

Bronisława Koraszewska-Matuszewska

18. Katz J.M.: *Side effects of topical ocular timolol*. Am. J. Ophthalmol., 1983, 96, 552-553.
19. Koraszewska-Matuszewska B., Samochowiec-Donocik E.: *Leczenie jaskry we wrodzonych zespołach chorobowych*. Klin. Oczna, 1989, 91, 141-143.
20. Koraszewska-Matuszewska B., Samochowiec-Donocik E., Formińska-Kapuścik M.: *Przypadki jaskry wrodzonej w kilkuletniej obserwacji*. Klin. Oczna, 1985, 87, 451-453.
21. Koraszewska-Matuszewska B., Samochowiec-Donocik E., Pieczara E.: *Stosowanie betaxololu w jaskrze u niemowląt*. [w:] *I Łódzkie Spotkania Jaskrowe, Sympozjum: Zastosowanie nowej generacji β-blokerów w leczeniu jaskry i krótkowzroczności*. 17-18.11.1995. Łódź, 1995, 12.
22. Kwitko M.L.: *Glaucoma in infants and children*. Meredith Corporation, New York, 1973, 186-189.
23. McMahon C.D.: *Timolol and pediatric glaucomas*. Ophthalmology, 1981, 88, 249-255.
24. Mermond A., Faggioni R.: *Le traitement du glaucome a pression normal avec un antagoniste des recepteurs S2 de la Serotonine le naftidrofuryl (Praxilen)*. Klin. Monatsbl. Augenheilk., 1991, 198, 332-334.
25. Miki H., Kasaki J., Takeuchi M., Adachi M.: *Effect of treatment of bifemelane on visual field sensitivity in patients with glaucoma*. [w:] *Xth Congress of European Society of Ophthalmology*. Milano, June 25-29, 1995, abstract 223.
26. Mishima H.K., Kiuchi Y., Takamatsu M., Racz P., Bito L.Z.: *Circadian intraocular pressure reduction and increased uveoscleral outflow*. Surv. Ophthalmol., 1997, 41, suppl. 2, 139-144.
27. Mogk L.G., Cyrilin M.N.: *Blood dyscrasias and carbonic anhydrase inhibitors*. Ophthalmology, 1988, 95, 768-771.
28. Morin J.D.: *Comeal changes in primary congenital glaucoma*. Trans. Am. Ophthalmol. Soc., 1980, 78, 123-131.
29. Nelson W.L., Fraunfelder F.T., Sills J.M.: *Adverse respiratory and cardiovascular events attributed to timolol ophthalmic solution 1978-1985*. Am. J. Ophthalmol., 1986, 102, 606-611.
30. Rasan S.N.B., Patel K., Kohner E.N.: *The effect of acetazolamide on retinal circulation*. Eye, 1993, 7, 697-702.
31. Reynolds J.D.: *Pediatric glaucoma*. [w:] *Pediatric ophthalmology and strabismus*. Wright K.W., Mosby-Year Book, Inc. St. Louis, 1995, 398.
32. Sponsel W.E., Harrison J., Elliott W.R., Trigo J., Kavanagh J., Harris A.: *Dorzolamide hydrochloride and visual function in normal eyes*. Am. J. Ophthalmol., 1997, 123, 759-766.
33. *Terminology and Guidelines for Glaucoma*. European Glaucoma Society (EGS), Dogma, Savona, Italy, 1998, 62-64, 81-104, 111-112.
34. Tomaszewicz-Mondry D., Czajkowski J.: *Zastosowanie betaxololu w leczeniu nadciśnienia wewnątrzgałkowego i jaskry u dzieci i młodzieży*. Okulistyka, 1998, 3, 26-29.
35. Weckers R., Collingnon-Brach J.: *Les betabloquants*. J. Fr. Ophthalmol., 1978, 1, 351-352.
36. Yamanato T., Kitazawa Y., Azuma I., Masuda K.: *Clinical evaluation of UF-021 (Rescula; isopropyl unoprostone)*. Surv. Ophthalmol., 1997, 41, suppl. 2, 99-103.

Praca wpłynęła do Redakcji 20 kwietnia 1999 r. (766)

Prace poglądowe

Klinika Oczna 1999, 101 (5): 397-400
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

Możliwości diagnozy i leczenia schorzeń narządu wzroku przez lekarzy rodzinnych

Possibilities of diagnosis and treatment of eye disease by general practitioners

Marek E. Prost¹, Ewa Futyma²**Purpose:** To analyse possibilities of diagnosis and treatment of eye diseases by practitioner.**Material and methods:** The number and diagnosis profile of patients treated in average municipal out-patient ward was calculated and possibilities of their treatment by general practitioner were analysed.**Results:** In 87.4% of eye-patients general practitioner cannot diagnose and treat the disease and he has to send them to an eye-doctor.**Conclusion:** The system that eye-patient cannot check-in directly to an eye-doctor is more costly because general practitioners can diagnose and treat only small number of these patients. Therefore nearly every patient has to be consulted by eye-specialist, which increases the costs of treatment because patient has to be seen by two doctors.**Słowa kluczowe:** lekarz rodzinny, diagnostyka i leczenie chorób narządu wzroku, współpraca z lekarzem okulista**Key words:** general practitioner, diagnosis and treatment of eye diseases, cooperation of general practitioner with ophthalmologist

Wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego jest jednym z kluczowych elementów dokonującej się właśnie w Polsce reformy systemu służby zdrowia. Lekarz ten ma przejąć część obowiązków diagnostycznych i leczniczych, jakie do tej pory były wykonywane przez lekarza specjalistę. Ma to ułatwić pacjentowi dostęp do niektórych świadczeń oraz zmniejszyć koszty funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Powinno to się jednak odbyć bez obniżenia poziomu usług medycznych.

Prawidłowe funkcjonowanie tego systemu wymaga precyzyjnego określenia kompetencji i zakresu obo-

wiązków lekarza rodzinnego oraz lekarzy specjalistów. Dlatego też w niektórych krajach opracowano szczegółowe wytyczne dotyczące rozpoznawania i leczenia konkretnych schorzeń oraz jednostek klinicznych przez lekarzy rodzinnych (1). Przy opracowaniu tych wytycznych brali udział zarówno lekarze rodzinni, jak i lekarze z danej specjalności. Miało to na celu poprawę opieki nad pacjentami i wyeliminowanie sporów kompetencyjnych między różnymi grupami lekarzy. Zwykle określa się ramowe standardy postępowania dla lekarzy rodzinnych, a następnie weryfikuje się je w oparciu o codzienną praktykę. Wytyczne, jakie powstały w różnych krajach, różnią się między sobą. Jest to związane z różnicami w kształceniu lekarzy, tradycjami medycznymi i dostępnością do lekarzy rodzinnych i specjalistów w poszczególnych krajach.

W Polsce kompetencje lekarza rodzinnego nie są jeszcze dokładnie określone. Dotyczy to również schorzeń narządu wzroku. Istnieją, co prawda, zalecenia określające zakres kompetencji lekarza rodzinnego, ale są one bardzo ogólnikowe i nie dostosowane do realiów jego codziennej pracy (2) (tab. 1). Niektóre sugerowane tam procedury (np. badanie pola widzenia, ba-

¹ Z Kliniki Okulistyki Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. Marek E. Prost

² Z Miejskiej Poradni Okulistycznej Samodzielnego Publicznego ZOZ Nr 1 w Rzeszowie
Kierownik: lek. med. Anna Świder

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
Prof. dr hab. Marek Prost
Klinika Okulistyki Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”
al. Dzieci Polskich 20
04-736 Warszawa

Marek E. Prost, Ewa Futyma

Tabela I: Kompetencje lekarza rodzinnego w zakresie badania i leczenia chorób narządu wzroku (wg 2)
Table I: Competences of general practitioner in the field of examinations and treatment of visual system diseases (acc. to 2)

Prewencja Prevention	Diagnostyka Diagnostics	Terapia Therapy	Rehabilitacja Rehabilitation
Wady wzroku Refractive errors	Wstępna ocena ostrości wzroku i pola widzenia Preliminary evaluation of vision acuity and visual area	Ciała obce w worku spojówkowym Foreign bodies in the conjunctival sac	Osoby niedowidzące Visually impaired persons
Urazy narządu wzroku Visual system traumas	Testy wizji barwnej Colour tests	Zapalenie spojówek Conjunctivitis	
	Wstępne testy na wykrywanie zez Preliminary tests to detect squint	Jęczmień Sty	
	Badanie dna oka Eye fundus examination	Gradówka Chalazion	
	Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego Measurement of the intraocular pressure	Zapalenie brzegów powiek Marginal blepharitis	
	Badanie w lampie szczelinowej Examination in the slit lamp	Zapalenie gruczołów tarczokowych Internal sty	
	Pomiar pola widzenia Measurement of the visual field	Jaskra Glaucoma	
		Zaćma Cataract	

danie w lampie szczelinowej, terapia zaćmy) są zresztą niemożliwe do wykonania przez lekarza rodzinnego nie tylko w Polsce, ale i w krajach, w których instytucja ta istnieje od wielu lat (np. USA, Wielka Brytania).

W związku z problemami w zakresie ustalenia kompetencji lekarza rodzinnego w zakresie diagnostyki i leczenia chorób narządu wzroku w niniejszej pracy postanowiono:

- 1) przeanalizować, jakie schorzenia narządu wzroku, i jak często, są rozpoznawane oraz leczone w typowej rejonowej poradni okulistycznej w Polsce,
- 2) przedyskutować, które z tych schorzeń, i w jakim zakresie, mogą być w Polsce rozpoznawane i leczone przez lekarza rodzinnego, biorąc pod uwagę aktualny stan wiedzy tych lekarzy oraz wyposażenie ich gabinetów w sprzęt okulistyczny.

Material i metodyka

Analizowano schorzenia narządu wzroku rozpoznane i leczone w Miejskiej Poradni Okulistycznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie w okresie 19.03.-19.10.1998 r., wyodrębiając rodzaj i liczbę poszczególnych usług medycznych. Możliwości opieki medycznej nad tymi pacjentami przez lekarzy rodzinnych przedstawiono w oparciu o:

- 1) program specjalizacji lekarzy rodzinnych w Polsce,
- 2) bezpośrednie rozmowy z lekarzami rodzinnymi.

Wyniki

1. Przekrój i liczba pacjentów leczonych w rejonowej poradni okulistycznej

W ciągu sześciu miesięcy w Miejskiej Poradni Okulistycznej Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Rzeszowie zbadano 2182 pacjentów zgłaszających się ze schorzeniami narządu wzroku (tab. II).

398

Najczęściej pacjenci zgłaszali się do lekarza okulisty w celu doboru szkieł oraz przeprowadzenia badania okresowego lub wstępnego, a w dalszej kolejności – z powodu zaćmy, zapalenia spojówek, badania do prawa jazdy i badania dna oka w nadciśnieniu. Inne zmiany okulistyczne w praktyce okulistycznej spotykane są o wiele rzadziej (tab. II).

2. Możliwości diagnozy i leczenia schorzeń narządu wzroku przez lekarza rodzinnego

W oparciu o program specjalizacji lekarza rodzinnego oraz rozmowy przeprowadzone z lekarzami rodzinnymi, dotyczące możliwości zapewnienia przez nich opieki okulistycznej nad pacjentami, przyczyny zgłaszania się pacjentów podzielono na trzy grupy.

Do grupy pierwszej zaliczono jednostki chorobowe, które mogą być rozpoznane i leczone przez lekarza rodzinnego, tzn.: jęczmień, zapalenie spojówek, zapalenie brzegów powiek, wytrzeszcz endokryny (choroba Gravesa-Basedowa) oraz ciała obce w worku spojówkowym i szwy skórne. Przypadki te, w liczbie 276, stanowiły 12,6% wszystkich zgłaszających się do okulisty pacjentów.

Do drugiej grupy zaliczono choroby, które lekarz rodzinny może rozpoznać, jednak ich leczenie przekracza jego możliwości i wymaga skierowania pacjentów do lekarza okulisty w celu podjęcia właściwej terapii. Były to wady wzroku (dobór szkieł), zez, zaćma, podwinięcie starcze powiek, niedrożność kanalików łzowych i gradówka. Grupa ta liczyła 732 chorych, co stanowiło 33,5% wszystkich porad.

Do grupy trzeciej zaliczono wszystkie pozostałe zmiany w narządzie wzroku oraz badania okresowe wstępne i do prawa jazdy, wymagające przeprowadzenia wyłącznie przez lekarza okulistę. Było to 1174 przypadków, co stanowiło 53,9% wszystkich zgłoszeń

Tabela II: Zestawienie przyczyn zgłaszania się pacjentów do poradni okulistycznej
Table II: Causes of patients check-in in out-patient ward

	Przyczyna Reason	Liczba pacjentów Number of patients
1.	Dobór szkieł / Correction of refractive error	458
2.	Badania okulistyczne okresowe i wstępne / Ophthalmic examination, periodical and preliminary	250
3.	Zaćma / Cataract	195
4.	Zapalenie spojówek / Conjunctivitis	167
5.	Badanie do prawa jazdy / Examinations for driving licence	124
6.	Ocena dna oka w nadciśnieniu / Evaluation of eye fundus in hypertension	105
7.	Zwyrodnienia siatkówki / Degeneration of retina	77
8.	Jaskra / Glaucoma	76
9.	Ocena dna oka w cukrzycy / Evaluation of eye fundus in diabetes	67
10.	Skiaskopia po atropinizacji / Sciascopy after atropinization	63
11.	Pełna diagnostyka u pacjentów z bólami głowy / Full diagnostic in patients with headaches	60
12.	Jęczmień / Sty	52
13.	Zaburzenia filmu łzowego – zespół suchego oka / Lacrimal film disorders – dry eye syndrome	50
14.	Ciała obce rogówki / Foreign bodies of cornea	41
15.	Nadwzroczność i niedowidzenie / Hypermetropia and amblyopia	41
16.	Niedrożność kanalików łzowych u dzieci i dorosłych – udrażnianie / Obstruction of lacrimal ducts in children and adults – probing	36
17.	Męty w ciele szklistym / Vitreous floaters	35
18.	Zez zbieżny i rozbieżny / Convergent and divergent squint	28
19.	Erozja rogówki / Erosion of cornea	27
20.	Zapalenie brzegów powiek i spojówek / Marginal blepharitis and conjunctivitis	24
21.	Zapalenie tęczęwki / Iritis	20
22.	Zwyrodnienia rogówki / Degeneration of cornea	17
23.	Zapalenia spojówek i rogówki / Conjunctivitis and keratitis	17
24.	Zapalenie rogówki / Keratitis	16
25.	Znamie barwnikowe tęczęwki – obserwacja / Pigmented nevus of iris – observation	15
26.	Ciało obce w worku spojówkowym / Foreign body in conjunctival sac	15
27.	Zespół złuszczenia przedniej torebki soczewki / Front lenticular capsule desquamation syndrome	12
28.	Złogi w spojówce powiekowej / Concrements in palpebral conjunctiva	10
29.	Znamie barwnikowe spojówki – obserwacja / Pigmented mole of conjunctiva – observation	10
30.	Usuwanie szwów skórnych po zabiegach i urazach / Removal of skin sutures after surgery and traumas	10
31.	Gradówka / Chalazion	8
32.	Wytrzeszcz w przebiegu choroby Gravesa-Basedowa / Exophthalmos in the course of the Graves-Basedow disease	8
33.	Obrzęk tarczy nerwu wzrokowego / Edema of the optic disc	8
34.	Podwinięcie starcze powiek / Senile entropion of eyelids	7
35.	Druzy tarczy nerwu wzrokowego / Druses of the optic disc	7
36.	Badanie wcześniaków / Examinations of premature infants	6
37.	Urazy oka – pełna diagnostyka / Traumas of the eye – full diagnostics	5
38.	Badanie diagnostyczne przed zabiegami chirurgii refrakcyjnej / Diagnostic examination before refractive surgery	4
39.	Krwotok do ciała szklistego / Hemorrhage to the vitreous body	4
40.	Stan po zakrzepie żyły centralnej siatkówki / State after the retinal central vein thrombosis of the retina	4
41.	Zapalenie błony naczyniowej / Uveitis	1
42.	Stan po urazie – zagrożające odwarstwienie siatkówki / State after the trauma – imminent retinal detachment	1
43.	Zapalenie pozagałkowe nerwu wzrokowego / Retrobulbar optic neuritis	1
	Suma / Total	2182

Omówienie

Zgodnie z obowiązującym do dnia 01.01.1999 r. systemem organizacji opieki medycznej chory mógł zgłaszać się bezpośrednio do lekarza okulisty w przypadku wystąpienia zmian w narządzie wzroku. Po wprowadzeniu reformy pacjent ze wszystkimi problemami musi najpierw udać się do lekarza rodzinnego, który – jeżeli nie może udzielić właściwej porady – kieruje go np. do okulisty. System ten ma na celu doprowadzenie do tego, aby jak największa liczba porad była udzielana na podstawowym poziomie opieki lekarskiej (której koszt jest najmniejszy) i tylko chorzy z poważniejszymi chorobami byli kierowani do specjalistów (gdzie koszt opieki medycznej jest większy). Do tej pory nie wiadomo jednak, jaki odsetek porad udzielanych dotychczas przez lekarzy specjalistów może być świadczony przez lekarza rodzinnego w sposób, który nie będzie powodował obniżenia poziomu opieki. Ma to znaczenie nie tylko dla samego pacjenta, ale również przy planowaniu struktury zatrudnienia w służbie zdrowia. Jak wynika z przedstawionych w pracy danych, obecnie lekarz rodzinny mógłby przejąć około 12,6% porad, które do tej pory były udzielane przez specjalistów. Porady te nie wymagają bowiem dużej wiedzy specjalistycznej oraz wyposażenia w odpowiednią aparaturę. Możliwe, że w przyszłości lekarz rodzinny będzie mógł również oceniać zmiany na dnie oka w przebiegu nadciśnienia (4,8% porad). W wielu krajach na zachodzie Europy i w USA ocena ta jest dokonywana właśnie przez niego. W Polsce badanie to było, i jest nadal, wykonywane przez lekarza okulistę. Wynika to z braku wyposażenia dotychczasowych gabinetów lekarza ogólnego we wzorniki okulistyczne i z braku umiejętności wzięcia do ręki dno oka przez tych lekarzy. Możliwe, że w przyszłości lekarz rodzinny będzie mógł wziąć większy udział w wczesnym wykrywaniu schorzeń narządu wzroku (chodzi tutaj głównie o jaskrę). Lekarz rodzinny mógłby badać ciśnienie wewnątrzgałkowe i ewentualnie dno oka w celu wykrycia, czy nie ma zmian gałkowych w tarczy nerwu wzrokowego. Wymaga to jednak odpowiedniego sprzętu i przeszkolenia. Obecnie żadna z poradni ogólnych nie ma możliwości przeprowadzania tego typu badań przesiewowych. Nie można natomiast określić o jaki odsetek zmniejszyłaby się przez to liczba porad okulistycznych, ponieważ badanie w kierunku jaskry wchodzi w skład rutynowego badania wykonywanego przez okulistę przy okazji diagnostyki i leczenia innych schorzeń oka, z którymi zgłasza się pacjent, i dlatego nie mogą one być wyodrębnione jako osobna porada.

W 87,4% porad dotyczących zmian w narządzie wzroku pacjent będzie musiał być zbadany przez dwóch lekarzy, aby można było rozpocząć leczenie. Po raz pierwszy zostanie ono wykonane przez lekarza rodzinnego, który albo będzie mógł postawić tylko wstępne rozpoznanie, ale nie będzie dysponował możliwościami, aby przeprowadzić dokładniejsze badania i co najważniejsze rozpocząć leczenie (dotyczy to 33,5% porad), albo rozpoznanie przez niego choroby będzie nie-

możliwe (dotyczy to 53,9% porad). Pacjent zostanie więc skierowany do okulisty, gdzie będzie badany po raz drugi. Spowoduje to sytuację, że pacjenci będą musieli poświęcić więcej czasu na uzyskanie właściwej porady (droga pacjenta do momentu rozpoczęcia właściwego leczenia ulegnie wydłużeniu), jak również zwiększy koszt całego leczenia (większa liczba lekarzy będzie brała udział w procesie diagnozy i leczenia, koszty dłuższe nieobecności pacjenta w miejscu pracy będą większe). Należy również wziąć pod uwagę, że w Polsce bardzo wielu chorych nie opiera się na opinii jednego lekarza, lecz chce potwierdzenia diagnozy przez innego specjalistę, szczególnie, jeżeli pierwsze rozpoznanie zostanie postawione przez lekarza rodzinnego. Będzie to powodem wywierania nacisków na lekarza rodzinnego przez pacjentów, aby kierować ich na dokładniejsze badania do okulisty.

Podsumowując, należy stwierdzić, że w przypadku schorzeń narządu wzroku stosunkowo niewielka liczba porad (ok. 12,6%) będzie mogła być udzielona przez lekarza rodzinnego bez konieczności skierowania chorego do lekarza okulisty. W następnych latach, po odpowiednim przeszkoleniu lekarzy rodzinnych i wyposażeniu ich gabinetów w odpowiedni sprzęt liczba porad okulistycznych udzielana przez tych lekarzy może ulec zwiększeniu, ale w sumie nie powinna ona przekroczyć kilkunastu procent. W 87,5% koszty opieki okulistycznej mogą być nawet większe niż dotychczas, ze względu na konieczność badania pacjenta przez dwóch lekarzy w celu udzielenia jednej porady (lekarz rodzinny i lekarz okulista) oraz poświęcenia przez chorego większej ilości czasu na uzyskanie fachowej konsultacji. Opóźnia to również moment udzielenia porady okulistycznej, co może mieć duże znaczenie w leczeniu, szczególnie w przypadkach wymagających pilnej interwencji.

Należy również podkreślić, że w przypadku schorzeń narządu wzroku metody diagnostyki i terapii różnią się znacznie od tych, jakie są stosowane w innych działach medycyny. Powoduje to, że również i w przyszłości możliwości lekarza rodzinnego w zakresie diagnostyki i leczenia nie zwiększą się, ponieważ nie będzie go stać na wyposażenie gabinetu w drogi, specjalistyczny sprzęt okulistyczny, którego amortyzacja będzie bardzo długa i podniesie koszty funkcjonowania praktyki rodzinnej.

Wyniki niniejszej pracy wskazują, że umożliwienie pacjentom ze schorzeniami narządu wzroku bezpośredniego dostępu do lekarza okulisty powinno zmniejszyć koszty leczenia chorób narządu wzroku, zaś chorym zapewnić lepsze warunki leczenia.

Piśmiennictwo

1. Wytyczne Holenderskiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych *Rozpoznawanie chorób oczu*. Lek. Rodz., 1997, 2, 43-51.
2. Windak A., Jarosz M., Kulczycka J., Surdacki A., Tomasiak T. *Zakres kompetencji lekarza rodzinnego*. Vesalius, Kraków, 1994, 38.

Praca wpłynęła do Redakcji 18 sierpnia 1999 r. (791)

Kronika nr 52

□ Kraków znowu przywitał mnie upałem. Mimo że była to dopiero druga połowa maja temperatura powietrza w dniach 21-22.05.1999 r., kiedy to przyjechałem na zaproszenie prof. S. Bartkowskiego na 2. Kongres Polskiego Towarzystwa Chirurgii Jamy Ustnej i Szczękowo-Twarzowej – dochodziła do +25-30°C. Tym razem jednak chłodne wnętrza Teatru Słowackiego, gdzie odbywały się obrady, zapewniły komfort i godziwe warunki pracy ok. 250 uczestnikom z całego świata. O ile się zorientowałem, byłem jedynym okulistą biorącym udział w Kongresie, a szkoda, bo było dużo ciekawych dla nas rzeczy. Przede wszystkim organizatorzy zadbał o tzw. wykłady programowe światowych sław z chirurgii plastycznej, dając prelegentom godzinę na każdy wykład. A było kogo i co posłuchać!! To co przedstawili profesorowie Ivo Pitanguy z Brazylii i Peter McKinney z USA, wzbudza podziw i szacunek. Tytuł operacji plastycznych twarzy, w tym kilka tysięcy plastik powiek i okolicy oka robi wrażenie. Tym większe, że forma i jakość wystąpień obu profesorów była na najwyższym poziomie. Aż przyjemnie było słuchać. Nie mogłem osobiście uczestniczyć w kursie teoretycznym prowadzonym przez prof. P. McKinneya na temat „Blephoroplasty”. Szkoda, bo podobno był bardzo interesujący, i żal, że nikt z okulistów nie brał w nim udziału. Kolejna, ciekawa i dochodowa technika operacyjna dotycząca aparatu ochronnego oka może wymknąć nam się z rąk. Cały Kongres – ze swoim kameralnym charakterem, żywymi obradami i dyskusjami, nie przeladowany nadmiarem wystąpień szczegółowych (większość z nich umieszczono w sesji plakatowej) – bardzo mi się podobał. Tylko pogratulować prof. S. Bartkowskiemu i Jego Zespołowi wymiennej organizacji spotkania. Na pewno przyjadę na następne!!

□ Pultusk, gdzie przebywałem w dniach 27-29.05.1999 r. na III Sympozjum Informatyki Medycznej, znowu mnie zachwycił. Wspaniała, letnia pogoda – do +30°C, cudowna scenariaż Złoty Książki Mazowieckich, gdzie odbywały się obrady, oraz prawdziwa staropolska gościnność Komitetu Organizacyjnego i prof. K. Czechowicz-Janickiej w pełni zadowolono ok. 130 uczestników, w tym większość kierowników klinik okulistycznych. Doskonała organizacja to nie wszystko!! Tym razem nie mam żadnych zastrzeżeń do programu Sympozjum, zarówno jego treści, jak i realizacji. Przede wszystkim umiarkowana liczba przyjętych wystąpień – 33, jak i zawartość oraz jakość prezentacji wskazywały na dobrą pracę Komitetu Naukowego przed Sympozjum. Jak na Sympozjum Informatyki przystało nie brakowało nowinek (u nas) technicznych, typu prezentacja komputerowa, czy sesja interaktywna z czynnym udziałem wszystkich uczestników. Duże brawo dla firmy Pharmacia, a w szczególności dr Marii Kozłowskiej, za ich techniczne przygotowanie. Ogólny poziom wystąpień był dobry, a nawet bardzo dobry, nie zauważyłem prac odbiegających *in minus*. Nie miejsce tu na szczegółowe omówienie naukowe, więc ograniczę się jedynie do wyrażenia zachwytu nad, wręcz wyrafinowanym, a przy tym niezwykle sugestywnie przedstawionym referatem prof. B. Iwaszkiewicz-Bilkiewicz *Oko w sztuce*. To jest to, czego nam brakuje przy bardzo poważnych dyskusjach okulistycznych. Odrobina humanizmu, otarcie się o wielką sztukę (głównie malarstwo), a jednocześnie wspólna zabawa „głosowania” na zadane pytania. Duże brawo i dzięki Pani Profesor!!!

Nie zawiadła w Pultusku część towarzysko-rozrywkowa. Bardzo sympatyczną uroczystość powitania gości połączono

z koncertem pieśni chopinowskich w wykonaniu solistów Opery Narodowej i Warszawskiej Opery Kameralnej. Wspaniała uczta dla melomana!! Przyjęcie powitalne rzucało na kolana. Doskonała oprawa sal recepcyjnych Zamku w połączeniu ze starannie dobraną formą serwowania bardzo smacznych i w dużej obfitości potraw (podobno ekologicznych, jak zapewniał dyrektor Zamku) sprzyjała atmosferze luźnej, przyjacielskiej rozmowy i zabawy. A że i napitków było pod dostatkiem, kontynuowaliśmy przyjęcie w gronie przyjaciół do późnych godzin nocnych, czemu sprzyjała ciepła noc i tajemnicza atmosfera otaczających nas murów. Wydawało się, że nic już mnie nie zaskoczy, ale koleżeńska wieczerza w plenerze, nad brzegiem Narwi była czymś niepowtarzalnym. Cudowna przejażdżka gondolami z chóralnymi śpiewkami indukowanymi nieco wysokoprocentowymi napojami była tylko przystawką do wspólnej, tanecznej zabawy przy dobrej orkiestrze i doskonałym jedzeniu (w tym pieczony baran i dzik). Szkoda, że organizatorzy wprowadzili kartki na poszczególne napitki. Co prawda, większość potraktowała je z humorem, prowadząc handel wymienny – ja np. wymieniłem z prof. A. Gierka-Lapińską kartki na nalewkę na kartki na piwo (podobnie jak w stanie wojennym wymieniałem papierosy na słodycze), ale część osób uważała, że lepiej byłoby zapłacić więcej i nie korzystać z takich ograniczeń. Pokazy sztucznych ogni i wystrzały artyleryjskie sprawiły wszystkim w jeszcze lepszy nastrój, stąd pyszna zabawa zakończyła się dla mnie grubo po północy, a nie byłem ostatni, który opuścił rozbrawione (choć znacznie młodsze, niestety) towarzystwo. Kochana Krysiu, to były niezapomniane, niepowtarzalne dni, będę z niecierpliwością czekał na następne spotkanie w Pultusku. Czy uda Ci się jeszcze wyżej podnieść poprzeczkę?

□ W dniach 4-5.06.1999 r. wziąłem udział w bardzo sympatycznej imprezie zorganizowanej przez Olsztyński Oddział Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, poświęconej „50-leciu Okulistyki Olsztyńskiej”. Choć, jak słusznie zauważyli w czasie otwarcia Konferencji prof. J. Kałużny, prezes PTO, lepiej było napisać „50-lecie polskiej okulistyki w Olsztynie”, bo przecież okulistyka w Olsztynie istniała i za czasów pruskich.

Impreza oprócz ciekawej części naukowej, w której referaty wygłosili, oprócz Waszego Kronikarza, m.in. profesorowie J. Kałużny, J. Szaflik i T. Kępcik, została zdominowana wspomnieniami na temat organizacji okulistyki na Warmii i Mazurach po II wojnie światowej, w czym największą zasługę miał – co zgodnie podkreślali wszyscy przemawiający – prof. E. Lenkiewicz. Tu przecież Profesor spędził praktycznie całe swoje zawodowe życie, tworząc i rozszerzając przez 37 lat zarówno zespół lekarski, jak i bazę lokalową. A że jest to ponadto człowiek o wyjątkowej w obecnych czasach sylwetce moralnej i etycznej, podziękowania i pochwały dla Jego pracy bez wyjątku składali zarówno przedstawiciele władz administracyjnych, jak i Jego wychowankowie i uczniowie. Drogi Przyjacielu kolejny raz życzę Ci długich, spokojnych lat życia na zasłużonej emeryturze po trudach pracy dla dobra tej Ziemi i jej pacjentów. Twoja postawa i droga zawodowa niech będzie przykładem dla innych!!

Jak zwykle w Olsztynie doskonale udało się część towarzysko-rozrywkową, a kolacja koleżeńska (połączona z tańcami) w hotelu Villa Pallas wspaniale nas połączyła. Dobra