy wyjścia z grupy – wszystko przegrało z prostym faktem, że przeciwnik był leszy, a nasi piłkarze po prostu nie dali sobie rady.

Nie zamierzam się rozpisywać o bolączkach kibica, ale takie nastroje – niepoprawny i niepoparty faktami optymizm i żal z kolejnej straconej nadziei – nie są wyłączną domeną sportu. Przez pewien czas proces szczepień przeciwko COVID-19 szedł w naszym kraju bardzo sprawnie. Szybko obejmował kolejne grupy wiekowe i wydawało się, że nawet przy pojawiających się niekiedy niedoborach preparatu Polakom uda się osiągnąć odpowiedni poziom zbiorowej odporności. Realia okazały się jednak mniej korzystne – ogromne rzesze rodaków wcale nie zamierzają przyjmować szczepionki. Czemu jest tak źle, skoro miało być tak pięknie? Odpowiedzią mogą być śmiało wypowiedzi niektórych polityków i celebrytów, którzy chętnie wyrażają swoje niepoparte żadnymi badaniami, nieodpowiedzialne i szkodliwe opinie na temat pandemii koronawirusa. Czy w związku z tym powinniśmy się spodziewać kolejnej fali pandemii, kolejnego zamknięcia w domach, lawinowego wzrostu ciężkich przypadków w szpitalu? A może wciąż jesteśmy w stanie coś zdziałać, ograniczyć ryzyko? Zachęcam Państwa do poddawania się szczepieniom – dla dobra nas wszystkich.

Kolejnym przykładem propagandy rychłego zwycięstwa bez żadnych atutów może być program Polski Ład. Część poświęcona ochronie zdrowia na pierwszy rzut oka wygląda fenomenalnie – zwiększając nakłady na ochronę zdrowia sprawimy, że cały system stanie się rentowny, szpitale będą dobrze wyposażone i sprawnie zarządzane, a każdy Polak dostanie praktycznie nieograniczony dostęp do wszystkich potrzebnych badań... Obietnice kolejnej rewolucji wielu starszym lekarzom jeżą włosy na głowie. Ile takich rewolucyjnych zmian przeżyliśmy do tej pory? Zamiast obiecywać unowocześnianie systemu i cudowną poprawę sytuacji, warto byłoby się skupić na problemach, które faktycznie dotyczą pracowników ochrony zdrowia – ale to najwidoczniej nie pozwala kupić wystarczająco wielu głosów, a przecież to sondaże, a nie rzeczywista zmiana, są ważniejsze w polskim Sejmie. W końcu trzeba szczerze odpowiedzieć na pytanie: „Kto za to zapłaci?”. Być może już za kilka lat świeżo odmalowanymi szpitalnymi korytarzami będą przechadzać się jedynie menadżerowie zatrudnieni na kierowniczych stanowiskach – bo lekarzy i pielęgniarek zwyczajnie zabraknie.

Ale, jak powtarzają komentatorzy sportowi, dopóki piłka jest w grze, wciąż można coś ugrać. Podobnie jak w przypadku wszystkich sportów zespołowych, najważniejsza jest zgrana drużyna. Dlatego tak bardzo wiele zależy od solidarności pracowników ochrony zdrowia w walce o lepsze warunki pracy, które będą miały faktycznie przełożenie na poprawę sytuacji.

lek. Tomasz Koziol

Szpalka Prezesa	3
Z prac ORL w Tarnowie	4
Pododdział noworodkowy w Bochni	5
Finał projektu badań prenatalnych	5
Nowi specjaliści	5
Dzieci też chorują	6
<u>Kącik prawny</u>	
Tajemnica lekarska w postępowaniu karnym	8
NIK o ratownictwie medycznym	9
Pielęgniarskie statystyki	11
Odnaczenia dla pielęgniarek	12
Komisja Sportu zaprasza do aktywnego wypoczynku	13
Oddziały dziecięce po remoncie	14
Sprzęt z darów i dofinansowania	15
Nowatorski zabieg w Brzesku	15
Jubileusz poradni	15
<u>Kącik naukowy</u>	
Diagnostowanie i właściwa terapia COVID-19	16
<u>Moje podróże</u>	
Namiastka Ilanos	19

BIULETYN

Okręgowej Izby Lekarskiej
w Tarnowie
33-100 Tarnów, ul. Mościckiego 16,
tel.: 14-688-88-30, 14-688-88-31
e-mail: tarnow@hipokrates.org
www.oil-tarnow.pl
BIP: www.oil.un.pl/bip

Nr konta:

SANTANDER BANK POLSKA S.A
74 1910 1048 2640 0010 1213 0001
Nakład: 1500 egz.



lek. Krzysztof Kasperczyk
- Sekretarz ORL
w Tarnobrzegu

W okresie od kwietnia do czerwca br odbyły się trzy posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej i jedno posiedzenie Prezydium ORL. Na wszystkich dokonywano wpisu do rejestru Izby Lekarskiej w Tarnobrzegu nowych członków, w tym w trybie „szybkiej ścieżki” jednego lekarza z Ukrainy bez procedury nostryfikacji kwalifikacji zawodowych. Rejestrowano też liczne

nowe praktyki lekarskie, głównie prowadzone w zakładach leczniczych. Dokonano potwierdzenia spełnienia warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego przez firmę MedicaRescue. Lekarze kończący działalność swoich praktyk zawodowych również zgłaszają ten fakt do Izby Lekarskiej i jest to rejestrowane w postaci uchwały. Jedno z zebrań Rady w kwietniu

miało charakter zdalny i dotyczyło przyjęcia uchwał niezbędnych do prowadzenia wyborów delegatów do Izby na nową kadencję – określono liczbę delegatów z poszczególnych okręgów. Na posiedzeniu czerwcowym przyznano dwie zapomogi lekarzom emerytom, którzy ze względu na pogorszenie stanu zdrowia znaleźli się w trudnej sytuacji materialnej.

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Działając w imieniu Okręgowej Komisji Wyborczej OIL w Tarnobrzegu, mając na uwadze niezwykle trudną sytuację pandemii, w jakiej przyszło nam się mierzyć z wymogami formalnymi stawianymi przez przepisy prawa dotyczące kadencyjności Okręgowych Izb Lekarskich i konieczności przeprowadzenia wyborów samorządów lekarskich, pragnę złożyć serdeczne podziękowania wszystkim, którzy zaangażowali się w ich przygotowanie oraz wzięli udział w dotychczas przeprowadzonym głosowaniu w rejonach wyborczych. Pomimo utrudnień związanych z obostrzeniami wybrano 64 delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy IX Kadencji w latach 2022 – 2026, którzy

jako Państwa przedstawiciele dokonają wyboru Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, członków organów izby i członków Okręgowej Komisji Wyborczej podczas okręgowego zjazdu lekarzy.

Jako dobrodziejstwo należy przestrzegać głosowanie korespondencyjne. Dzięki tej instytucji udało się w sposób sprawny i „bezkontaktowy” przeprowadzić głosowanie w rejonach wyborczych, co było dla tut. Komisji niezmiernie ważne ze względu na restrykcje i obostrzenia spowodowane koronawirusem COVID-19. Komisja Wyborcza ma świadomość dodatkowego dla Państwa trudu związanego

z koniecznością nadania przesyłki wyborczej pocztą lub osobistego dostarczenia i tym bardziej pragnie podziękować wszystkim Koleżankom i Kolegom za aktywne uczestniczenie w przeprowadzonych wyborach, zarówno poprzez zrealizowanie uprawnień wynikających z czynnego prawa wyborczego, a więc oddania głosu na wybranego kandydata oraz poprzez skorzystanie z biernego prawa wyborczego, a więc kandydowania na określone funkcje w samorządzie zawodowym.

Roman Korczak
Przewodniczący
Okręgowej Komisji Wyborczej

Pododdział noworodkowy w Bochni

W Dniu Dziecka – 1 czerwca br. – w Szpitalu Powiatowym w Bochni odbyło się oficjalne otwarcie Pododdziału Intensywnego Nadzoru Noworodka. Oddziałowi nadano imię Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. W uroczystości uczestniczył m.in. Jerzy Owsiak, który przekazał szpitalowi nowoczesny hybrydowy inkubator, ufundowany przez WOŚP.

Tak naprawdę Pododdział Intensywnego Nadzoru Noworodka działa w Bochni od początku 2021 roku, jednak ze względu na pandemię wstrzymywano się dotychczas z oficjalną uroczystością. Jak podkreślił Jarosław Kycia, dyrektor szpitala w Bochni, bocheńska „porodówka” jest popularna wśród pacjentek i wysoko oceniana. Otrzymała najlepszą ocenę w Małopolsce i szóste miejsce w ogólnopolskim rankingu.

Powstały na początku roku służą do objęcia szczególną opieką m.in.

wcześniaków i noworodków z takimi komplikacjami, jak zaburzenia oddechowate, wady serca czy wady i infekcje wrodzone. W Bochni jest prowadzona wstępna diagnostyka tego typu zespołów zaburzeń. W ciągu pięciu miesięcy funkcjonowania w pododdziale pomoc uzyskało ponad 90 dzieci z ponad sześciuset, które urodziły się w tym roku w bocheńskim szpitalu.

Inkubator przekazany przez WOŚP to bardzo istotny element wyposażenia pododdziału. Zaan-

gazowanie okazały też jednak firmy z terenu powiatu bocheńskiego, które na potrzeby pododdziału przekazały m.in. lodówkę, meble, prześcieradła niemowlęce, podgrzewacze do butelek, wentylatory, kosmetyki i środki czystości oraz wiele innych akcesoriów. Z własnych funduszy bocheński szpital zakupił gazometr.

Nowi specjaliści

Grono lekarzy Szpitala Powiatowego w Brzesku powiększyło się o kilku specjalistów. Lekarze rezydenci, pracujący w brzeskim szpitalu, z sukcesem przystąpili do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Lekarka Paulina Baran ukończyła szkolenie, uzyskując tytuł lekarza specjalisty z zakresu geriatricy. Testową część egzaminu końcowego zdała z najlepszym wynikiem w Polsce!

Lekarz Paweł Put uzyskał tytuł lekarza specjalisty z zakresu chirurgii ogólnej, uzyskując w egzaminie testowym z siódmą lokatą w Polsce. Bardzo dobre wyniki uzyskał też lekarz rezydent Łukasz Kiebała, który zdobył tytuł lekarza specjalisty anesteziologii i intensywnej terapii.

Ponadto do kadry medycznej SPZOZ w Brzesku dołączyli lekarze, którzy odbywali szkolenia specjalizacyjne w innych jednostkach. Jest to dwoje anesteziologów - lekarz Dorota Kondziela i lekarz Wojciech Szpunar oraz lekarz Magdalena Stoksik, specjalista neonatolog.

Finał projektu badań prenatalnych

W Brzesku w maju zakończono ostatnią edycję projektu „Lepsze życie! Program badań prenatalnych oraz działań z zakresu wczesnej interwencji prowadzonych na terenie powiatu bocheńskiego i brzeskiego”.

Realizowany od 2018 roku przez Szpital Powiatowy w Brzesku projekt dedykowany był dzieciom urodzonym przedwcześnie, z obciążeniami okołoporodowymi m.in. zaburzeniami rozwoju ruchowego, funkcji poznawczych, wzroku, słuchu i mowy, zaburzeniem pobierania pokarmu itd. W sumie z progra-

mu skorzystało 95 dzieci, z którymi pracowali lekarze, fizjoterapeuci, oligofrenopedagodzy, logopedzi i psychologowie. Każdy z podopiecznych miał ustalony indywidualny program terapii. Zajęcia odbywały się zarówno w Ośrodku Rehabilitacji Diennej dla Dzieci w brzeskim szpitalu, jak i w domach małych podopiecznych.

Projekt został sfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Dzieci też chorują

– rozmowa z dr Lucyną Dziadoń ze Szpitala im. E. Szczeklika w Tarnowie, specjalistką pediatrii i chorób zakaźnych.

– Przyjmuje się potocznie, że dzieci przechodzą COVID-19 bezobjawowo. Jak wiele dzieci z tą chorobą trafia na oddział zakaźny, z jakich powodów? Czy zdarzali się mali pacjenci z chorobami współistniejącymi? Jakimi?

– Pandemia COVID-19 zaczęła się ponad rok temu. Od samego początku nasz oddział został wytypowany do przyjmowania dzieci z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2. Początkowo, zgodnie z wytycznymi wojewody małopolskiego, przyjmowaliśmy dzieci tylko do momentu uzyskania wyniku testu PCR. Dzieci z dodatnim wynikiem, wymagające hospitalizacji, były przekazywane do Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego w Szpitalu im. Stefana Żeromskiego w Krakowie.

Potem zalecenia się zmieniły i mogliśmy hospitalizować dzieci również z potwierdzonym rozpoznaniem COVID-19. Obecnie mamy możliwość leczenia dzieci zarówno zakażonych SARS-CoV-2, jak i dzieci z innymi schorzeniami pediatrycznymi. Dla pacjentów z SARS-CoV-2 mamy izolatki w wydzielonej części oddziału. Staramy się zapewnić naszym małym pacjentom właściwą opiekę i odpowiednią izolację.

Dziecko w każdym wieku może zachorować na COVID-19. Badania wskazują, że dzieci prawdopodobnie nie są bardziej odporne na

infekcję SARS-CoV-2 niż dorośli i zapadają na nią równie często. Różni się jednak jej przebieg. Zazwyczaj zakażenie COVID-19 u dzieci przebiega dużo łagodniej i ustępuje szybciej. Dzieci częściej są też bezobjawowymi nosicielami – tzn. przechodzą infekcję bez żadnych objawów, ale nadal mogą przenosić ją na inne osoby. Stąd tak ważne jest wczesne wykrywanie i zapobieganie szerzeniu się zakażenia w tej grupie wiekowej.

Na początku pandemii możliwość pobrania wymazu w kierunku zakażenia istniała tylko w szpitalu, a sam test był wykonywany w odległych miejscach, okresowo nawet poza naszym województwem - więc czas oczekiwania na wynik wynosił nawet kilka dni. Obecnie mamy możliwość wykonania tych badań na miejscu, w naszym szpitalu co znacznie przyspiesza diagnostykę i decyzję o dalszym postępowaniu.

W roku 2020 hospitalizowaliśmy łącznie blisko tysiąc dzieci. Tych z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia SARS-CoV-2 było około 20 procent. Początkowo w zasadzie każde dziecko z podejrzeniem zakażenia koronawirusem było kierowane do szpitala. Dzieci w dobrym stanie ogólnym, nie wymagające hospitalizacji, były testowane w ramach naszej Izby Przyjęć. Dzieci z niepokojącymi objawami były hospitalizowane. Powodem najczęściej był stan odwodnienia,

niechęć do jedzenia i picia, nasilający się kaszel, gorączka lub po prostu wiek dziecka - częściej do szpitala trafiały niemowlęta niż starsze dzieci. Wskazaniem do hospitalizacji były także choroby współistniejące, np. był u nas chłopiec z zespołem Cockayne'a, było dziecko z otyłością, a także skrajny wcześniak, czy noworodek matki z COVID-19.

Do grupy narażonych na cięższe zachorowanie zalicza się dzieci w wieku poniżej pierwszego roku życia oraz dzieci z chorobami towarzyszącymi, takimi jak: astma, choroby płuc, niewyrównana cukrzyca, wrodzone wady serca, genetyczne schorzenia neurologiczne lub metaboliczne, choroby nowotworowe, choroby nerek, niedobory odporności, otyłość czy choroby wymagające leczenia immunosupresyjnego. Niechęć do jedzenia - spowodowana np. brakiem węchu i smaku - może być szczególnie niebezpieczna dla niemowląt.

– Właśnie... Na ile wirus jest niebezpieczny dla organizmu dziecka? Jakie skutki i ewentualne powikłania może powodować?

– Zasadniczo dzieci chorują krócej i z mniejszym nasileniem dolegliwości. Objawy pokrywają się z tymi obserwowanymi u dorosłych, jednak różne symptomy

występują z inną częstotliwością – np. u dzieci rzadziej występuje gorączka, jest zazwyczaj niższa i szybciej ustępuje. Rzadziej obserwuje się też u nich kaszel, częściej natomiast występują u dzieci takie objawy, jak biegunka i wymioty czy wysypka. Ostatnio stosunkowo częstym objawem zakażenia SARS-CoV-2 u dzieci są zapalenia krtań. Według danych ogólnych, nawet 80 procent pacjentów, trafiających na oddziały pediatryczne z zapaleniem krtań, ma następnie potwierdzone testem zakażenie koronawirusem.

Biorąc pod uwagę doniesienia ze świata tylko około 5 procent dzieci z Covid-19 wymagało hospitalizacji, z czego mniej niż 18 procent wymagało intensywnej terapii, a nieco ponad 4 procent – wentylacji mechanicznej.

Do poważnych komplikacji powiązanych z COVID-19 należy zespół PIMS czy też MIS-C - wieloukładowy zespół zapalny u dzieci. To nowa, poważna jednostka chorobowa, która może pojawić się od dwóch do sześciu tygodni po przebyciu zakażenia. Może wystąpić także u dzieci, które przeszły COVID-19 bezobjawowo, i doprowadzić nawet do poważnego stanu. Niepokojące objawy mogą sugerować rozwój MIS-C to m.in. gorączka trwająca 24 godziny lub dłużej, wymioty, biegunka, silne bóle brzucha, wysypka na skórze, zaczerwienienie

Do poważnych komplikacji powiązanych z COVID-19 należy zespół PIMS czy też MIS-C - wieloukładowy zespół zapalny u dzieci.

lub obrzęk warg, języka, dłoni lub stóp, przekrwienie spojówek, trudności w oddychaniu, ból w klatce piersiowej i znaczne osłabienie. MIS-C ma cechy wspólne z innym znanym schorzeniem występującym u dzieci – chorobą Kawasaki, która powoduje m.in. zapalenie naczyń krwionośnych.

Dzieci z podejrzeniem PIMS zaczęły do nas trafiać w drugim półroczu ub. roku. W 2020 było takich dzieci kilkoro, w 2021 już kilkanaście. Niestety, ponieważ większość z nich wymagała pilnej konsultacji kardiologicznej, z koniecznością oceny naczyń wieńcowych w echokardiografii, musieliśmy je przekazać do dalszego leczenia w USD w Krakowie.

– Jak postępować z dzieckiem chorym lub podejrzanym o zakażenie COVID-19?

– Zależy to od stanu ogólnego dziecka i symptomów choroby. Łagodne objawy lub bezobjawowy przebieg zakażenia u dzieci nie wymagają szczególnej terapii. Warto pamiętać o prawidłowym nawodnieniu dziecka oraz regularnych pomiarach temperatury. Przydać się mogą leki przeciwgorączkowe i przeciwbólowe, preparaty łagodzące ból gardła czy krople do nosa. W razie niepokojów czy pogorszenia stanu – oczywiście niezwłoczny kontakt z lekarzem.

Należy zadbać także o izolację chorego dziecka, by zapobiec transmisji wirusa na inne osoby, co w szczególności dotyczy seniorów i osób z grup ryzyka ciężkiego przebiegu zakażenia.

Poważniejsze objawy u dziecka, przedłużająca się choroba czy obecność chorób towarzyszących mogą wymagać skierowania do szpitala. Podejrzenie PIMS - wieloukładowego zespołu zapalnego u dzieci powiązanego z COVID-19 zawsze wymaga hospitalizacji.

– Czy zachorowalność dzieci przebiega falowo, jak u osób dorosłych? Czy zdarzyły się jakieś szczyty zachorowań, związane np. z porą roku lub okresami powrotów dzieci do szkół/przedszkoli?

– Owszem obserwowaliśmy okresowy wzrost zachorowalności wśród dzieci, ale w zasadzie pokrywał się on z kolejnymi falami epidemii w naszym kraju. Najwięcej dzieci trafiło do szpitala w czasie drugiej i trzeciej fali.

– Jak radzą sobie mali pacjenci w czasie choroby? Czy rodzice mogą przebywać z dziećmi podczas ich pobytu w szpitalu?

– Na szczęście dzieci dość dobrze znoszą chorobę. Oczywiście podczas pobytu w szpitalu z dzieckiem może przebywać jeden rodzic lub inny wyznaczony opiekun. Jedynym utrudnieniem jest ograniczona możliwość wymiany tych opiekunów - od początku do końca hospitalizacji z dzieckiem powinna przebywać ta sama osoba.



adv. Marcin Korczak

Tajemnica lekarska w postępowaniu karnym

Niejednokrotnie w trakcie udzielania porad lekarzom w ramach dyżurów prawniczych spotykamy się z pytaniami dotyczącymi zwolnienia lekarza z tajemnicy zawodowej w postępowaniu przygotowawczym jak i sądowym. Dotyczy to zarówno spraw karnych, jak i cywilnych. Lekarze dopytują czy mogą zeznawać bez zwolnienia z tajemnicy lekarskiej, czy powinni wnosić o zwolnienie z rzeczonej tajemnicy i co im grozi za odmowę złożenia zeznań w sprawie.

Jeżeli chodzi o sprawy karne to kwestie związane z tajemnicą lekarską zostały uregulowane wprost w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 roku kodeks postępowania karnego. Z kolei w postępowaniu cywilnym ustawodawca nie poświęcił zawodom lekarza i lekarza dentystry odrębnych zapisów. Stąd też posiłkować się należy ustawą z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz ustawą z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Przepisy przywołanych ostatnio aktów prawnych nakazują lekarzom zachowanie w tajemnicy informacji dotyczących pacjenta, o których dowiedział się w związku z wykonywaniem zawodu. Co ważne tajemnica nie wygasa z chwilą śmierci pacjenta.

Tajemnica lekarska dotyczy tego czego lekarz dowiedział się udzielając świadczeń zdrowotnych jak również obejmuje dokumenty dotyczące pacjenta – w tym wyniki badań, historię choroby pacjenta.

Co do zasady dysponentem tajemnicy lekarskiej jest pacjent i to on decyduje kiedy dochodzi do jej przełamania. Jeżeli bowiem pacjent wyrazi zgodę na udostępnienie informacji o jego stanie zdrowia, lekarz jest zwolniony z tajemnicy i nie może się nią też zaślaniać.

Problem pojawia się w przypadku wezwania lekarza jako świadka w postępowaniu sądowym. W przypadku postępowania karnego ustawodawca przewidział instytucję zwolnienia lekarza będącego świadkiem od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. Zgodnie z art. 180 k.p.k. osoby obowiązane do zachowania tajemnicy notarialnej, adwokackiej, radcy prawnego, doradcy podatkowego, lekarskiej, dziennikarskiej lub statystycznej oraz tajemnicy Prokuraturii Generalnej, mogą być przesłuchiwane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu. W postępowaniu przygotowawczym w przedmiocie przesłuchania lub zezwolenia na przesłuchanie decyduje sąd, na posiedzeniu bez udziału stron, w termi-

nie nie dłuższym niż 7 dni od daty doręczenia wniosku prokuratora. Na postanowienie sądu przysługuje zażalenie.

Lekarz może złożyć zatem depozycje w sprawie, jednakże wyłącznie po zwolnieniu go od obowiązku zachowania tajemnicy przez sąd. Zwolnienie może nastąpić także przez pacjenta, bądź uprawnioną osobę, np. przedstawiciela ustawowego osoby małoletniej.

Lekarz słuchany w charakterze świadka winien zawsze powołać się na tajemnicę zawodową i złożyć zeznania dopiero po uzyskaniu stosownego zwolnienia. Jeżeli bowiem sam zainteresowany nie złoży stosownego wniosku, to sąd może odebrać jego zeznania bez zastosowania instytucji z art. 180 k.p.k..

Każdorazowo, w przypadku powołania się przez lekarza na tajemnicę zawodową, decyzję o zwolnieniu podejmuje sąd – jest on wyłącznie władny w tym zakresie, tak na etapie postępowania przygotowawczego jak i sądowego. Po zwolnieniu lekarza z tajemnicy, jako świadek jest on zobligowany do złożenia zeznań, które są wówczas składane z wyłączeniem jawności. W przypadku zwolnienia z tajemnicy zawodowej i jednoczesnej odmowy złożenia zeznań przez lekarza powołującego się wciąż na tajemnicę zawodową, odmowa złożenia zeznań może skutkować karą porządkową.

NIK o ratownictwie medycznym

Według tegorocznego raportu Najwyższej Izby Kontroli, w Polsce nie ma warunków do sprawnego funkcjonowania Państwowego Ratownictwa Medycznego. Pomimo reorganizacji systemu i nakładów na jego działanie, nie wyeliminowano istniejących od lat problemów – jak brak lekarzy medycyny ratunkowej, długi czas oczekiwania na karetkę czy trafiający na SOR pacjenci, których życie i zdrowie nie wymaga interwencji z zakresu medycyny ratunkowej.



Przepisy regulujące organizację Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) oraz zasady funkcjonowania i finansowania tego systemu zmieniały się wielokrotnie. Ostatnie zmiany, które miały usprawnić funkcjonowanie całego systemu, wprowadzono ustawą w maju 2018 roku. Dotyczyły one głównie przeniesienia zarządzania Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego z resortu spraw wewnętrznych do resortu zdrowia i utworzenia Krajowego Centrum Monitoringu Ratownictwa Medycznego. Zmiany zakładały ponadto wyeliminowanie z PRM prywatnych

podmiotów leczniczych, dysponujących karetkami ratowniczymi, oraz wprowadzenie segregacji medycznej pacjentów SOR-ów w celu ustalenia kolejności udzielania pomocy.

Minister Zdrowia z opóźnieniem wydał akty wykonawcze do znowelizowanej ustawy o PRM. Rozporządzenie w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) opublikowano pół roku po terminie wejścia w życie przepisów zobowiązujących do ich wydania. Rozporządzenie w sprawie procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez

dyspozytora medycznego miało jeszcze większy proceduralny „poślizg” – akty wykonawcze wyszły 8 miesięcy po terminie. A regulacje te określały jednolity sposób postępowania osób przyjmujących zgłoszenia alarmowe oraz zakres odpowiedzialności na poszczególnych szczeblach administrowania systemem. Do czasu wejścia w życie tych uregulowań istniało ryzyko nieprawidłowej obsługi zgłoszeń alarmowych, co zagrażało zdrowiu i życiu osób wymagających pilnej interwencji medycznej.

W 2019 roku w ramach systemu PRM funkcjonowało 1577 zespołów ratownictwa medycznego (w tym 369 specjalistycznych). Doraźnej pomocy udzielało też dysponujące 21 bazami Lotnicze Pogotowie Ratunkowe oraz 337 szpitalne oddziały ratunkowe. Z PRM współpracowało 155 izb przyjęć, 17 centrów urazowych dla pacjentów z mnogimi wielonarządowymi obrażeniami ciała oraz 8 centrów urazowych dla dzieci.

W tym systemie działać miał SWD PRM - jednolite w skali kraju narzędzie teleinformatyczne, z którego korzystają dyspozytorzy, członkowie zespołów i koordynatorzy ratownictwa medycznego. Umożliwiać miał m.in. przyjmowanie zgłoszeń alarmowych, dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego, rejestrowanie oraz prezentację położenia geograficznego zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa. Miało to także być narzędzie do monitorowania jakości funkcjonowania systemu.

Minister Zdrowia powierzył zadania związane z administrowaniem i rozbudową SWD PRM Lotniczemu Pogotowiu Ratownicemu, które okazało się nie mieć nie doświadczenia w realizacji tak skomplikowanych projektów informatycznych i nie było w stanie wdrożyć rozbudowanego SWD PRM w wyznaczonym przez ministra terminie, tj. do końca roku 2020. Termin przedłużono o dwa lata.

Użytkownicy SWD PRM (urzędy wojewódzkie i podmioty lecznicze dysponujące zespołami ratowniczymi) wielokrotnie zgłaszały krytyczne uwagi. Wskazywano na brak funkcjonalności umożliwiającej bieżące aktualizowanie trasy przebiegu karetki; nieprawidłową synchronizację czasu na komputerach stacjonarnych i terminalach mobilnych, brak ciągłości działania systemu w przypadku łączenia z terminalem mobilnym. Także w trakcie rozbudowy systemu SWD PRM o nowe funkcjonalności wystąpiły błędy np. brak możliwości zalogowania się do systemu, niewykorzystywanie dostępnych zespołów ratownictwa medycznego, brak możliwości wprowadzenia do

systemu prawidłowej oceny poziomu przytomności pacjenta. Rozbudowa systemu Wspomagania Dowodzenia jest więc opóźniona o kilka lat.

Równie kulawo szło opracowanie systemu TOP SOR, określającego tryb obsługi pacjenta w oddziale ratunkowym w zakresie rejestracji i segregacji chorych, by skrócić kolejki na SOR-ach. I to minister powierzył Pogotowiu Lotniczemu Ratunkowemu, które popełniło podobno błędy już na etapie przygotowania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na realizację tego projektu, wskutek czego pierwszy przetarg unieważniono. Wdrożenie projektu przesunięto na 2021 r.

Wszystko to, zdaniem NIK, świadczy o niewystarczającym nadzorze Ministra Zdrowia nad wprowadzaniem systemu. Potrzeba uruchomienia TOP SOR jest pilna - pacjenci Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, którzy nie wymagali pilnych zabiegów medycyny ratunkowej, stanowili w 2019 roku od 29 procent (dane SOR) do 69 procent (dane NFZ!). Obciążenie nimi oddziałów ratunkowych wydłużało czas

oczekiwania na pomoc medyczną pacjentów pilnych.

NIK zwraca także uwagę, że generalnie sprawozdawczość w ratownictwie medycznym, to... chaos. Minister Zdrowia nie dysponował (podobno) rzetelnymi danymi dotyczącymi jakości udzielanych świadczeń oraz liczby pacjentów ich potrzebujących. Dane uzyskiwane z SWD PRM, z wojewódzkich planów działania systemu PRM oraz Narodowego Funduszu Zdrowia były niespójne i niewiarygodne. A kontrole zlecane przez ministerstwo były prowadzone przewlekłe i „nie służyły poprawie jakości świadczonych usług”.

Miernikami funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego są m.in. mediana czasu dojazdu karetki oraz maksymalny czas dotarcia ratowników na miejsce zdarzenia od przyjęcia zgłoszenia. Za zapewnienia określonych w ustawie parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia odpowiedzialni są wojewodowie. W żadnym z kontrolowanych województw nie stworzono podobno warunków organizacyjnych pozwalających na uzyskanie przez zespoły ratownictwa medycznego wymaganych wskaźników.

Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia wg ustawy o PRM to mniej niż osiem minut w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców i do 15 minut poza tymi miastami. A maksymalny czas dotarcia od przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora powinien wynosić 15 minut w miastach i 20 poza miastami. Wyjazdów zespołów ratownictwa, niespełniających tego parametru, było w 2018 roku ponad 28 procent. Ostatnie lata w warunkach pandemii na pewno nie poprawiły sytuacji.



Stałym od lat problemem Państwowego Ratownictwa Medycznego są niedobory kadrowe. W roku 2018 zatrudnionych było ponad tysiąc lekarzy ze specjalizacją medycyny ratunkowej, co według konsultanta krajowego w tej dziedzinie, stanowiło zaledwie 39 proc. zapotrzebowania na tę grupę specjalistów.

Deficyt lekarzy powoduje niepełną obsadę szpitalnych oddziałów ratunkowych i zespołów ratownictwa medycznego. Zatrudnieni w SOR lekarze pełnili kilkudziesięciogodzinne (nawet 80-godzinne) dyżury. Zdarzały się przypadki, że na oddziałach ratunkowych dyżurował tylko jeden lekarz, i to nie zawsze specjalista medycyny ratunkowej. Co więcej, lekarze w zespołach ratownictwa medycznego pracowali nawet 144 godziny.

Częste przypadki, gdy do zdarzeń wysyłano specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego bez lekarza, to naruszenie warunków umów zawartych z NFZ. Powodowało

nakładanie na podmioty lecznicze kar umownych – które, z uwagi na deficyt lekarzy w systemie, nie spełniały funkcji prewencyjnej czy dyscyplinującej.

NIK ocenia, że problemy kadrowe będą prawdopodobnie się nasilały. W okresie objętym kontrolą liczba lekarzy chętnych do kształcenia się w specjalizacji z medycyny ratunkowej zmalała. W 2018 r. miejsca szkoleniowe w tej specjalizacji zostały wykorzystane na ok. 14 procent., w 2019 - na 10 procent. Działania naprawcze w postaci umożliwienia lekarzom ze specjalizacją z medycyny ratunkowej na uzyskanie – w trybie tzw. krótkiej ścieżki – innych specjalizacji medycznych, nie przyniosły efektu. Podobnie mało skuteczną okazała się aktualizacja programów szkoleń specjalizacyjnych, by lekarze szkolący się w dziedzinie pediatrii, chorób wewnętrznych czy chirurgii mogli pełnić dyżury w SOR lub Izbie Przyjęć.

Pomimo wzrostu (o 5-10 proc.) nakładów na szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego, jednostki te nadal borykają się z problemami finansowymi. We wszystkich skontrolowanych przez NIK szpitalach występowały problemy z pokryciem z otrzymanych z NFZ środków kosztów działalności szpitalnych oddziałów ratunkowych. Działalność SOR-ów generowała dla szpitali nawet kilkumilionowe straty.

NIK skierowała pokontrolne wnioski do Ministra Zdrowia – m.in. o „podjęcie stosownych działań w celu zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy” oraz o „uporządkowanie procesów tworzenia i wymiany danych w systemie PRM”, a także do Prezesa Rady Ministrów – o dokonanie przez Pełnomocnika Rządu do spraw ratownictwa medycznego kompleksowej analizy przyczyn problemów systemu PRM i przygotowanie całościowej koncepcji jego rozwoju.

Pielęgniarskie statystyki

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych opublikowała raport o aktualnej sytuacji kadrowej w zawodach pielęgniarki i położnej w Polsce. Dane wskazują, że za kilkanaście lat w wielu regionach Polski, jeśli nie w całym kraju, może zabraknąć przedstawicielek zawodów pielęgniarskich.

Jak wynika z raportu, w liczbie obecnie pracujących pielęgniarek prawie 36 procent to osoby w wieku 51-60 lat - czyli w zasadzie jest grupa, która powinna w najbliższych latach przejść na emeryturę. A liczba pracujących wciąż pielęgniarek, które już

osiągnęły wiek emerytalny, to więcej niż 27 procent – ponad 63 tys. osób. Jak z tego wynika, ponad 60 procent kadry pielęgniarskiej (!) w najbliższych latach może odejść z zawodu. Liczba pielęgniarek młodych (21-30 lat) w grupie pracujących stanowi

w porównaniu z tym niewielki procent – 5,2, czyli nieco ponad 12 tys. w liczbie ogólnej przekraczającej ćwierć miliona.

Według zawartych w raporcie prognoz, do roku 2025 liczba pracujących pielęgniarek i położnych będzie o ponad 16 tys. mniejsza, a do roku 2030 - o ponad 36 tys. mniejsza. Co do 2025 roku przełoży się na brak możliwości funkcjonowania 272 szpitali, a do roku 2030 – już prawie pięciuset.

W związku z tymi prognozami Naczelna Izba Pielęgniarek i Położ-

nych rekomenduje podjęcie pilnych działań. Po pierwsze, chodzi o zwiększenie liczby osób uzyskujących prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej. Aby utrzymać obecny wskaźnik 5,2 na tysiąc mieszkańców, konieczne jest zwiększenie liczby uzyskujących uprawnienia pielęgniarek o prawie drugie tyle - z 5,6 tys. do 10 tys. rocznie. Wymaga to m.in. istotnych zmian w systemie kształcenia.

Aby zrealizować założenia Polityki Wieloletniej Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa – dokumentu przyjętego przyjętej przez Rząd RP - na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo trzeba by kształcić 20 tysięcy osób rocznie. Warto dodać, że rządowy dokument wskazuje jako cel osiągnięcie wskaźnika liczby pielęgniarek w Polsce na poziomie średniego wskaźnika OECD (9,4 na tysiąc mieszkańców wg danych

sprzed kilku lat). Ma to nastąpić w okresie 15 lat.

Z czego wynika m.in. konieczność zwiększenia liczby miejsc i wydziałów na kierunku pielęgniarstwa oraz położnictwa w każdym województwie, wprowadzenie stypendiów, zagwarantowanie zatrudnienia po studiach oraz działania promocyjne. A w celu zachęcenia pielęgniarek posiadających uprawnienia emerytalne do dalszego wykonywania zawodu potrzebne są takie działania, jak wydłużenie urlopów wypoczynkowych, wprowadzenie dodatków motywacyjnych, urlopów dla poratowania zdrowia, a także np. refundacja świadczeń rehabilitacyjnych.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych postuluje także wprowadzenie w zawodach pielęgniarskich dodatków za pracę w warunkach szczególnych oraz zapewnienie stabilnego wynagrodzenia, uwzględ-

nającego kwalifikacje i doświadczenie zawodowe. Wśród dodatków do wynagrodzenia wymieniane są te za długoletnią pracę, dopłata do wypoczynku oraz wprowadzenie świadczeń mieszkaniowych.

W czerwcu rozpoczęły się ogólnopolskie protesty pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w różnych regionach, przyjmujące różne formy - strajki ostrzegawcze w kilkudziesięciu szpitalach, a także akcje solidarnościowe i manifestacje uliczne w większych miastach Polski. Pielęgniarki chcą m.in. zrównania ich wynagrodzeń z płacami przedstawicieli zawodów niemedyceńskich, a także określonego unormowania stosunku pracy i płacy w ich zawodzie.

Rząd odpowiedział na to... na Facebooku i Twitterze. Na oficjalnych stronach Ministerstwa Zdrowia w tych portalach społecznościowych opublikowano informacje przekonujące, że pielęgniarek nie zabraknie, bo wg danych ministerstwa coraz więcej jest studentów pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Ministerstwo podało, że do 2015 roku wzrosła także liczba szkół pielęgniarskich I stopnia.

Według tych danych w 2014 roku było 74 szkół pielęgniarskich, a w 2020 - już 107. W roku akademickim 2015/2016 pielęgniarstwo I i II stopnia jako kierunek edukacji wybrało łącznie 9193 osób, a na przełomie lat 2020/2021 15 244 osoby. Także liczba przyszłych położnych wzrosła w tym okresie - wg rządowych danych - o ponad 800 osób.

Jeśli można sądzić po publikacjach na Twitterze i Facebooku, według ministerialnych danych... jest dobrze i ewentualnym brakiem pielęgniarek nie ma co się martwić.

Odznaczenia dla pielęgniarek

Wysokimi odznaczeniami wyróżniono w maju pielęgniarki pracujące w szpitalu w Dąbrowie Tarnowskiej. Odznakę „Za zasługi dla ochrony zdrowia”, przyznawaną przez Ministra Zdrowia, otrzymała Krystyna Cicha, pielęgniarka koordynująca Przychodni Specjalistycznych. Pani Krystyna Cicha pracuje w dąbrowskim szpitalu od ponad 40 lat - związana jest z placówką od 1985 roku.

Odznaka honorowa „Za zasługi dla ochrony zdrowia” stanowi najwyższe odznaczenie resortowe za wybitne osiągnięcia na rzecz syste-

mu opieki zdrowotnej oraz profesjonalne podejście do pracy.

Natomiast Dorota Gleń, pielęgniarka koordynująca Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii dąbrowskiej lecznicy, wyróżniona została Brązowym Odznaczeniem „Za zasługi dla samorządu pielęgniarskiego”. Pani Dorota pracuje w dąbrowskim szpitalu od 1982 roku, a od 20 lat działa w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych.

Odznakę przyznała przewodnicząca Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Zofia Małas.

Komisja Sportu zaprasza do aktywnego wypoczynku

Komisja Sportu przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Tarnowie organizuje dla chętnych lekarzy z naszej izby aktywne zajęcia sportowe w kilku dyscyplinach od kilku lat. Nasi lekarze chętnie grają w koszykówkę, siatkówkę i piłkę nożną. Spotkania sportowe pozwalają na aktywność fizyczną, ruch, przyjemność ze zwycięstw, integrację naszego środowiska sportowego, odpoczynek aktywny po pracy. Grono lekarzy, którzy uprawiają aktywnie sport poszerza się. Lekarzy, którzy chcieliby

spróbować swoich sił w takich dziedzinach jak koszykówka, siatkówka, piłka nożna zapraszamy do udziału w naszych zajęciach. Corocznie również organizowane są wyjazdy narciarskie dla lekarzy, jak również wyjazdy na wędrowniki górskie. Osoby zainteresowanych grą w koszykówkę zapraszamy w środę ok. godziny 19:30 do III LO w Tarnowie (kontakt z dr. Piotrem Domańskim tel. 698 576 463). Osoby chcące pograć w siatkówkę mogą przyjść we wtorki ok. godz. 20 (kontakt z dr. Krzysz-



tofem Skuzą) do Hali TOSIR na Krupnicza w Tarnów od września. Piłkarze mogą zagrać w piątek od godziny 20 w Wierzchosławicach na orliku znajdującym się obok Gminnego Centrum Kultury (kontakt z dr. T. Szatko tel.: 600 331 253).

lek. Albert Ziętek
Przewodniczący Komisji Sportu



Oddziały dziecięce po remoncie

Na początku br. w tarnowskim Szpitalu Św. Łukasza pod kilkumiesięcznym remoncie oddano do użytku oddziały Dziecięcy i Chirurgii Dziecięcej. Wcześniej oba oddziały funkcjonowały od trzydziestu lat bez remontów, toteż w ostatnich latach zdarzały się awarie i przerwy w pracy.

Podczas zakończonego w ub. roku remontu oddziały zyskały nowe podłogi i instalacje wodno-kanalizacyjne. Wymieniono też instalacje elektryczne i założono klimatyzację. Dla większego bezpieczeństwa za-

montowano monitoring pomieszczeń oraz nowoczesny system przeciwpożarowy. Wymieniono windę łączącą oba oddziały z Blokiem Operacyjnym i gabinetami diagnostyki, a w oddziałach wydzielono odcinki dla dzieci młodszych i starszych powyżej 3 roku życia. Pokoje zyskały łazienki, a każdy z oddziałów – kuchnię dla rodziców i opiekunów dzieci, ze wszystkimi urządzeniami jak lodówki, kuchenki, stoły, czajniki bezprzewodowe. Pomieszczenia przystosowane są dla osób niepełnosprawnych.

Każdy oddziałów ma też własny gabinet zabiegowy i pracownię USG, co pozwoli na wykonywania badań diagnostycznych na miejscu. Powstały także sale ze służą do izolacji kontaktowej, wyposażone w węzły sanitarne. Łącznie w obu oddziałach jest 42 łóżka dla małych pacjentów.

Koszt remontów i modernizacji wyniósł ponad 4,7 mln zł, w tym 3 mln zł dofinansowania z Województwa Małopolskiego i 1,3 mln zł z rządowego Funduszu Inwestycji Lokalnych. Ponad 500 tys. zł pochodziło ze środków własnych szpitala.

Championat SzachMedica

23-26.09.2021 r.

XIX Mistrzostwa Polski Lekarzy w szachach

Kompleks Turystyczno - Wypoczynkowy Kuźnica Spacerowa 1, 26-200 Sielcia Wielka

Wykaz imprez Championatu:

- Mistrzostwa Polski Lekarzy w szachach szybkich P'12+5"
- Mistrzostwa Polski Lekarzy w Blitzu P'4+3"
- Otwarte Mistrzostwa Polski w Rozwiązywaniu Zadań Szachowych
- Turniej Rodzin Lekarskich w P'12+5"
- Turniej Rodzin Lekarskich w P'4+3"
- Symultana Szachowa z zaproszonym gościem
- Konferencja naukowa „Medycyna, a szachy”

Organizator:

Naczelna Izba Lekarska w Warszawie
Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach
Śląska Izba Lekarska w Katowicach

Sprzęt z darów i dofinansowania

Do Szpitala Specjalistycznego im. E. Szczeklika w Tarnowie jeszcze w ub. roku trafiły trzy nowoczesne respiratory, zakupione dzięki wsparciu finansowemu z Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości.

Dwa respiratory stacjonarne i jeden transportowy zastąpiły wysłużone już urządzenia, użytkowane wcześniej na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii tarnowskiego Szpitala. Szpital otrzymał na zakup respiratorów 160 tys. zł, pozostałe 57 tys. zł dołożył ze środków własnych.

Z kolei pomoc ze strony Grupy Azoty szpital mógł wymienić urządzenie centralnej sterylizatorni. Decyzją Zarządu Grupy Azoty S.A oraz jej spółek (Jednostka Ratownictwa

Chemicznego, Automatyka Sp.z o.o., Polskie Konsorcjum Chemiczne, PROREM) tarnowskiemu szpitalowi przekazana została darowizna finansowa w wysokości 130 tys. zł. Środki te zostały przeznaczone na zakup sterylizatora niskotemperaturowego, co pozwoliło wymienić wyeksploatowany, ponad 15-letni sprzęt w sterylizatorni - jednym z najbardziej newralgicznych punktów szpitala, bo od skuteczności procesów sterylizacji zależy bezpieczeństwo zabiegów operacyjnych, personelu medycznego oraz pacjentów. W Szpitalu im. E. Szczeklika w ciągu roku wykonuje się ok. 240 tys. sterylizacji, którą objęte są narzędzia chirurgiczne, osprzęt anestezjologiczny, bielizna operacyjna oraz materiały opatrunkowe.

Nowatorski zabieg w Brzesku

W brzeskim szpitalu zaczęto wykonywać zabiegi endoskopowe z użyciem stentów. Pierwsze tego typu zabiegi przeprowadził w połowie stycznia br. zespół lekarzy i pielęgniarek Oddziału Urologii.

- To innowacyjna technologia dedykowana pacjentom cierpiącym na nawrotowe zwężenie moczowodów lub cewki moczowej - podkreśla doktor Norbert Kopeć, kierujący zespołem.

Pacjentami byli mężczyźni ze zwężeniem cewki moczowej, po wcześniejszym zabiegu onkologicznym, oraz kobieta po reimplantacji moczowodu. Operacje polegały na wprowadzeniu metodą endoskopową specjalnego stentu w miejsce

zwężenia dróg moczowych, po wcześniejszym poszerzeniu zwężenia.

Zwężenia moczowodów mogą być efektem urazów, przebytych operacji w obrębie jamy brzusznej i miednicy, a także wynikiem choroby nowotworowej i radioterapii. Dotychczas chorzy byli zdani na częste i regularne wymiany cewników moczowodowych typu JJ lub drenów nefrostomijnych, a w przypadku zwężeń cewki - rozcinania zwężeń, wymiany drenów cystostomijnych. Nowa metoda pozwala stanowi szansę na poprawę jakości życia pacjentów z przetrwałą nefrostomią lub cystostomią, bez dużych zabiegów operacyjnych w obrębie jamy brzusznej i miednicy.

Jubileusz poradni

W lutym br. upłynęło dziesięć lat od utworzenia Poradni Leczenia Uzależnień i Współuzależnienia oraz Oddziału Dziennego Terapii Uzależnień w SPZOZ Brzesko. Pierwszego pacjenta przyjęto tu 17 lutego 2011 r.

Początki nie były łatwe, jednak nieustanna praca zespołu, a także przystosowanie do potrzeb oddziału nowych, oddzielnych od reszty szpitala pomieszczeń, sprawiły, że ośrodek zyskał zaufanie pacjentów. W ciągu dziesięciu lat z terapii korzystało tu ponad 3600 osób (w poradni) oraz 800 osób w oddziale dziennym.

-*Te liczby, za którymi kryją się historie całych rodzin, uświadamiają nam jak ważną rolę nasza placówka pełni w regionie* - podkreśla kierujący placówką psychoterapeuta, Paweł Kamiński, kierownik oddziału.

Oferta poradni obejmuje nie tylko uzależnienia od alkoholu, ale też innych substancji psychoaktywnych, a także uzależnienia behawioralne (np. od komputera i Internetu, hazard, nałogowe zachowania seksualne). Obok terapii indywidualnej i grupowej dla uzależnionych, ośrodek świadczy też pomoc terapeutyczną dla członków rodzin. Wszystkie świadczenia, zarówno w poradni jak i w oddziale dziennym, udzielane są bezpłatnie w ramach umowy z NFZ. We współpracy z Gminą Brzesko prowadzony jest tu punkt konsultacyjny dla dzieci i młodzieży. Wspólną inicjatywą jest także Program Cukierki, czyli wczesna profilaktyka uzależnień dla klas 1-3. W perspektywie najbliższych lat poradnia zamierza poszerzyć ofertę poradni o leczenie uzależnień dzieci i młodzieży.

Diagnozowanie i właściwa terapia COVID-19

COVID-19 to choroba zakaźna wywołana przez odkryty w 2020 roku wirus SARS-CoV-2. Przenosi się on głównie drogą kropelkową, ale również poprzez kontakt ze skażonymi powierzchniami. Jest obecny w wielu płynach ustrojowych (wydzielina z nosa i gardła, płwocina, stolec, łzy, krew). Pierwszy przypadek zakażenia potwierdzono 17 listopada 2019 roku w mieście Wuhan, w prowincji Hubei, w środkowych Chinach, a 11 marca 2020 roku choroba została uznana przez Światową Organizację Zdrowia za pandemię. Do 12 marca 2021 roku odnotowano około 119,46 mln przypadków zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz 2,65 mln spowodowanych przez niego zgonów w 192 państwach i terytoriach. W Polsce potwierdzono 1 868 297 zakażeń oraz 46 671 zgonów.

OBJAWY ZAKAŻENIA I RYZYKO CIĘŻKIEGO PRZEBIEGU

W około 80-90% przypadków przebieg zakażenia jest bezobjawowy lub skąpoobjawowy, niewymagający hospitalizacji. Najczęściej występujące objawy to: gorączka, kaszel, ból gardła, ból mięśni, utrata smaku lub węchu, zmęczenie, biegunka, zapalenie spojówek, ból głowy, wysypka skórna lub przebarwienia palców u rąk i stóp. Pojawienie się duszności, bólu w klatce piersiowej lub zaburzeń świadomości wymaga skierowania pacjenta do leczenia szpitalnego.

Ryzyko ciężkiego przebiegu choroby występuje u osób starszych, z otyłością, chorobami układu sercowo-naczyniowego (w tym nadciśnieniem tętniczym), przewlekłymi

chorobami płuc (w tym astmą), przewlekłą chorobą nerek (w tym osoby dializowane), cukrzycą typu 1 lub 2, przewlekłymi chorobami wątroby, a także niedoborem odporności.

DIAGNOSTYKA

Diagnostyka zakażenia SARS-CoV-2 opiera się na testach molekularnych wykrywających materiał genetyczny wirusa (real time RT-PCR). Do badań powinny być kwalifikowane osoby spełniające kryteria przypadku podejrzanego COVID-19 czyli ostrej infekcji dróg oddechowych o nagłym początku i przynajmniej jednym z objawów: gorączka, kaszel, duszność. Dostępne są również testy anty-

genowe, jednak ich zastosowanie jest ograniczone do początkowego okresu zakażenia (5-7 dni od początku objawów klinicznych). Badanie serologiczne wykrywające przeciwciała neutralizujące oraz szybkie testy immunoenzymatyczne nie powinny być stosowane w diagnostyce wczesnego zakażenia COVID-19 ze względu na zbyt niską czułość.

STADIA CHOROBY I DOSTĘPNE LECZENIE

Wyróżnia się 5 stadiów choroby COVID-19. W stadium 1, obejmującym 80-90% pacjentów, przebieg choroby jest bezobjawowy lub skąpoobjawowy. Chorzy ci nie wymagają hospitalizacji. Powinni jednak pozostawać pod opieką lekarza rodzinnego i wymagają stałego monitorowania, ponieważ stadium 1 choroby może stanowić wstęp do rozwinięcia postaci pełnoobjawowej (stadium 2), a wtedy potrzebne może okazać się leczenie szpitalne i tlenoterapia bierna. Pomocne w takiej sytuacji może być monitorowanie saturacji w warunkach domowych dostępnymi pulsoksymetrami napalcowymi.

W przypadku wystąpienia objawów, pacjenci mogą wymagać leków przeciwgorączkowych. U chorych w stadium 1 przeciwskażane jest stosowanie glikokorty-

kosteroidów. Udowodniono brak ich skuteczności u pacjentów nie-wymagających tlenoterapii, a ich przedwczesne zastosowanie może spowodować nasilenie replikacji wirusa i pogorszyć rokowanie. Nie ma również uzasadnienia dla stosowania antybiotyków, leków przeciw grypowych, witaminy D i heparyny drobnocząsteczkowej, o ile nie uzasadnia tego inne schorzenie.

Europejska Agencja Leków (EMA) zatwierdziła do stosowania u chorych z potwierdzonym COVID-19 dwa preparaty przeciwciał monoklonalnych skierowanych przeciw SARS-CoV-2: REGN-COV2 zawierający dwa casirivimab i imdevimab oraz bamlanivimab i etesevimab. Leki te można stosować

u pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, którzy nie wymagają tlenoterapii, ale znajdują się w grupie dużego ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19. Aktualnie nie są one jednak dostępne w Polsce do szerokiego stosowania.

W stadium 2 obserwuje się nasilenie objawów COVID-19. Mogą wystąpić objawy niewydolności oddechowej z koniecznością tlenoterapii. Stąd pacjenci w tym stadium wymagają hospitalizacji, tlenoterapii biernej przez wąsy, maskę lub maskę z rezerwuarem, profilaktyki przeciwzakrzepowej, a w niektórych przypadkach, małych dawek deksametazonu (6 mg/dobę) w celu zapobiegania tzw. burzy cytokinowej.

W przypadku rozpoznania obustronnego zapalenia płuc z koniecznością tlenoterapii, należy rozważyć włączenie do leczenia jedyne obecnie dopuszczonego do obrotu w Polsce produktu antywirusowego – remdesiwiru (Veklury) w początkowej dawce 200 mg i.v. i przez kolejne 4 dni 100 mg i.v. Stosowanie remdesiwiru u chorych niewymagających tlenoterapii oraz u pacjentów po zakończeniu stadium namnażania wirusa (zwykle po upływie tygodnia od wystąpienia objawów) nie przynosi korzyści i jest merytorycznie nieuzasadnione. Ostatnie wyniki badań klinicznych wskazują na nieskuteczność stosowania osocza ozdrowieńców w leczeniu chorych na COVID-19 o łagodnym i umiarkowanym przebiegu.

Zaleca się skierowanie pacjenta z COVID-19 do szpitala

w razie wystąpienia następujących objawów¹:



Duszność występująca w spoczynku i utrudniająca mówienie

94%



Saturacja krwi tętniczej tlenem zmierzona pulsoksymetrem < 94%

90/60 mmHg



Spadek ciśnienia tętniczego krwi poniżej 90/60 mmHg (jeśli chory zazwyczaj ma wyższe)



Kaszel utrudniający oddychanie i mówienie



Ból w klatce piersiowej

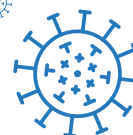


Gorączka powyżej 39 stopni Celsjusza

- szczególnie utrzymująca się przez ponad dobę i powodująca znaczne osłabienie



Trudność w obudzeniu chorego, zmiana zachowania i sposobu mówienia, utrudniony lub niemożliwy kontakt z chorym, utrata przytomności



Prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak, Prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych

1. Na podstawie stanowiska konsultantów krajowych: medycyny rodzinnej, chorób zakaźnych oraz anestezjologii i intensywnej terapii we współpracy z Radą Medyczną przy Premierze RP z dnia 01.02.2021

Grafika przygotowana we współpracy z Gilead Sciences Poland sp. z o.o.

PL-COVID-19-2021-03-0004

W stadium 3 choroby kluczową rolę odgrywa burza cytokinowa. Objawia się ona nasileniem duszności oraz spadkiem poziomu saturacji poniżej 90% pomimo tlenoterapii oraz leków stosowanych w stadium 2 COVID-19. Na tym etapie dla części chorych korzystne może być zastosowanie tocilizumabu będącego antagonistą receptorów IL-6 i/lub kontynuacja stosowania niewielkich dawek glikokortykosteroidów. Pojawienie się ostrej niewydolności oddechowej (ARDS), pomimo stosowanego leczenia, świadczy o wystąpieniu 4 stadium COVID-19 i wymaga przeniesienia pacjenta na oddział intensywnej terapii. Wiąże się to z koniecznością zastosowania wentylacji mechanicznej, antybiotykoterapii o szerokim spektrum działania oraz relatywnie wysokich dawek glikokortykosteroidów.

RYZIKO ZGONU

Według danych z 4 marca 2021 roku, współczynnik śmiertelności COVID-19 w Polsce wynosi 2,6%. Oznacza to, że na 100 osób z pozytywnym wynikiem testu, na COVID-19 umierają średnio ponad 2. Współczynnik ten jest wyższy niż ogólny wskaźnik zgonów na świecie, który wynosi aktualnie 2,2%. Należy jednak podkreślić, że rzeczywista liczba osób zakażonych SARS-CoV-2 jest w naszym kraju większa, nie wszystkie zakażenia zostają potwierdzone badaniami laboratoryjnymi, a w związku z tym współczynnik ten można uznać za zawyżony.

Ryzyko zgonu wzrasta w zależności od stadium zakażenia. W stadium 4, u pacjentów wymagających wen-

tylacji mechanicznej, sięga 60-80%, stąd niezwykle istotne jest rozpoczęcie odpowiedniego postępowania w określonym stadium choroby. Doświadczenia własne wskazują, że coraz częściej pacjenci zbyt późno zgłaszają się do szpitala. Część osób po prostu lekceważy zagrożenie, ale wielu takich pacjentów to osoby prowadzone przez lekarzy POZ w warunkach domowych przede wszystkim poprzez teleporady, podczas których łatwo przeoczyć pojawiające się sygnały alarmowe świadczące o progresji choroby.

WYTYCZNE DO HOSPITALIZACJI

1 lutego 2021 roku konsultanci krajowi w zakresie medycyny rodzinnej, chorób zakaźnych oraz anestezjologii i intensywnej terapii we współpracy z Radą Medyczną przy Premierze RP określili zalecenia dotyczące postępowania u leczonych w domu osób z COVID-19. Według tych zaleceń pacjent taki, zwłaszcza jeśli ma czynniki ryzyka ciężkiego przebiegu choroby, wymaga stałego monitorowania z uwagi na możliwość nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

Leczenie stosowane w łagodnym przebiegu sprowadza się do stosowania leków objawowych, jak w innych ostrych infekcjach wirusowych dróg oddechowych. W sytuacji pogorszenia przebiegu choroby, pacjent powinien jednak jak najszybciej trafić do szpitala.

Nie należy opóźniać kierowania pacjenta do leczenia szpitalnego, do czego kwalifikuje pojawienie się duszności występującej w spoczynku i utrudniającej mówienie, częstość oddechów powyżej 30/min, sinica

lub hipoksemia – saturacja krwi tętniczej tlenem zmierzona pulsoksymetrem <94% (w przypadku chorych z przewlekłą niewydolnością oddechową, np. POChP, zwłóknienie płuc – SpO₂ <88%), gorączka >39°C – szczególnie utrzymująca się przez ponad dobę i powodująca bardzo znaczne osłabienie pacjenta w wieku średnim lub podeszłym, kaszel utrudniający swobodne oddychanie i mówienie, ból w klatce piersiowej, spadek ciśnienia tętniczego krwi <90/60 mmHg (jeśli chory zazwyczaj ma wyższe), zmiana świadomości i zachowania – trudność w obudzeniu chorego, niepokojąca zmiana zachowania i sposobu mówienia, utrudniony lub niemożliwy kontakt z chorym, a także utrata przytomności.

Pandemia powoduje globalne zakłócenia społeczne i gospodarcze, w tym największą światową recesję od czasów wielkiego kryzysu. Ma ona dziś decydujący wpływ na ochronę zdrowia, turystykę, kulturę, edukację, politykę, wydarzenia sportowe i religijne. Należy jednak mieć nadzieję, że powszechne szczepienia populacyjne doprowadzą do powrotu normalności.

Lek. med. Piotr Meryk,
Lekarz Kierujący Oddziałem
Obserwacyjno-Zakaźnym
w Szpitalu Specjalistycznym
im. Stefana Żeromskiego
w Krakowie

Artykuł przygotowany
we współpracy z Gilead Sciences
Poland Sp. z o.o.

PL-RDV-0014

Data przygotowania: 03.2021

Namiastka llanos

Do Villavincencio – miasta w środkowej Kolumbii – pojechałam, żeby zobaczyć llanos, południowoamerykańską sawannę z terenami podmokłymi. Na miejscu okazało się jednak, że tzw. Llanos Tours mają ustalony program: zwiedzanie winnicy z degustacją wina, zwiedzanie ośrodka rodeo, w ramach przyrodniczych atrakcji szybka wizyta w parku Ocarros, a na zwieńczenie – asado, czyli pieczenie barana, znów dobrze zakrapiane winem. Było to zaplanowane na dwa dni i jedną noc (tę z asado!).

Oczekiwałam raczej wędrówek po trawiastych równinach i bagnach, z podziwianiem krajobrazów i zwierząt. Poza tym uznałam, że w ciągu dwóch dni (i nocy) nie zdołam wypić tyle wina, żeby zwróciła mi się choć część ceny za Llanos Tour. Postanowiłam zorganizować sobie *tour* na własną rękę. Najpierw ulokowałam w wiekowej, mchem obrosniętej willi z mocno zarośniętym ogrodem, po drodze z Villavincencio do Ocarros. Teoretycznie było tam schronisko młodzieżowe, ale ponieważ ferie szkolne w Kolumbii akurat się skończyły, byłam jedynym lokatorem tej – powiedzmy – hacjendy. Nikt nie kwapił się, by zorganizować dla mnie *asado*, (z czego byłam dość zadowolona); uprzedzono mnie też, że z gotowaniem itd. muszę sobie radzić sama, a do mieszkających gdzie indziej właścicieli należy dzwonić tylko w naprawdę nagłych przypadkach. Rekompensatą była niewygórowana cena, cisza i ogród rojący się od ptaków.

Skoro Biopark w Ocarros był jedyną dostępną szansą na poznanie fauny llanos, uznałam, że również

dobrze mogę pojechać tam sama i pochodzić swobodnie tak długo, jak zechcę. Niezbyt mnie to zachwyciło, bo z opisu park przypominał mi zoo. Nie jestem wielbicieleką ogrodów zoologicznych, choć zwykle się w nich nie nudzę. To nie to samo, co spotkania ze zwierzętami w ich naturalnym środowisku. Ale to jednak okazja do obserwacji zwierząt, czasem też jedyna okazja, by zobaczyć

zwierzęta rzadkie, nocne itd. Poza tym po drodze do parku była mała restauracja, gdzie w przyzwoitej cenie serwowano lokalne jedzenie i miejscowe wino, co uzupełniało mój osobisty program atrakcji llanos.

MISIE Z KLIMATYZACJĄ

Pierwszą niespodzianką, na jaką się natknęłam w Ocarros, były małpki *saimiri* – drobne, o pyszczkach przypominających kwiaty bratków. I biegające luzem po drzewach, i dachach! Wykorzystując swą zwinność i drobną budowę, wchodziły nawet do klatek i pawilonów innych zwierząt, by podbierać jedzenie. Do ptasich wolier nie mogły się dostać, ale przez oka siatki ochronnej wsuwały ręce, by płoszyć siedzące na żerdkach ptaki, a nawet wrywać im pióra (!). Nie zaczepiały papug ani tukanów, za to ze szczególnym uporem zda-



Małpki saimiri



Tukan

wały się prześladować harpię wielką i kondora królewskiego. Cóż, harpia - duży ptak drapieżny z kryzą piór wokół głowy - na wolności często poluje na małpy.

Nad jeziorem, które stanowi centrum parku, wędrowały, latały lub suszyły skrzydła liczne ptaki wodne - kilka odmian kaczek, ibisy, kurki wodne, duże czajki i małe czaple, wężówki (ptaki o długiej szyi, przypominające kormorany). Na drzewach roiło się też od hoacynów - ptaków z tropikalnej dżungli, które jednak w tutejszym klimacie, w nadwodnym lesie, znalazły warunki życia zbliżone do naturalnych. Hoacyny to ptaki sławne, bo ich piskłeta mają na skrzydłach czepne pazury - zoolodzy wiele lat traktowali je jako ogniwo pośrednie między gadami a ptakami, i najbliższych krewnych *Archeopteryxa* (dziś uważa się to raczej za przystosowanie do życia na zwieszających się nad wodą gałęziach). Wśród gałęzi nietrudno było też wypatrzeć wielkie iguany, a nad brzegiem wody wylegiwały się żółwie.

Głównymi „gwiazdami” parku Ocarros są niedźwiedzie andyjskie i wielkie anakondy. Niedźwiedzie parę lat wcześniej stały się przyczyną ożywionej dyskusji, ponieważ

źle znosiły temperatury panujące w Ocarros i zwiedzający to zauważyli (w okolicach Villavincencio, mimo sąsiedztwa gór, klimat jest zdecydowanie gorący i wilgotny). Misiom było za ciepło, kupiono więc wielki klimatyzator z nawiewem; od tej pory zwierzęta zwykle leżą w hamakach na linii nawiewu. Życie niedźwiedzia w Ocarros to ...siesta.

Anakondy w dolnej części parku mają własne, wielkie terrarium. Są naprawdę bardzo duże, za to niespecjalnie ruchliwe. Zwiedzający na ich widok (cztery wielkie węże!) wydają

zwykle chóralne „Aaach!”. Ale potem patrzenie na węże staje się rozrywką porównywalną z obserwacją dryfu kontynentów. Na szczęście niedaleko jest stanowisko do karmienia kaczek - to rodzinna rozrywka entuzjastycznie uprawiana w Ocarros. Mnie bardziej interesowały wybiegi pancerników i mrówkojadów - zwierząt reprezentatywnych dla terenu *llanos*.

O WIELKICH I OLBRZYMICH

Rodzina mrówkojadów wielkich bez oporów występowała przed zwiedzającymi. Na wolności mrówkojad są podobno raczej samotnikami, te w Ocarros jednak zdecydowanie żyły rodzinnie i spacery wokół wybiegu odbywały zwykle w trójkę. Młody mrówkojadek dorównywał już niemal rozmiarem rodzicom, ale podczas przechadzek wciąż dosiadał grzbietu matki. Schodził tylko wtedy, gdy samica mrówkojada brała kąpiel; wyraźnie nie miał zaufania do wody. Także gdy obsługa parku podawała „drinki” - specjalnie skomponowaną, płynną odżywkę dla mrówkojadów - rodzina rozdzielała i każde biegło do swojego pojemnika. Wkła-



Mrówkojad z młodym



Pancernik olbrzymi

dały w nie długie nosy i piły jak przez rurki, tyle że... bez rurek.

Do pary pancerników olbrzymich – zwierząt mających w Polsce zadziwiającą nazwę zęboluta (!) – trzeba było mieć trochę szczęścia i cierpliwości. Jako zwierzęta nocne, w dzień zwykle spały, choć po południu jeden z nich czasem wychodził powęszyć. Dosłownie. Zęboluty niewiele widzą w dzień, a i w nocy raczej polegają na węchu. Pancernik spacerował więc niespiesznie, co chwilę przystając, by stanąć słupka i powęszyć dookoła.

Pancerniki olbrzymie to stworzenia niewiarygodne. Wyobraźcie sobie zwierzę wielkości sporej świni i nawet różowawe, ale o wyglądzie dinozaura z rodziny gliptodontów (choć pancernik to oczywiście ssak). W dodatku to krępe i ciężkie zwierzę ze względu na budowę nóg stąpa na czubkach potężnych pazurów. Coś jakby opancerzony dinozaur chodzący w szpilkach... W dodatku pancernik olbrzymi żyje na wyspecjalizowanej i pracochłonnej diecie - żywi się głównie mrówkami i termitami.

ZWIERZ BRANICKIEGO

Mój ulubiony, niewielki i porośnięty drzewami wybieg należał do mrówkojadów nadrzewnych, leniwców oraz paskarany i aguti. Mrówkojady nadrzewne, zwane tamandua, były ulubieńcami publiczności. Nic dziwnego – to urocze, długonose stworzenia o krótkiej, jasnej sierści, nieustannie wędrujące po gałęziach. Dla leniwców i tamandui

miedzy drzewami na wybiegu urządzo- no swoisty „park linowy”, przeciągając między drzewami gumowe taśmy. Mrówkojady, ku ucieście obserwatorów, korzystały z nich jak dzieci na zjeżdżalni, komicznie zsuwając się na siedzeniach.

Leniwcę przypominały pomniejszone wersje Chewbakkii z „Gwiezdnych wojen”, zawieszona głową w dół. Zoolodzy podkreślają, że to jedyne na świecie „czworonogi odwrotne” – idealnie przystosowane do funkcjonowania głową w dół właśnie. Przystosowania te dotyczą budowy kości i mięśni, sposobu, w jaki rośnie sierść oraz narządów wewnętrznych, które działają „przeciw grawitacji” Leniwiec, obrócony głową w górę i posadzony na ziemi, jest bezradny - nie ma rozwiniętych mięśni, które pozwoliłyby mu dźwigać ciało na kończynach. Natomiast jest mistrzem wszelkich zwisów. Zwis pionowy, na tylnych nogach, nie jest dla niego problemem – w tej pozycji leniwiec zwykle jada. Ma też więcej kręgów szyjnych, niż żyrafa (!) – co nie dodaje mu wzrostu, ale zapewnia możliwość objadania liści we wszystkich kierunkach – leniwcę



Tamandua



Pakarana Branickiego

potrafią wykręcać głowę o 270 stopni (sowa tylko 180)! W Ocarros żyje rodzina leniwców dwupalczastych, które uchodzą za mniej „towarzystkie” i trudniejsze do oswojenia niż trójpalczaste. Pracownicy parku wyraźnie je jednak lubią i często karmią owocami z ręki.

Najniższe piętro wybiegu – grunt i nory w pniach drzew – zajmowały pakarana i aguti. Pakarana to południowoamerykańskie polonicum – została odkryta w XIX w. przez polskiego podróżnika Konstantego Jelskiego. Podróż Jelskiego do Ameryki Południowej sfinansował polski magnat-przyrodnik, Konstanty hrabia Branicki, i na jego cześć nazwano nowoodkryte zwierzę - jest to pakarana Branickiego (po łacinie *Dinomys Branickii*, gdzie *Dinomys* oznacza „straszną mysz”). Pakarana ma niecały metr długości, waży do 15 kg i uchodzi za na trzeciego z największych gryzoni na świecie. Przyśluguje jej też tytuł największego na świecie gryzonia nocnego. Jest wciąż mało zbadanym gatunkiem i nieczęsto można ja zobaczyć w ogrodach zoologicznych. Na wolności pakarana, która bardziej przypomina bobra

lub niedźwiadka niż „straszną mysz”, zdolna jest do nie lada wyczynów – potrafi podobno spustoszyć pole uprawne, ścinając zboże jak maczetą. Walczy też zażarcie w obronie życia lub młodych. W Ocarros *Dinomys Branicki* nie była jednak lokatorem szczególnie widowiskowym. Jako zwierzę nocne w dzień spała zwykle w swojej norze; w porze karmienia wychodziła na chwile, by zabrać do nory parę owoców. Może lubiła coś przegryźć w przerwie snu.

ZORRO I INNI

Para aguti szarych dostarczała zwiedzającym więcej rozrywki, biegając i węsząc po wybiegu, a czasem tocząc między sobą krótkie, lecz widowiskowe walki o smaczniejsze kąski. Przy ciężkawej pakaranie aguti – coś jak kombinacja chomika z królikiem - jest wzorem zwinności i sprytu. W indiańskich legendach aguti uchodził za zwierzę mądre, udzielające rad ludziom (choć akurat para z Ocarros nie sprawiała wrażenia pedagogów).

W Ocarros żyje też para tapirów-samica z młodym. Młody tapir jest

bardzo oswojony i przyzwyczajony do głaskania przez dzieci. Jeszcze bardziej oswojone są świnki pekari, które na widok człowieka entuzjastycznie domagają się smakołyków. Można tu też zobaczyć spore stadko kapibar - największych gryzoni świata (60 kg wagi!). Do moich ulubieńców należał *Zorro peruno* – niewielki szary lis, jadający kraby, bardzo schludne i łagodne zwierzę.

W glinianych jaskiniach od widzów oddzielonych szybą żyły pumy, jaguary, jaguarandi, wiwery, grizony, nibylisy i inne gatunki mało u nas znanych drapieżników. Podobnie wygląda wybieg, gdzie żyją dwie pary wydr, a dochodzący do szyby basen pozwala zwiedzającym podziwiać fantastyczne podwodne ewolucje tych zwierząt. W wolierach dla małąp zobaczyć można m.in. czepiaki czarne o karykaturalnie długich, „pajęczych” kończynach i nieprawdopodobnie wyglądające wełniaki z ogonami jak kłęb gęsto zwiniętej włóczki. W pawilonach na jeziorze jest też dość interesujący pawilon gadów – szczególnie, że pilnują go wylegujące na wyspie żółwie wodne. Oraz akwarium, gdzie na pewno warto zobaczyć wielkie ariranie, piranie i niesamowicie wyglądające węgorze. Na koniec można sobie zrobić zdjęcie z pancernikiem, naturalistycznie wymodelowanym z gipsu (!).

W sumie spędziłam w Ocarros dwa całkiem interesujące dni, choć zapewne nieporównywalne z wędrówką po *llanos*, których namiastkę stwarzał mi ogród wokół mojej omśzałej „hacjendy”, gdzie spotykałam niebieskie cukrzyki, biało-żółte bentewi, pstre dzięcioły, hałasliwe strzyżyki dwubarwne i kroczące w trawie ibisy.

MT