

Doktor



BIULETYN INFORMACYJNY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W ZIELONEJ GÓRZE

nr 3 (157) rok 36

Zielona Góra, LIPIEC • SIERPIEŃ • WRZESIEŃ 2025 rok

ISSN 1426-1162

**Weź
udział
w wyborach -
zagłosuj!
1-17 X 2025**



**JB Clinic
STOMATOLOGIA
w Zielonej Górze**

TYTUŁ PRZEWODNI

**Umysł
w stanie
nieważkości...**



*Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy*

W czasie, kiedy piszę niniejszy felieton, jest akurat środek wakacji. Piękny czas urlopów, w którym możemy choć chwilę odpocząć od natłoku codziennych aktywności. Swojego czasu tzw.

podczas wykonywania codziennych obowiązków, ale również w kwestii uzdrowienia zapaści systemu ochrony zdrowia. Niestety, już na początku funkcjonowania zrekonstruowanego gabinetu – premier wydaje się iść na bezpośrednie zżarcie z lekarzami. Nie kieruje swojej uwagi na łagodzenie sporów, wszechobecnego hejtu i mowy nienawiści, której efektem jest, można by powiedzieć, codzienny atak na pracowników ochrony zdrowia. Wydawałoby się, że premier i rząd powinien zabezpieczyć takie warunki, aby w społeczności każdej ze stron funkcjonowało się dobrze. A tu słowa „Minister zdrowia ma działać tak, aby „dobrze żyło się pacjentom, a nie lekarzom”. Wydaje się – niefortunne, niepotrzebne i niewróżące pozytywnych relacji w uzdrawianiu systemu ochrony zdrowia. W budowaniu systemu ochrony zdrowia ważne są dwa filary: pacjenci i pracownicy ochrony zdrowia. To powinno stanowić skalę. Czy budowla konstruowana na jednym filarze i na piasku spełni swoją

raz pierwszy swój przywilej włączenia się aktywnie w życie samorządu lekarskiego można zrealizować za pośrednictwem elektronicznego systemu głosowania. Obecnie jesteśmy na etapie zgłaszania kandydatów. Etap ten zakończy się zgodnie z kalendarzem wyborczym 31.08. Od 1 października będziemy mogli oddać swój głos w wyborach. Najprostszym sposobem jest zagłosowanie na swoich kandydatów poprzez zalogowanie się na stronie internetowej wyborów: zielona-gora.nil.org.pl przez telefon czy komputer. Uwierzytelnienie odbywa się poprzez węzeł krajowy, system mObywatel lub poprzez hasło i login uzyskane w okręgowej izbie lekarskiej. Po skutecznym uwierzytelnieniu można oddać swój głos. Zrealizować swoje prawo można również w dotychczasowych formach: poprzez odesłanie pakietu wyborczego, który otrzymacie Państwo drogą korespondencyjną lub osobiście w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej podczas zebrania zgromadzenia wyborczego rejonu wyborczego 17.10.2025 r. we wskazanych przez okręgową komisję

Prezesowe konteksty

„okres ogórkowy” był synonimem ciszy i spokoju. A jeżeli nawet nie spokoju, to przynajmniej ograniczenia działalności społecznej. Od kilku, a może już kilkunastu lat, daje się zauważyć, że nawet w tym okresie dzieje się mnóstwo ważnych i bezpośrednio nas dotyczących spraw. Jedną z nich jest dla całego stanu lekarskiego rekonstrukcja rządu powołanie nowego ministra zdrowia. Na tym stanowisku Izabelę Leszczyńską zastąpiła Jolanta Sobierańska – Grenda. Pani minister jest absolwentką Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Gdańskiego. Ukończyła studia MBA dla Kadry Medycznej oraz Advanced Management Program w Akademii Leona Koźmińskiego w Warszawie. Posiada tytuł doktora w dziedzinie ekonomii i finansów. Od 2017 roku pełniła funkcję prezesa samorządowej spółki Szpitale Pomorskie, w której przeprowadziła skuteczną restrukturyzację.

Powołanie nowej minister resortu zdrowia powinno wiązać się z możliwością realizacji oczekiwań środowiska lekarskiego chociażby w aspekcie bezpieczeństwa lekarzy i lekarzy dentystów

rolę – z doświadczenia wydaje się, że jej stabilność jest wątpliwa. Niestety, taka retoryka wzmacnia negatywne poglądy społeczeństwa, przekierowując złość z zarządzających systemem ochrony zdrowia na tych, którzy codziennie mimo wszelkich przeciwności niosą pomoc potrzebującym. Systematycznie w tym miejscu samorząd lekarski podkreśla, że stan lekarski i wszyscy pracownicy ochrony zdrowia są, podobnie jak pacjenci, ofiarami nieugiętego systemu ochrony zdrowia sterowanego i koncepcyjnie zarządzanego przez ministerstwo zdrowia.

Czy uda się nowej pani minister poprawić system, zmienić nastawienie pacjentów do pracowników ochrony zdrowia, polepszyć dostępność świadczeń dla pacjentów i los pracowników ochrony zdrowia – ocenimy to później. Ale z całego serca życzymy, aby w realizacji planów brać pod uwagę obie grupy beneficjentów systemu.

Szanowni Państwo

Bieżący czas jest niezmiernie ważny dla samorządu lekarskiego. Trwają właśnie wybory delegatów na X kadencję. Po

wyborczą dla każdego rejonu wyborczego godzinach. W odsyłaniu pakietów wyborczych, które są opłacone przez okręgową izbę lekarską, proszę zwrócić tylko uwagę, iż do wewnętrznej koperty wkładamy kartę do głosowania ze wskazanymi osobami, na które oddajemy swój głos. Kopertę zaklejamy. Nie należy jej podpisywać lub stemplować swoją pieczęcią. Taką kopertę wkładamy do koperty zewnętrznej, którą zaklejamy, w odpowiednim miejscu podpisujemy i przystawiamy swoją pieczęć lekarską. Dopiero taka koperta jest prawidłowo oddanym ważnym głosem. Należy ją wysłać lub dostarczyć do okręgowej izby lekarskiej najpóźniej do dnia 16.10.2025 r.

Dzięki zaangażowaniu dr Marzeny Plucińskiej 8.06.2025 r. w WOSiR w Drzonkowie spotkaliśmy się z rodzinami lekarskimi, świętując Międzynarodowy Dzień Dziecka. Mimo niesprzyjającej aury w hali ośrodka nie zabrakło animacji, jazdy na kucyku, laserowych zabaw, skoków przez przeszkody, rzutów do kosza czy przeciągania liny. Dzieci wykorzystały swoje

kulinarne umiejętności, które pozwoliły na pokrzepienie ciała przygotowanymi pizzami. Zwieńczeniem były puchary i nagrody w cudownej, gorącej atmosferze. Serdecznie zapraszam na kolejne wspólne spotkania przy różnych okazjach organizowane przez nasz samorząd.

28.06.2025 r. w auli Uniwersytetu Zielonogórskiego miałem przyjemność uczestniczyć w absolutorium kolejnego roku absolwentów medycyny. Ponad 90 absolwentów Collegium Medicum złożyło uroczyste ślubowanie – przysięgę Hipokratesa i uzyskało tytuł lekarza. Jeszcze raz serdecznie Państwu gratuluję i witam w imieniu całego środowiska lekarskiego. Życzę Wam ustawicznego zachwyty nad pięknem zawodu, który będziecie realizowali każdego dnia, niosąc pomoc każdemu potrzebującemu. Cieszymy się, że jesteście z nami.

Ogromnie się cieszę, że rozwijamy nasze relacje i zacieśniamy przyjaźnie z innymi samorządami zawodowymi. W tym roku razem mogliśmy uczestniczyć w obchodach Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Położnych, w którym to spotkaniu nasz samorząd reprezentował dr Antoni Ciach. Wzięliśmy również udział w otwarciu nowej siedziby samorządu lekarzy weterynarii, w którym reprezentował nas dr Wojciech Perekitko. Serdecznie gratuluję naszym przyjacielom – lekarzom weterynarii – nowej siedziby i w imieniu całego zielonogórskiego samorządu lekarskiego składam serdeczne życzenia pięknego rozwoju i doskonałej współpracy.

Zgodnie z tradycją 3 sierpnia w pałacu w Przytoku odbyły się plenerowe warsztaty plastyczne dla lekarzy oraz ich dzieci z pasją malarską. Serdecznie dziękuję za Waszą coroczną obecność i realizowanie swoich pasji. Bardzo dziękuję również dr Marzenie Plucińskiej, która z ogromnym zaangażowaniem organizuje warsztaty z artystami.

30 sierpnia Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, któremu przewodniczy samorząd aptekarski, zorganizowało w podzielonogórskim Drzonkowie piknik, w trakcie którego spotkaliśmy się na integracji. Czekają nas mnóstwo atrakcji dla dzieci i dorosłych. Mieliśmy możliwość spotkania się z przedstawicielami poszczególnych zawodów, zasięgnięcia opinii i pogłębienia wiedzy o problemach dnia codziennego. W pikniku wzięli udział zarówno lekarze i lekarze stomatolodzy, pielęgniarki i położne, farmaceuci, diagnosty laboratoryjni, lekarze weterynarii, jak

i adwokaci, radcy prawni, komornicy, inżynierowie. Serdecznie zapraszam Państwa do udziału w kolejnych tego typu wydarzeniach.

Od 10 do 14 września w otoczeniu pięknej zakopiańskiej przyrody odbędą się 22. Igrzyska Olimpijskie Lekarzy. Jako okręgowa izba lekarska pragniemy wspierać aktywność prozdrowotną naszych Koleżanek i Kolegów. Zapraszam do udziału w tym pięknym sportowym wydarzeniu. Osoby, które wezmą udział w igrzyskach, mogą zgłosić się do biura izby i odebrać okolicznościowe bluzy z logotypem naszej zielonogórskiej izby lekarskiej. Mogą również uzyskać zwrot opłaty wpisowej za udział w wydarzeniu. Pięknie dziękuję, że reprezentujecie naszą okręgową izbę lekarską na arenach sportowych ogólnopolskiego samorządu lekarskiego.

Rozpoczęliśmy przenoszenie danych na nową stronę internetową naszej izby. Prace wymagają dużego zaangażowania, dlatego mam nadzieję, że w kolejnym numerze naszego biuletynu będę mógł poinformować Państwa, że możemy już w pełni korzystać z jej dobrodziejstw.

Przygotowania do przeprowadzenia II Interdyscyplinarnej Konferencji Naukowej pod hasłem „Lubuska Medycyna dziś i jutro” są już mocno zaawansowane. Konferencja odbędzie się 15 listopada w salach Urzędu Marszałkowskiego w Zielonej Górze. Konferencja będzie składała się z dwóch paneli: ogólnolekarskiego i stomatologicznego. Proszę o zarezerwowanie sobie czasu celem wzięcia udziału w tym przedsięwzięciu.

W sesji ogólnej wykłady poprowadzą m.in.: dr n. med. Krzysztof Kordel – prezes ORL w Poznaniu, który omówi problem bezpieczeństwa w codziennej pracy lekarza. Wykładowcami będą również: mec. Paweł Strzelec i mec. Anna Augustyniak, prof. Jarosław Hiczkiewicz, prof. Ewa Skorek oraz dr Roman Lewandowski, dr Marek Szwiec, dr Róża Poźniak – Balicka, dr Marzena Plucińska, dr Paweł Witczak, dr Przemysław Bejga, dr Bartosz Kudliński, lek. Małgorzata Miakisz, lek. Urszula Kawalec – Hurny, lek. Jacek Bachorski, lek. Piotr Hyla.

Wśród wykładowców stomatologicznych będziemy gościli: prof. Beatę Kawalę, prof. Agatę Jakubowską Czajkę, prof. Karolinę Gerreth, prof. Piotra Fudaleja, prof. Krzysztofa Woźniaka, prof. Tomasza Gedrange, prof. Mariusza Lipskiego oraz dr Annę Kuc, lek. dent.

Małgorzatę Kotarską, lek. dent. Magdalenę Pielunowicz. W trakcie konferencji ja również będę miał przyjemność wystąpić przed Państwem ze swoją prezentacją. Tematyka poszczególnych wykładów i prezentacji znajduje się w folderze konferencji.

Szanowni Państwo. Okręgowy Zjazd Lekarzy podczas swoich obrad przyjął budżet samorządu na bieżący rok. Serdecznie zapraszam do systematycznego korzystania z finansowania różnych aktywności naukowych, socjalnych i sportowych. O zasadach dofinansowania poszczególnych aktywności możecie Państwo dowiedzieć się na stronach internetowych naszej izby.

Szanowni Państwo, w związku z występowaniem zaległości w regulowaniu składek przez niektórych z lekarzy na rzecz obowiązkowej przynależności do samorządu lekarskiego uprzejmie proszę o systematyczne regulowanie składek członkowskich. Informacje o stanie swojego konta można uzyskać w księgowości okręgowej izby lekarskiej, u Pani Teresy Gontowicz.

Na zakończenie pragnę złożyć serdeczne podziękowania dr. n. med. Przemysławowi Zakowiczowi, który zakończył pracę na stanowisku redaktora naczelnego naszego biuletynu. Przemku – serdecznie dziękuję za Twoje zaangażowanie i nowelizacje, które wprowadzałeś w naszym biuletynie. Bardzo proszę, abyś pozostał autorem felietonów do kolejnych numerów.

Jednocześnie serdecznie witam dr Justynę Rajkiewicz, która od poprzedniego numeru objęła funkcję redaktora naczelnego „Doktora”. Życzę realizacji wielu pomysłów i pięknego, realnego rozwoju naszego biuletynu.

Wszystkim, którzy korzystają jeszcze z rozkoszy urlopu, życzę cudownych, wspaniałych wakacji i zasłużonego odpoczynku. A wszystkim, którzy już wrócili do pracy, samych sukcesów w kolejnym roku oraz realizacji zamierzeń i pasji, a także chwil relaksu w gronie najbliższych.

I z tą pozytywną energią i nadzieją na bardziej optymistyczną przyszłość pozostawiam Państwa do naszego kolejnego spotkania.

dr n. med. Jacek Kotuła –
Wasz prezes

Szkolenia Konferencje

Oddział Lubuski Kolegium Lekarzy Rodzinnych serdecznie zaprasza wszystkich lekarzy POZ na konferencję, która odbędzie się dnia **22.11.2025** roku w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze o godz. 9.00. Spotkanie umożliwi pogłębienie wiedzy medycznej, wymianę zawodowych doświadczeń oraz dyskusję o bieżących problemach medycyny rodzinnej w Polsce.



Okręgowa Rada Lekarska w Zielonej Górze przy współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Gorzowie i Fundacją Eskulap serdecznie zaprasza do udziału w II Interdyscyplinarnej Konferencji Naukowej „**Lubuska Medycyna dziś i jutro**”, która odbędzie się w dniu **15 listopada 2025 r.** w sali kolumnowej Urzędu Marszałkowskiego w Zielonej Górze.

Podczas drugiej konferencji przedstawiony zostanie bogaty program naukowy w tym panele dyskusyjne po zakończeniu każdej sesji pod kierunkiem jej moderatora. W trakcie konferencji zaplanowaliśmy m.in. 5 głównych sesji tematycznych:

1. Bezpieczeństwo w codziennej praktyce lekarskiej
2. Rak płuca – zasady diagnostyki i leczenie
3. Terapia daremna – w aspekcie nowego kodeksu Etyki Lekarzy
4. Starość – współczesne dylematy praktyki lekarskiej
5. Dylematy w diagnostyce, leczeniu i komunikacji z pacjentem.

Podstawowym celem konferencji jest promowanie możliwości lubuskiej medycyny opartej na klinikach uniwersyteckich zielonogórskiego Collegium Medicum oraz szpitalach całego województwa.

Zapisy przyjmowane są do dnia **31 października 2025 r.** drogą mailową na adres: hipokrates@oil-zgora.org



Zdaniem redaktor naczelnej

REDAKTOR NACZELNA

JUSTYNA RAJKIEWICZ

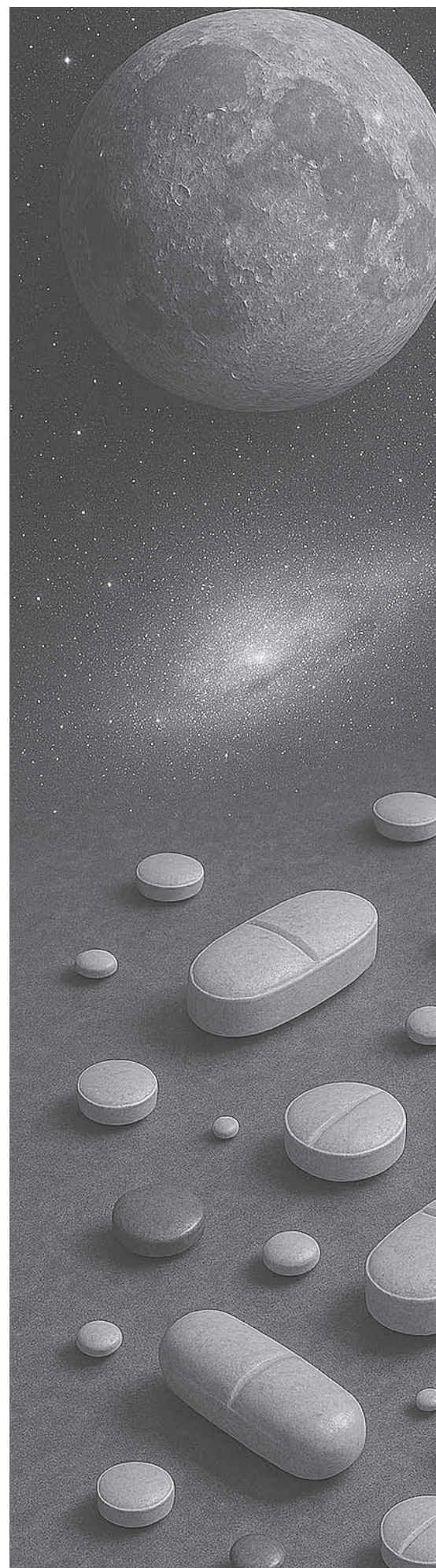
LEKARZ SPECJALISTA CHOROBY
WEWNĘTRZNYCH I MEDYCYNY RODZINNEJ

Oddaję w Państwa ręce kolejny numer biuletynu „Doktor”, drugi pod moim kierownictwem. Bycie częścią redakcyjnej załogi, niespodziewanie daje mi dużo radości i satysfakcji. Jest to kolejne zawodowe wyzwanie, które podejmuję, o tyle mi przyjazne, że nie wiąże się ze zdawaniem kolejnych egzaminów i godzinami w książkach. Prowadzenie biuletynu to czysta i nieskrępowana przyjemność. Jako redakcja, pragniemy ulepszać nasze „izbowe” pismo, stworzyć nowy wariant dla

Czytelnika, odświeżyć go i udoskonalić. Oczywiście jest, że zmiany przyjdą stopniowo, zamierzamy poprawić szatę graficzną, uporządkować tematycznie problemy, poruszane w „Doktorze”. Chcemy stworzyć przejrzystą przestrzeń dla spraw stricte izbowych, miejsce dla nowinek naukowych czy panel, dedykowany problemom orzeczniczym i prawniczym. Wspólnymi siłami próbujemy, czy nam się uda – ocenicie Państwo sami. Wierzę, że wypracujemy biuletyn prawie doskonały, na miarę naszych możliwości. Wkładamy w to sporo pracy i wolnego czasu, oby przynosił Państwu radość, zadowolenie i ciekawość przeglądania kolejnych stron.

SPIS TREŚCI

Prezesowe konteksty	2
Zdaniem redaktor naczelnej	4
◆ CO NOWEGO W IZBIE	
Wybory delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy	6
◆ TEMAT NUMERU - „Umysł w stanie nieważkości”	
AstroMentalHealth	7
Kolka nerkowa na orbicie księżycowej	10
Wszyscy jesteśmy gwiazdowym pyłem	12
Główka makówka – izolacja i autoagresja	14
◆ INTERDYSCYPLINARNIE	
Nasz serwis	15
Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych z Poddziałami: Diabetologii, Endokrynologii i Gastroenterologii Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze	16
XIII Lubuska Konferencja Neurologiczna	17
Nasze szpitale	18
◆ DAWKA WIEDZY	
Fentanyl – lek i narkotyki	20
Opioidy – fakty, mity, obawy	22
Pediatrica ambulatoryjna. Podgłoźniowe zapalenie krtani	24
◆ WIELCY, ZASŁUŻENI, ZNANI	
Wielcy myśliciele. Narcyza Żmichowska	26
Karol Marcinkowski –niezapomniany lekarz, patriota, organizator, społecznik i filantrop	29
◆ Z KART KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ	
Odpowiedzialność zawodowa	32
◆ CO WARTO WIEDZIEĆ	
Dawne sanatoria zielonogórskie	34
Niezbędnik trendy Doktora	36
Nowe zasady skierowań na leczenie uzdrowiskowe	38
Pomoc dla lekarza	38
◆ PO GODZINACH	
Przemówienie Prezesa OIL na uroczystości wręczenia dyplomów absolwentom kierunku lekarskiego UZ	39
◆ ORZECZNICTWO W PRAKTYCE	
Ja tylko po sanatorium	40
◆ PAMIĘTAMY	42



Wybory delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy

DR N. MED. JACEK KOTUŁA
PREZES OIL W ZIELONEJ GÓRZE

Szanowni Państwo. Bieżący czas jest niezmiernie ważny dla samorządu lekarskiego. Trwają właśnie wybory delegatów na X kadencję. Po raz pierwszy swój przywilej włączenia się aktywnie w życie samorządu lekarskiego można zrealizować za pośrednictwem elektronicznego systemu głosowania. Od 1 października będziemy mogli oddać swój głos w wyborach.

Najprostszym sposobem jest zagłosowanie na swoich kandydatów poprzez zalogowanie się na stronie internetowej **wybory.zielona-gora.nil.org.pl** przez telefon czy komputer. Na obecnym etapie procedury wyborczej system elektroniczny umożliwia, po zalogowaniu, przeglądanie list członków rejonów wyborczych oraz kandydatów na delegata, a następnie umożliwi oddanie głosu drogą elektroniczną. Uwierzytelnienie odbywa się poprzez węzeł krajowy, system mObywatel lub poprzez hasło i login uzyskane w okręgowej izbie lekarskiej. Po skutecznym uwierzytelnieniu można oddać swój głos. Zrealizować swoje prawo można również w dotychczasowych formach:

poprzez odesłanie pakietu wyborczego, który otrzymacie Państwo drogą korespondencyjną lub osobiście w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej podczas zebrania zgromadzenia wyborczego rejonu wyborczego **17.10.2025 r.** we wskazanych przez okręgową komisję wyborczą dla każdego rejonu wyborczego godzinach. Dla rejonów: Nowa Sól, Wschowa, Żagań i Szprotawa, Krosno Odrzańskie i Gubin ustalono godzinę 14.00-15.00. Dla rejonów: Sulechów i Cибórz, Świebodzin i Torzym, Żary i Lubsko, Zielona Góra (szpital) – godzina 15:15-16:15. Dla rejonów Zielona Góra (POZ), Lekarze Specjaliści, Lekarze Dentyści – godzina 16:30-17:30.

W odsyłaniu pakietów wyborczych, które są opłacone przez okręgową izbę lekarską, proszę zwrócić tylko uwagę, iż do wewnętrznej koperty wkładamy kartę do głosowania ze wskazanymi osobami, na które oddajemy swój głos. Kopertę zaklejamy. Nie należy jej podpisywać lub stemplować swoją pieczęcią. Taką kopertę wkładamy do koperty zewnętrznej, którą zaklejamy, w odpowiednim miejscu podpisujemy i przystawiamy swoją pieczęć lekarską. Dopiero taka koperta jest prawidłowo oddanym ważnym głosem. **Należy ją wysłać lub dostarczyć do okręgowej**

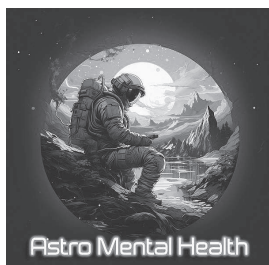
izby lekarskiej najpóźniej do dnia 16.10.2025 r. W tym pakiecie oprócz karty do głosowania i instrukcji głosowania we wszystkich 3 trybach, będzie również zawarta informacja o miejscu i dacie otwarcia lokalu wyborczego, gdzie możliwe będzie zagłosowanie w trybie osobistym. Od momentu rozesłania do członków danego rejonu wyborczego pakietów wyborczych rusza możliwość głosowania elektronicznego poprzez aplikację wyborczą. Wszystkie tryby głosowania są równoważne i rozłączne. Jeżeli więc lekarz zgłaszuje w trybie elektronicznym, jego wysłany pakiet korespondencyjny nie będzie brany pod uwagę, a także taki Wyborca nie będzie już mógł zagłasować osobiście w lokalu. **Głosowanie potrwa do 17 października 2025 roku.**

Szczegółowe informacje o systemie głosowania elektronicznego i naszych uprawnieniach poprzez ten system możemy poznać, logując się na stronę okręgowej izby lekarskiej w Zielonej Górze w zakładce wybory 2025 - <https://oil-zgora.org/wybory-instrukcja-glosowania/>. Jeżeli lekarz/lekarz dentysta nie ma możliwości technicznych zagłosowania elektronicznego (nie ma ustanowionego profilu zaufanego i nie posiada aplikacji mObywatel), a chciałby skorzystać z tego trybu, może to zrobić na terenie biura Izby po uzyskaniu hasła dostępowego do aplikacji wyborczej wydanego przez sekretariat Izby. Hasło takie będzie wydawane po okazaniu dowodu tożsamości i ważne będzie 1 godzinę od momentu wygenerowania.

Serdecznie zapraszam Państwa do wzięcia czynnego udziału w wyborach. Zarówno do kandydowania do poszczególnych organów samorządu, jak również do realizacji swojego przywileju – oddawania głosów na wybranych kandydatów. Potrzebujemy każdego z Państwa, aby znać Wasze problemy i móc realizować Wasze – nasze zamierzenia, plany i potrzeby. Proszę każdego z Was o pomoc. Nasz samorząd będzie taki, jakim go stworzymy.



Umysł w stanie nieważkości



REDAKTOR NACZELNA
JUSTYNA RAJKIEWICZ

LEKARZ SPECJALISTA CHOROÓB
WEWNĘTRZNYCH I MEDYCYNY RODZINNEJ

Polacy podbijają kosmos a wydarzenie, jakim był lot misji Axiom-4 z polskim astronautą, doktorem elektroniki Sławoszem Uznańskim-Wiśniewskim, absolutnie zelektryzowało przestrzeń medialną w pierwszych dniach lipca 2025 roku. W trakcie komercyjnej misji, organizowanej przez Axiom Space, zaplanowano przeprowadzenie 13 eksperymentów, zaprojektowanych przez polskich naukowców, jeden z nich – eksperyment psychologiczny o nazwie „AstroMentalHealth” – współtworzy badacz z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Dziś, tj. 7 lipca 2025 roku podczas trwania misji Axiom-4, rozmawiam z psychologiem Instytutu Psychologii, Panem magistrem **Konradem Opalińskim**, odpowiedzialnym za tworzenie i realizację projektu:

Justyna Rajkiewicz: Panie Konradzie, czym jest „AstroMentalHealth”?

Konrad Opaliński: To eksperyment naukowy, który bada zdrowie psychiczne i zachowania astronautów podczas misji kosmicznych. Pomysłodawczynią projektu jest pani doktor psychologii Agnieszka Skorupa (Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach), z którą współpracują pan doktor Mateusz Paliga i pani doktor Dagna Kocur. Kooperuje z nami również Uniwersytet



mgr Konrad Opaliński

Wrocławski oraz podmiot badawczy Space is More na czele z panem doktorem Leszkiem Orzechowskim oraz panią Agatą Mintus, którzy są założycielami podmiotu oraz stacji badawczej LunAres w Pile, tzw. habitat analogowy.

J.R.: Czy temat psychologii w kosmosie to Pana wiodące zainteresowanie?

K.O.: Nie, moim pierwotnym zainteresowaniem są obszary polarne, związana z nimi izolacja i wpływ przebywania w tak ekstremalnych warunkach na dobrostan psychiczny człowieka. Te same zainteresowania badawcze podziela doktor Agnieszka Skorupa, z którą poznaliśmy się podczas Sympozjum Polarne.

J.R.: Wobec tego, jak to się stało, że wybrano właśnie Wasz eksperyment, traktujący o psychologii i wpływie nowego środowiska, jakim jest kosmos, na funkcjonowanie i pracę astronauty? To olbrzymi sukces!

K.O.: Zaczęło się od bardzo ważnego spotkania między Europejską Agencją Kosmiczną, Polską Agencją Kosmiczną a podmiotami zainteresowanymi realizacją badań w kosmosie. Nie

wiedzieliśmy wtedy, jakie są możliwości i jak wygląda realizacja projektów podczas misji. To było dla nas prawdziwe *since fiction*. W spotkaniu brało udział ponad 500 osób. Wpłynęło 66 polskich wniosków (absolutny rekord!) z projektami eksperymentów, z czego 16 było gotowych do wykonania a tylko 13 z nich doczekało się realizacji na ISS. Trzeba pamiętać, że jeśli firma chce wysłać w kosmos aparaturę do przeprowadzenia eksperymentu, potrzeba około 3 lat na jej dokładne zbadanie i zatwierdzenie jej do użycia w warunkach kosmicznych, co wydłuża wszelkie procedury. Podczas przygotowań okazało się, że pomimo, iż będzie to eksperyment w kosmosie, ogranicza nas, naukowców, przestrzeń i masa. Przestrzeń kapsuły Dragon, którą astronauta dotrą do Międzynarodowej Stacji Kosmicznej ISS. Oraz masa ekwipunku, jaki mogą ze sobą zabrać. Cargo, jaki zostało przewidziane na wszystkie eksperymenty, wynosi około 6 kilogramów.

J.R.: Początki na pewno były ekscytujące...

K.O.: Tak, to prawda. Początkowo, po uzyskaniu zgody na przeprowadzenie eksperymentu, byliśmy szczęśliwi i podekscytowani. Dopiero po kilku spotkaniach spostrzegliśmy, z jaką machiną mamy do czynienia, ilu ludzi współpracuje przy całym projekcie obecnej misji. Mieliśmy setki „małych kroków” do przejścia, poziomów trudności, jak w grze komputerowej. Każdy zdobyty poziom zbliżał nas do dopięcia projektu. Czasem żartujemy, że gdybyśmy na początku tej drogi wiedzieli, ile pracy nas czeka, nie podjęlibyśmy decyzji o przystąpieniu do rekrutacji (*śmieje się*)

J.R.: Psyche astronauty – jest to w takim razie temat ważny i dostrzegany?

K.O.: Ten temat zawsze był obecny w przestrzeni badaczy, zajmujących się oceną stanu zdrowia astronautów. Nie ważne, czy były to badania amerykańskie, radzieckie czy europejskie. Obecnie zwraca się uwagę na ocenę radzenia sobie z pobytem w kosmosie, izolację, wpływy tego środowiska, również ze względu na wizję długoterminowych a także komercyjnych lotów w kosmos, odbywanych przez osoby nieprzeszkolone. Dziś mówimy coraz głośniejsze o przyszłości, o lotach ludzi,



Od lewej: dr Mateusz Paliga; dr Agnieszka Skorupa; dowódczyni misji Peggy Whitson; dr inż. arch. Leszek Orzechowski; mgr Konrad Opaliński. Źródło: us.edu.pl

nie będących astronautami, czy ludzi z niepełnosprawnością. Z jednej strony mamy kadrę „na całe życie” – obecni astronauta jak Peggy Whitson (dowódca misji AX-4) – wracają w kosmos kilkakrotnie w ciągu swojego życia. Z drugiej strony, ludzie będą podróżowali w kosmos komercyjnie, więc trzeba wiedzieć jak ich do tego przygotować w krótkim czasie, również ich psychikę. I jak reagować na ewentualne problemy.

J.R.: Jak wobec tego przygotowany i przeszkolony jest Sławosz Uznański-Wiśniewski?

K.O.: Jest świetnie przygotowany pod każdym względem, zarówno fizycznym jak i psychicznym. Mikrogravitacja czy promieniowanie kosmiczne to dwa z wielu czynników, wpływających na psychikę. Badania z psychologii poznawczej już dawno pokazały nam, że funkcje poznawcze zmieniają się pod wpływem mikrogravitacji. Czy również emocje? Trudno dziś jednoznacznie potwierdzić czy zaprzeczyć.

J.R.: Jakie zadania w projekcie „AstroMentalHealth” wykonuje Sławosz Uznański-Wiśniewski?

K.O.: Sławosz i jeszcze jeden astronauta są zaangażowani w eksperyment, w którym dobrowolnie zgodzili się wziąć udział. Nie mógłby uczestniczyć w nim wyłącznie Polak, ponieważ badanie nie zapewniałoby mu anonimowości.

Drugi astronauta pozwala na większą anonimowość pozyskanych danych. Astronauta realizują wypełnianie przygotowanych wcześniej kwestionariuszy z obszarów takich, jak funkcjonowanie w pracy czy mindfulness. Pytania dotyczą ich wyobrażeń na temat pobytu w przestrzeni kosmicznej. Aktualnie (podczas trwania misji) odbieramy w czasie rzeczywistym przesyłane przez Sławosza dane oraz odbieramy nagrywane przez niego wideoblogi. Astronauta nagrywa odpowiedzi na przygotowane wcześniej pytania, które poznali i zaakceptowali. My będziemy je analizować pod względem treści

jak i emocji, posłużymy się specjalnym programem NoldusFaceReader, analizującym ekspresję emocjonalną twarzy. Będziemy szukać zgodności i niezgodności pomiędzy jednym i drugim. Dokonujemy również analizy jakościowej danych, czyli narracji astronautów.

J.R.: Proszę wyjaśnić czytelnikom, czym jest habitat? Jaką rolę odgrywa jednocześnie przeprowadzenie tzw. misji analogowej?

K.O.: Jest to lustrzane odbicie misji kosmicznej, naziemna symulacja misji, odbywającej się w kosmosie. Podczas gdy załoga Axiom-4 realizuje eksperymenty na ISS, w habitacie czyli stacji badawczej LunAres, która mieści się w Pile, przebywają czterech astronauta, wykonują dokładnie te same zadania, co Sławosz Uznański-Wiśniewski, przez zbliżony okres czasu. Ta „analogowa” czwórka astronautów w habitacie dołączyła do „analogowej” piątki astronautów, odzwierciedlającej astronautów na ISS, do których dołączył Sławosz. Habitaty są na całym świecie. Osoby zainteresowane udziałem w takim doświadczeniu często traktują obecność w habitacie jako element kariery zawodowej, nie zawsze jest to ich praca, często ciekawość i pasja. Ludzi umieszcza się w habitacie, w którym realizują różne eksperymenty i obserwacje, również dotyczące ich samych. Zakres badań jest szeroki – przeprowadza się obserwacje psychologiczne, medyczne, związane z architekturą czy technologią. W projekcie „AstroMentalHealth” badamy, na



Stacja badawcza LunAres. Źródło: lunares.space

ile misja analogowa koresponduje i daje się porównać z misją w kosmosie. Czy w ogóle ten model da się przełożyć na model kosmiczny.

J.R.: Jakie zagadnienia badawcze interesują Państwa najbardziej?

K.O.: Zarówno w misji analogowej jak i w misji Axiom-4 ciekawi nas wpływ izolacji na psychikę astronauty. Będziemy analizować stany emocjonalne, ich wpływ na przebieg pracy astronautów, ich wydajność zawodową i zmienność wykonywanych zadań. Jest nam znane funkcjonowanie ludzi w środowiskach ekstremalnych. Posiłkujemy się badaniami w obszarach polarnych, które silnie przekładają się, chociażby pod względem izolacji, na kosmos. Badamy tzw. syndrom trzeciej ćwiartki – zakłada się że trzecia ćwiartka całego czasu pobytu jest najtrudniejszym momentem przetrwania w czasie misji. Będziemy obserwować trzecią ćwiartkę misji Sławosza, zobaczymy co dzieje się w kwestionariuszach i narracjach astronautów, jak zmieniają się tematy ich opowieści, czy zmieni się ich konstrukcja gramatyczna czy narracyjna. Jesteśmy ciekawi wszystkiego. Będziemy eksplorować i porównywać to z habitatem.

J.R.: Jest coś, czego się Państwo obawiacie?

K.O.: Obawiamy się problemów technicznych, funkcjonalności sprzętu, przesyłu danych. Sławosz przekazuje nam pliki w czasie rzeczywistym i nie ma możliwości ewentualnych korekt. Nie zakładamy i nie posiadamy dodatkowego czasu z jego strony na ewentualne poprawki. Widzimy na bieżąco jego pracę i na bieżąco będziemy reagować, jeśli coś pójdzie niezgodnie z planem. Ale, z tego co wiem, wszystko idzie dobrze. Jesteśmy w pełnej gotowości, reagujemy na najmniejsze potrzeby ESA czy ISS, związane z eksperymentem „AstroMetalHealth”. Astronauci misji Axiom-4 to osoby bardzo dobrze przygotowane mentalnie. Powiedziałbym, że ciężko byłoby znaleźć element zaskoczenia w ich psychice. Zaskakiwać nas mogą natomiast osoby przebywające w habitatach.

J.R.: Co Was czeka po powrocie astronautów na Ziemię i zakończeniu obserwacji misji analogowej?

K.O.: Ciężka praca. O ile ocena ilościowa danych będzie prostsza, o tyle ich analiza jakościowa będzie wielomiesięczną żmudną pracą. Rok temu skończyliśmy program pilotażowy obecnej misji a jeszcze poddajemy ocenie zgromadzone dane. Ale nie poddajemy się, bowiem po raz pierwszy w historii będzie zbadane funkcjonowanie psychiki w izolacji kosmicznej oraz w habitacie jednocześnie.

J.R.: Na koniec pytanie nieco bardziej osobiste. Spotkał się Pan kilkakrotnie ze Sławoszem Uznańskim-Wiśniewskim. Jaki jest, w Pana ocenie, polski astronauta?

K.O.: Bardzo otwarty. Życzliwy, energiczny, z dużym poczuciem profesjonalizmu, co wydaje mi się być wpisane w profil dobrego astronauty. Posiada swój własny indywidualizm a jednocześnie w pełni odnajduje się w relacjach społecznych. Musi być całkowicie gotowy do działań i mieć ciekawość poznawczą. Sławosz większą część swojego życia dokładnie i skrupulatnie zaplanował, aby dojść do tego, co właśnie osiągnął i czego jesteśmy świadkami.

J.R.: Serdecznie dziękuję za rozmowę. Gratuluję i życzę sukcesów całemu zespołowi badawczemu!

Kolka nerkowa na orbicie księżycowej



MAKSYMILIAN A. BRZEZICKI

DR N. MED. INŻ.

KIEROWNIK ZAKŁADU NEUROINŻYNIERII
I MEDYCYNY KOSMICZNEJ

LEKARZ REZYDENT W DZIEDZINIE NEUROLOGII
SZPITAL UNIWERSYTECKI, ZIELONA GÓRA

Jak studenci kierunku lekarskiego UZ będą uczyć się medycyny kosmicznej

Gdy na stepach Kazachstanu ekipa transportowa odnalazła kapsułę Sojuza 11, nic nie budziło ich wątpliwości. Był to kolejny dzień pracy, 30 czerwca 1971 roku. Oto właśnie zakończyła się 23-dniowa misja na stacji kosmicznej Salut 1, a załoganci mieli udać się do bazy na rutynowe badanie. Kapsuła wyglądała na nieuszkodzoną, lądowanie przebiegło normalnie. Ale kiedy uczeni otworzyli właz, odkryli horror: wszyscy trzech kosmonauci – Georgij Dobrowolski, Władisław Wołkow i Wiktor Pacajew – siedzieli przypięci do foteli, martwi.

Przyczyna była przerażająco prosta: ruptura zaworu oddechowego spowodowała gwałtowną depresurizację kabiny. Kosmonauci nie mieli kombinezonów ciśnieniowych, więc wszyscy trzech zmarli

od embolii gazowej i obrzęku płuc. Ich śmierć nastąpiła w kilka sekund po wypadku.

Rok wcześniej, w październiku 1968 roku, załoga Apollo 7 – Wally Schirra, Walt Cunningham i Donn Eisele – doświadczyła czegoś, co wydawało się błahę, ale w kosmosie szybko przerodziła się w koszmar. Już 15 godzin po starcie zwykła infekcja wirusowa górnych dróg oddechowych przeszła z Shirra'y na pozostałych członków załogi. Na Ziemi – pestka, ale mało kto brał wtedy pod uwagę fakt, że w mikrograwitacji śluz nie spływa samoczynnie, co sprawia, że gromadzi się w jamach nosowych i stanowi nieoczywisty, ale potencjalnie groźny rezerwuuar drobnoustrojów. „Nasz przytulny statek kosmiczny zamienił się w zużyty pojemnik na chusteczki” – wspominał pilot, Walter Cunningham. Misja trwała 11 dni, a załoga była w stanie permanentnego dyskomfortu, co wpłynęło na ich psychikę i wykonanie zadań.

Człowiek bynajmniej nie wyewoluował do przebywania w warunkach braku protekcji przed promieniowaniem kosmicznym, obniżonej siły grawitacji czy nieustannego rygoru sztywno zaplanowanej pracy. Stąd potencjalne nagłe i przewlekłe sytuacje medyczne w kosmosie mogą całkowicie wykołować niejedną misję, a wraz z tym rozstrzonić setki milionów ciężko zarobionej krwi wycy podatkownika. A nawet dwa tygodnie pracy na ISS może spowodować arytmie, zatory, krwotoki, tworzenie się kamieni nerkowych, jaskrę, atrofię kości, mięśni czy problemy dentystyczne.

Na Międzynarodowej Stacji Kosmicznej nie ma jednak miejsca na przypadek. Astronaucci są wyposażeni w zestawy do pobierania krwi i moczu, aparaty EKG, mankiety do pomiaru ciśnienia oraz systemy ultrasonografii diagnostycznej. Każdy astronauta przechodzi szkolenie medyczne i pozostaje w stałym kontakcie z zespołem lekarzy na Ziemi, którzy monitorują jego zdrowie.



Co jednak, gdy ludzkość sięgnie po dalsze cele kosmiczne? Czy zdołamy poradzić sobie z wyzwaniem stacji Gateway, a docelowo w przyszłej kolonii na Marsie?

Polskie centrum medycyny kosmicznej

Gdy Sławosz Uznański-Wiśniewski udał się na ISS jako pierwszy Polak

w historii tej stacji, Polska oficjalnie weszła do elitarnego grona krajów kosmicznych. Zielonej Górze nie pozostaje w tyle. Już teraz w Nowym Kisielinie działa Park Technologii Kosmicznych, do którego niedawno Polska Agencja Kosmiczna przeniosła centralę sterowania przyszłymi lotami. To właśnie tu,

lidze gigantów europejskiej myśli technicznej lotów w kosmos. Już teraz naukowcy UZ opracowują nowatorskie narzędzia oceny uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego na ISS, które bazuje na danych zebranych przez Sławosza podczas misji Ignis. A apetyt rośnie – w planach są też badania

Programu fakultetu Medycyna kosmiczna to nie futurystyczna wizja – to konkretna odpowiedź na konkretne potrzeby. Studenci poznają 12 obszarów tematycznych, od wpływu mikrogravitacji na układy: sercowo-naczyniowy, mięśniowo-szkieletowy i nerwowy, po psychologię długotrwałej izolacji w małych grupach.

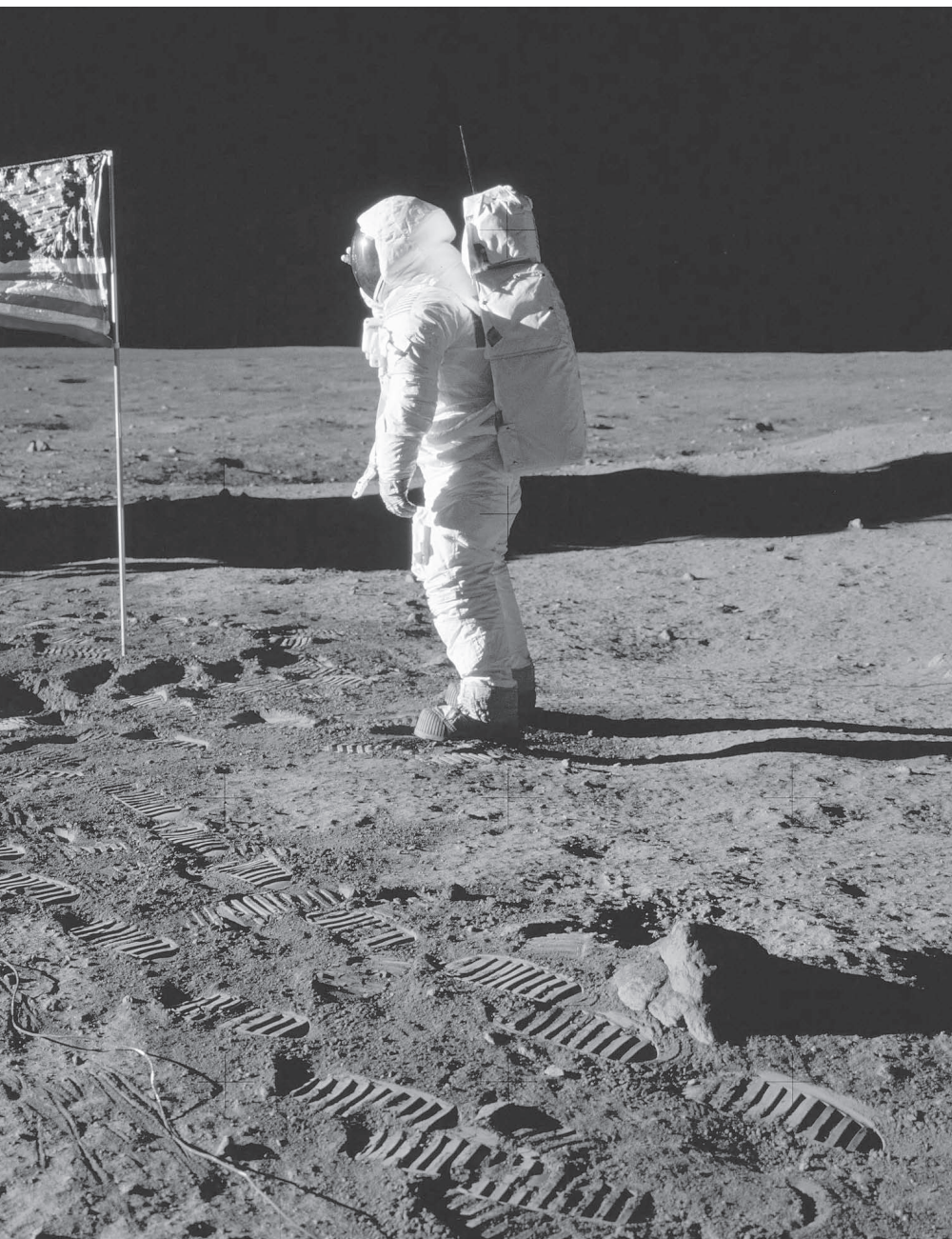
Na fakultecie studenci nauczą się diagnozować stany nagłe w warunkach, gdzie zwykły stetoskop może nie wystarczyć, a resuscytacja wymaga całkowicie przeprojektowanych protokołów. Poznają zasady telemedycyny z 4-sekundowym opóźnieniem sygnału z Marsa.

Jednym z najbardziej fascynujących zagadnień jest praktyka lekarska na przyszłej stacji Gateway na orbicie księżycowej czy w koloniach marsjańskich. Studenci analizują scenariusze, gdzie najbliższa pomoc medyczna z Ziemi dociera po 9 miesiącach lotu, a zasoby są ograniczone do tego, co uda się wyprodukować lokalnie.

Studenci dowiedzą się, że w kosmosie nawet podstawowe czynności medyczne stają się skomplikowane. Jak podać zastrzyk, gdy każda kropla leku może stać się niebezpieczną kulą lecącą przez kabinę? Jak przeprowadzić operację, gdy krew pacjenta nie spływa w rany, lecz unosi się w powietrzu? Jak radzić sobie z infekcjami, gdy system immunologiczny słabnie w mikrogravitacji?

Medycyna kosmiczna już nie jest science fiction. To medyczna rzeczywistość, która wymaga konkretnych umiejętności, konkretnej wiedzy i konkretnego przygotowania. I właśnie po to powstał ten fakultet – żeby gdy nadejdzie moment, polski lekarz był gotowy stawić czoła wyzwaniom, o których jeszcze dziesięć lat temu mogliśmy tylko marzyć.

Może to właśnie jeden z dzisiejszych studentów za dwadzieścia lat przeprowadzi pierwszy poród w warunkach marsjańskiej grawitacji. A może opracuje metodę leczenia nowotworów wykorzystującą unikalne właściwości mikrogravitacji. Przyszłość medycyny pisze się już dziś – 400 km nad naszymi głowami.



w polskim Houston, mieści się również laboratorium medycyny kosmicznej. Tylko drobna przebieżka pokaże zawile instrumentarium, którym posługiwać się będą naukowcy – przyrządy do pomiaru funkcji życiowych, kozetki do badań i pokój symulacji zdarzeń medycznych w kapsule stacji.

Uniwersytet Zielonogórski nie zwalnia kroku w wyścigu o grę w pierwszej

nad farmakokinetyką leków, autonomicznym systemem diagnostycznym bazującym na AI i procedurą leczenia antybiotykowego.

Nic dziwnego zatem, że od nowego roku akademickiego studenci kierunku lekarskiego UZ jako pierwsi w Polsce będą mieli okazję zdobyć wiedzę na temat medycyny kosmicznej w ramach specjalnie przygotowanego przedmiotu.

Wszyscy jesteśmy gwiazdny pyłem - co ma prawo do kosmosu



IZABELA GAWŁOWICZ

DR HAB. PROF. UZ
INSTYTUT NAUK PRAWNYCH
UNIwersYTETU ZIELONOGÓRSKIEGO

Niniejsze rozważania są pokłosiem wydarzenia, które odbyło się 26 kwietnia 2025 w zielonogórskim Centrum Nauki Keplera, w Planetarium Venus, a które zapowiadało mający się odbyć 3 tygodnie później Lubuski Festiwal Nauki (LFN), nazwany w tej edycji Międzygalaktyczną Giełdą Wiedzy, organizowaną we współpracy lubuskich uczelni: Uniwersytetu Zielonogórskiego, Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wlkp. i Parku Technologii kosmicznych, Badań, Rozwoju i Innowacji sp. z o.o. w Kisielinie. Organizatorzy skierowali zainteresowanie uczestników LFN w Kosmos z kilku powodów.

Przestrzeń kosmiczna jest pierwszym i najstarszym wymiarem ludzkiego

istnienia. Kosmos zawsze fascynował (i trochę przerażał) ludzkość z powodu swojego ogromu, tajemniczości i odległości od Ziemi, a dzięki błyskawicznie rozwijającym się nowym technologiom, również satelitarnym, po raz pierwszy w historii świata mamy do niego wszyscy relatywnie tani i łatwy dostęp. Równocześnie w dzisiejszym świecie kurczących się odległości i rozrastających się sieci różnorodnych powiązań i (współ) zależności, przyszłość nigdy nie była tak niepewna i zagrożona a teraźniejszość niestabilna. Te same technologie, z jednej strony są dobrodziejstwem, z drugiej - uzależniają nas... przede wszystkim od tego, czy będziemy potrafili w przyszłości sprawnie, skutecznie i sprawiedliwie zarządzać przestrzenią kosmiczną, zarządzać nią tak, by nie ograniczać dostępu do niej, ale by jej równocześnie nie zniszczyć ani nie wyeksploatować nad miarę, by nie dopuścić do uczynienia z niej narzędzia zbrodni dokonywanych na Ziemi, by przyszłe pokolenia, którym bezpowrotnie zniszczyliśmy pożyczoną od nich Ziemię, mogły przynajmniej Kosmos eksplorować w pokoju i z długotrwałą korzyścią dla siebie.

Perspektywa podróżowania w Kosmos i przebywania w przestrzeni kosmicznej (turystyka kosmiczna, górnictwo kosmiczne, biznes w kosmosie to już nie przyszłość) jest bliższa człowiekowi dziś, niż kiedykolwiek, a równocześnie dzięki rozwojowi nauki rozumiemy, jakim ta perspektywa jest wyzwaniem dla ludzkiego organizmu i ludzkiej psychiki, dla polityki rządów i interesów państw oraz dla tworzonych w tym zakresie norm postępowania, czyli prawa.

Naukom ścisłym możemy zaufać, ponieważ łączą one człowieka z przestrzenią kosmiczną prosto i zrozumiale. Prawo międzynarodowe ukształtowane w paradygmacie państwa suwerennego, dla którego „przestrzeń” równała się „terytorium” jako nieodłącznemu atrybutowi suwerena, z konieczności balansujące między różnymi interesami i potencjałami państw i od lat dotknięte impasem kodyfikacyjnym, wciąż szuka adekwatnego przekazu odzwierciedlającego kosmiczną symbiozę istnienia.

Kluczowe jak dotąd zasady korzystania z przestrzeni kosmicznej wynikają z kilku przyjętych w latach 60-tych i 70-tych ubiegłego wieku międzynarodowych konwencji, przede wszystkim z Traktatu o zasadach działalności państw w zakresie badań i użytkowania przestrzeni kosmicznej, łącznie z Księżycem i innymi ciałami niebieskimi z 1967 r. i są to: wolność eksploracji i użytkowania kosmosu w pokojowych celach, zakaz zawłaszczania przestrzeni kosmicznej i ciał niebieskich, odpowiedzialność państw za szkody wyrządzone w przestrzeni kosmicznej, zasada rejestracji i jurysdykcji (państwo odpowiada za działalność w przestrzeni kosmicznej jednostek w nim zarejestrowanych i podlegających jego władztwu), zasada współpracy i wzajemnej pomocy oraz zasada ratowania kosmonautów jako wysłanników ludzkości. *Prima facie* mogłoby się wydawać, że zarówno upływ czasu, jak i istniejąca dysproporcja technologiczna pomiędzy momentem przyjęcia omawianych konwencji a współczesnymi realiami pozbawia je aktualności; niemniej jednak zasady w nich proklamowane posiadają charakter uniwersalny i wykazują znaczną odporność na upływ czasu oraz rozwój technologiczny. Pojawiły się natomiast nowe wyzwania: upowszechnianie etycznego, a nie instrumentalnego podejścia do Kosmosu i zapewnienie jego ochrony, zrównoważone korzystanie z orbit i zapobieganie zanieczyszczeniu przestrzeni kosmicznej, zapewnienie rzeczywistego dostępu do przestrzeni kosmicznej wszystkim państwom, przeciwdziałanie prywatyzacji Kosmosu, porzucenie logiki przewagi na rzecz koncepcji mediacyjnej, ukierunkowanej na ochronę interesu wspólnego, odejście od jednowymiarowego postrzegania bezpieczeństwa na rzecz postrzegania

współpracy, odpowiedzialności i pokoju na świecie jako naczyń połączonych, wspólna dbałość o wspólne (ograniczone) zasoby, zastąpienie logiki interesu narodowego i prywatnego aksjologią pokoju i rzeczywistej równości. Odseparowanie przestrzeni kosmicznej od konstrukcji stosunków własnościowych i uczynienie z niej dobra wspólnego nadal podlega procesowi urzeczywistniania. Prawo, które umożliwi sprostanie tym wyzwaniom, jest prawem solidarnej odpowiedzialności. Nadanie tym postulatом kształtu prawnego jest pod wieloma względami wymagającym zadaniem, zwłaszcza, że współcześnie państwa coraz częściej unikają brania na siebie międzynarodowych zobowiązań umownych. W prawie międzynarodowym nie ma typowego dla państwowego systemu prawnego nadrzędnego ustawodawcy, natomiast państwa powołały do życia instytucje realizujące zadania o charakterze prawotwórczym, in. Komisję Prawa Międzynarodowego ONZ. W sektorze prawa kosmicznego funkcje takie realizuje Komitet ds. Pokojowego Wykorzystania Przestrzeni Kosmicznej ONZ, który odegrał kluczową rolę w kształtowaniu dotychczasowego międzynarodowego prawa kosmicznego i stale analizuje problemy prawne związane z eksploracją przestrzeni kosmicznej i kształtuje oraz upowszechnia standardy pożądanego postępowania w tym zakresie. Z uwagi na współcześnie występującą niechęć państw do przyjmowania nowych zobowiązań umownych, sfera prawa kosmicznego w pewnej mierze jest regulowana normami o charakterze *soft law* – niewiążącymi wprawdzie wprost, ale korzystającymi z autorytetu normatywnego i perswazyjnego.

Konieczne jest konsekwentne upowszechnianie wyników badań oraz pogłębianie wiedzy dotyczącej przestrzeni kosmicznej, a także ram prawnych regulujących aktywność państw w tym obszarze. Działania te powinny być prowadzone zarówno na forach naukowych i w środowiskach zajmujących się badaniami empirycznymi, jak też w szerszych kręgach społecznych, niezwiązanych bezpośrednio z działalnością akademicką. W tym celu Instytut Nauk Prawnych Uniwersytetu Zielonogórskiego nawiązał w 2024 r. współpracę naukowo-dydaktyczną

z Parkiem Technologii Kosmicznych, Badań, Rozwoju i Innowacji sp. z o.o. w Kisielinie, ukierunkowaną na promocję i popularyzację wiedzy w tym zakresie. Mam przyjemność i zaszczyt reprezentować INP UZ w tych relacjach. Współpraca ta stanowi element

szerszej strategii i przewiduje m.in. włączenie Instytutu Nauk Prawnych UZ do Centrum Prawa Kosmicznego im. Profesora Manfreda Lachsa działającego na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego.



Główka-makówka, izolacja i autoagresja

PRZEMYSŁAW ZAKOWICZ

DR N. MED.

LUBUSKI KONSULTANT WOJEWÓDZKI
PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY

ZAKŁAD NEUROINŻYNIERII I MEDYCyny
KOSMICZNEJ, COLLEGIUM MEDICUM, UZ

Ślady krwi prowadziły z toalety oddziałowej do dyżurki. Podobno paznokciami wydobyła ze ściany starą płytkę ceramiczną, którą dokonała okaleczeń przedramienia do samej powieży. Ból zaczęła odczuwać po założeniu ostatniego, kilkunastego szwu. Cały „zabieg” przeżyła w odrętwieniu.

Jeden z pionierów terapii zespołu stresu pourazowego (PTSD, *post-traumatic stress disorder*), Peter Levine, w swojej publikacji *Głos z wnętrza* wskazuje na uderzające podobieństwo pomiędzy reakcją odrętwienia widoczną u ludzi po doświadczeniu traumy a reakcją zwierzęcia schwytanego przez drapieżnika. Ten wyjątkowy prezent od natury ma na celu w miarę bezbolesne przeżycie procesu nagłej śmierci. Samo odrętwienie ma również rolę w świecie zwierząt w ewentualnym zniechęceniu drapieżnika poprzez udawanie martwego (zepsute mięso szkodzi). Opisane zjawisko widzimy w dokumentalnych filmach przyrodniczych pokazujących, że w środowisku afrykańskiej sawanny schwymany po długiej ucieczce roślinożerca, niejako w akcie desperacji, poddaje się działaniu drapieżnika.

Zdarzają się sytuacje, w których drapieżnik oddala się od ofiary znajdującej się w stanie letargu, co pozwala tej ostatniej na przerwanie stanu zamrożenia i daje możliwość ucieczki. U biologicznego podłoża wyżej wymienionych zachowań leży układ opioidowy. Kształtowanie się układu regulacji emocjonalnej człowieka, ściśle związanego z systemem endorfinowym, rozpoczyna się od pierwszych chwil życia. Noworodek wykazuje obecność dwóch przeciwnych stanów psychicznych, zmieniających się w zależności od potrzeb, to jest stanu paniki i stanu ukojenia.



Dla przykładu: jestem głodnym bobasem i nie mam umiejętności sygnalizowania tej potrzeby inną metodą niż krzykiem. Natomiast nie jest to zwykły krzyk... Stan głodu jest stanem zagrożenia życia, prowadzącym do aktywacji współczulnej, stanowiącej napad panicznego lęku przed śmiercią. Tym razem dostałem pokarm, po zjedzeniu „odpływam” w ramionach kochającego rodzica. Za sam moment noworodkowej ekstazy po karmieniu odpowiada cały koktajl neuroprzekazników, w którym składnikami przewodnikami są oksytocyna oraz beta-endorfiny. Uczę się

zatem balansować na granicy frustracji i zaspokojenia. Z czasem znajduję inne, dojrzsze mechanizmy sygnalizowania potrzeb.

Osobliwym zjawiskiem przyrodniczym są osiedlowe matki-Polki, które potrafią z idealną precyzją zrozumieć, dlaczego ich dziecko marudzi, po czym powziąć właściwą strategię deeskalacji napięcia. Oczywiście, pod warunkiem, że rezonują emocjonalnie ze swoim dzieckiem, to jest tworzą bezpieczną więź. Żadna z tych matek, które obserwowałem, nie oceniała za pomocą specjalistycznej aparatury częstotliwości płaczu dziecka, ale każda wiedziała, że *ten* rodzaj płaczu to jest „na jedzenie” albo „na kupę”. Sugeruje to istnienie mechanizmów synchronizacji układów limbicznych rodzica i dziecka w relacji przywiązania. To z tej synchronizacji wyrasta następnie kolejna turbo-umiejętność wzorowych matek, a mianowicie teoria umysłu. Każda mama wie po spojrzeniu dziecka, że dziecko (w tym nastolatek!) ściemnia. Wbudowany, biologiczny wariograf. Stąd dla psychiatry wychowywanie dziecka jest niczym innym jak wgrzywaniem do układu limbicznego dziecka software'u bezpiecznej regulacji emocjonalnej. W tym bezpiecznym wzorcu zawierać się będą matryce decyzyjne dotyczące szukania pomocy/ukojenia, kontroli poznawczej, hamowania impulsów czy instrumentalnej regulacji afektu (np. za pomocą używek).

Jedną z form instrumentalnej regulacji emocji są samookaleczenia niesamobójcze (*non-suicidal self-injuries*, NSSI). Mają one najczęściej postać nacięć



poprzecznych na skórze przedramion, rzadziej ud, podudzi czy tułowia. Zdarzało mi się słyszeć od pacjentów relacje z niezbyt rozsądnych komentarzy ze strony personelu opieki zdrowotnej, że „skoro chciałeś się zabić, to mogłeś nie z tej strony się pociąć”, tutaj to cię tylko zabolalo. Sęk w tym, że pacjent wcale nie chciał się zabić, chciał poczuć ból. Ale dlaczego? Co jest przyjemnego w bólu?

Stan odrętwienia w reakcji na traumę u człowieka przyjmuje postać *dysocjacji*. Dysocjacja jest rozprzężeniem funkcji psychicznych świadomości i obejmuje również wrażenie całkowitego nieodczuwania bólu. A czymś, od czego uzależnia się osoba dokonująca autoagresji nie jest ból, skoro go nie czuje... Jest to coś, co dzieje się potem. Dookoła nacięć zaczyna ona odczuwać bardzo przyjemne mrowienie ran, związane z aktywacją naturalnego układu opioidowego. NSSI są zatem uzależniające w mechanizmie opioidowym, czyli najsilniejszym ze znanych mechanizmów receptorowych uzależnienia. Od heroiny nie ma powrotu do zdrowia.

Okaleczenie, w myśl tej teorii, nie pełni roli zamierzonego samouszkodzenia ciała (*self-harm*), jak zdarza się nam spotykać to pojęcie w przeterminowanej literaturze. Autoagresja jest, wręcz przeciwnie, metodą dostarczania ukojenia. Wybór metody zależy od matryc, które nam wgrano. Podobną rolę dla innych będą pełnić: alkohol, papierosy czy inne substancje psychoaktywne. Nieodpowiednie matryce wgrywa nam niewłaściwa relacja z najbliższymi: ignorowanie naszych potrzeb od wczesnego dzieciństwa, system nakazowo-zakazowy, pozbawiony empatii i wsparcia.

Czego zatem uczą nas zwierzęta na temat psychiatrii ewolucyjnej? Z pewnością uczą nas tego, że zanim po raz sto dziesiąty wymyślimy nową „jednostkę chorobową” pod tytułem *uzależnienie od gier* lub *od smartfonów*, skupimy się na przyczynowości. Zamiast formułować kryteria diagnostyczne dotyczące czasu trwania *objawów*, warto sformułować przede wszystkim potrzeby człowieka, z którym się mierzymy w pracy zawodowej, i któremu chcemy pomóc.

Co więcej, zmienia to naszą trajektorię myślenia z „kryzysu psychiatrii młodzieży” czy innych, bzdurnych fał uzależnień – na dużo poważniejszy problem: kryzys bliskości i więzi rodzinnych.

NASZ SERWIS

❖ Sejm RP uchwalił nowelizację ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, która kompleksowo reguluje rynek elektronicznych papierosów i woreczków nikotynowych. Nowe przepisy zakazują ich sprzedaży osobom do 18. roku życia, przez internet i w automatach. Poprawiają też nadzór nad składem tych produktów. W Polsce 30% młodzieży przed 17. rokiem życia ma kontakt z nikotyną.

Puls medycyny nr 5/2025 r.



❖ Po remoncie został otwarty kliniczny oddział kardiologii Szpitala w Nowej Soli (koszt 2,5 ml złotych). Oprócz prac budowlanych i zakupu nowych mebli, oddział otrzymał stację monitorowania i 15 kardiomonitorów. Profesor Jarosław Hiczkiewicz – ordynator oddziału – wyraził nadzieję, że dzięki kardiomonitorom lekarze oddziału będą mogli uratować wielu pacjentów.

Gazeta Lubuska 27.05.2025 r.



❖ Firma Polbionica będzie produkowała od 2027 roku bioniczne trzustki w Zielonej Górze – jako jedyne, na razie, miasto poza Warszawą. Obecność firmy w naszym mieście to duży prestiż – powiedział prezydent Marcin Pabierowski. Obecnie w Polsce dokonuje się 40 przeszczepów rocznie od dawców – chociaż czeka na to aż 20 tys. chorych.

Gazeta Lubuska 29.05.2025 r.; Nasza Lubuska 12.06.2025 r.



❖ Z niecierpliwością czekamy na budowę Lubuskiego Centrum Onkologii w Zielonej Górze. Konkurs został rozstrzygnięty, koszt budowy to około 300 mln zł. W czterokondygnacyjnym Centrum będą kliniczne oddziały chirurgii onkologicznej, chirurgii klatki piersiowej, hematologii i urologii. W ramach nowoczesnego zakładu medycyny nuklearnej będzie funkcjonować pozytonowa tomografia emisyjna (PET) oraz pracownia scyntygrafii. W planach jest także utworzenie kompleksu poradni, bazy zespołu transportu medycznego, sal dydaktycznych i seminaryjnych. Centrum ma powstać za polikliniką.

Gazeta Lubuska 23.06.2025 r.



❖ Naukowcy rozpoznali nowy w Europie bardzo inwazyjny gatunek kleszcza, który może przenosić ponad 30 patogenów groźnych dla ludzi i zwierząt. Znany jako kleszcz długorogi został rozpoznany w Turcji, a pochodzi z Azji Wschodniej. Jego obecność była już notowana w Chinach, Japonii oraz Australii. Ten kleszcz może rozmnażać się bez udziału samców (partenogeneza), a żywicielami mogą być dzikie i domowe zwierzęta oraz ludzie. Problem nowego kleszcza w Turcji jest monitorowany przez naukowców w kontekście zdrowia publicznego.

Gazeta Lubuska 25.06.2025 r.



❖ Nowe wiadomości dotyczące HIV. Powstała pierwsza szczepionka zapobiegająca zakażeniu HIV. Pomyślnie przeszła półroczne badania kliniczne – skuteczność ponad 99%. Została wstępnie zatwierdzona przez FDA. Specjaliści są zdania, że to wielki przełom w walce z HIV. Badania będą kontynuowane. Natomiast amerykańscy naukowcy odkryli, że HIV potrafi samodzielnie wyciszyć swoją aktywność poprzez produkcję specjalnego fragmentu RNA, tzw. AST (antisensetranscript). Wzmacniając produkcję AST w zakażonych komórkach odpornościowych, spowodowali prawie całkowite uśpienie wirusa i jego aktywność była praktycznie niewykrywalna. Stały wzrost AST może zapewnić terapię genową.

Angora 06.07.2025 r.



❖ Piknik Zdrowia który odbył się na terenie ośrodka w Drzonkowie był doskonałym przykładem połączenia przyjemnego z pożytecznym. Okazji do zabawy towarzyszyła możliwość skorzystania z badań profilaktycznych i z medycznej konsultacji. Porad medycznych udzielali pracownicy Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze, Centrum Ortopedii w Świebodzinie, WOMP w Zielonej Górze oraz „MEDKOLU”.

Nasza Lubuska 12.06.2025 r.

Opracował **Włodzimierz Janiszewski**

Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałami: Diabetologii, Endokrynologii i Gastroenterologii Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze.

DR N. MED. IWONA TOWPIK

LEKARZ DIABETOLOG

W strukturach Oddziału funkcjonują sprofilowane pododdziały Diabetologii, Endokrynologii i Gastroenterologii oraz 2 poradnie przyszpitalne – Diabetologiczna i Gastroenterologiczna. W obrębie Poradni diabetologicznej prężnie działa Poradnia dla Ciężarnych z Cukrzycą i Poradnia Stopy Cukrzycowej

Pododdział Diabetologii wraz z poradnią przyszpitalną realizuje pełny profil dostępnych w naszym kraju procedur z zakresu opieki nad pacjentem z cukrzycą. W ramach opieki diabetologicznej poza leczeniem ostrych powikłań cukrzycy, co może być realizowane w każdym Oddziale internistycznym przeprowadzamy pełną diagnostykę różnicową różnych typów cukrzycy, diagnostykę i leczenie przewlekłych powikłań naczyniowych cukrzycy, wdramy nowoczesne technologie w zakresie monitorowania glikemii (systemy CGMS) oraz w zakresie insulinoaterapii (osobiste pomy insulino- we), ustalamy spersonalizowane, nowoczesne leczenie farmakologiczne w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta. Istotnym wsparciem w pełnej opiece diabetologicznej jest edukacja prowadzona przez zespół lekarski we współpracy z zatrudnionym w Oddziale dietetykiem, trenerem pompowym, edukatorem diabetologicznym. Jesteśmy jedynym w województwie lubuskim i jednym z 37 w Polsce Ośrodkami realizującym Program WOŚP leczenia kobiet z cukrzycą w ciąży za pomocą osobistych pomp insulinowych. Program dotyczy wypożyczania przez specjalistyczne ośrodki diabetologiczno-położnicze sprzętu medycznego w postaci pompy insulinowej z zintegrowanym systemem CGM. Ośrodki obejmują opieką wysoko- specjalistyczną pacjentki z cukrzycą

przedciążową planującą ciążę lub będące w ciąży. Zadaniem ośrodka jest wypożyczenie sprzętu, edukacja w zakresie terapii pompowej, żywieniowej, leczenia przez okres planowania i ciąży, a także w okresie połogu.

Wypożyczany sprzęt w naszym Ośrodku obejmuje:

1. Pompę insulinową typu MiniMed 740 G firmy Medtronic (aktualnie 15 pomp, w razie potrzeby sprzęt jest uzupełniany),
2. Transmitter Guardian3,
3. Sensory Guardian3 przez cały okres trwania ciąży,
4. Glukometr.

Kryteria wypożyczenia sprzętu:

- Kobiety między 18 a 45 rokiem życia z rozpoznaną cukrzycą przedciążową: typu 1, typu 2, MODY,
- Pacjentki planujące ciążę w najbliższym czasie: 6 miesięcy, maksymalny czas planowania 12 miesięcy,

- Pacjentki będące już w ciąży w I trymestrze do 16 tygodnia ciąży.

Terapia pompowa ze zintegrowanym systemem CGM oraz jak największym automatyzmem działania jest preferowaną metodą leczenia ciężarnych z cukrzycą zwłaszcza typu 1. Terapia ta powinna być zalecana każdej pacjentce akceptującej ten sposób leczenia – wyrażającej chęć leczenia pompą insulinową. Terapia pompowa jest koniecznie zalecana w przypadku pacjentek z:

- Wieloletnią cukrzycą,
- Niewyrównaną cukrzycą przy stosowaniu klasycznych wstrzyknięć (HbA1c > 6,5%),
- Chwiejnym przebiegiem choroby,
- Ze zjawiskiem brzasku,
- Nieodczuwaniem hipoglikemii,
- Aktywnych fizycznie,
- Z zaburzeniami odżywiania,
- Niepowodzeniami położniczymi w wywiadzie.



Pacjentki z cukrzycą w okresie planowania ciąży i będące w ciąży należy w trybie pilnym skierować do Poradni diabetologicznej przyszpitalnej, natomiast pacjentki będące w ciąży z cukrzycą źle kontrolowaną należy kierować w trybie pilnym do Oddziału.

W ramach opieki nad pacjentem z cukrzycą nasz Ośrodek, jako 1 z 2-ch w województwie lubuskim ma zakontraktowane z NFZ procedury z zakresu leczenia za pomocą osobistych pomp insulinowych u osób dorosłych (realizacja w ramach AOS).

Pododdział Endokrynologii prowadzi diagnostykę i ustala leczenie schorzeń układu dokrewnego-podwzgórza, przysadki, tarczycy, przytarczyc, nadnerczy, niektórych schorzeń gonad, prowadzi wstępną diagnostykę guzów neuroendokrynnych. Zajmuje się również leczeniem ostrych stanów w endokrynologii (przełom nadnerczowy, przełom tarczycowy, przełom hiperkalcemiczny).

Pododdział Gastroenterologii realizują całe spektrum diagnostyczno-terapeutyczne z zakresu chorób układu pokarmowego. Pacjentom z chorobą Leśniowskiego-Crohna i z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego oferujemy leczenie biologiczne ramach programów lekowych. We współpracy z Pracownią endoskopii wykonywane są zabiegi polipektomii, poszerzania i protezowania przełyku, opaskowania żyłaków przełyku, ECPW i endoskopowa sfinkterektomia z protezowaniem dróg żółciowych, leczenie zmian naczyńowych w obrębie błony śluzowej przewodu pokarmowego za pomocą argonowej koagulacji plazmowej.

Oddział prowadzi również działalność dydaktyczno-naukową, kształci studentów wydziału lekarskiego, pielęgniarstwa UZ oraz lekarzy stażystów i rezydentów. Realizujemy programy specjalizacji z zakresu diabetologii, gastroenterologii i chorób wewnętrznych oraz staże kierunkowe (diabetologia, gastroenterologia, interna) w ramach innych specjalizacji. Corocznie organizujemy Lubuską Konferencję Diabetologiczno-endokrynologiczną, w tym roku po raz 5-ty o zasięgu ponadwojewódzkim.

ZAPOWIEDŹ

XIII Lubuska Konferencja Neurologiczna 3-4 października 2025 r. Zielona Góra

Wszystkie sesje konferencji oraz zakwaterowanie dla prelegentów i gości będą miały miejsce w Grape Town Hotel w Zielonej Górze (adres: Aleja Wojska Polskiego 79, 65-762 Zielona Góra).

Uczestnictwo w konferencji jest bezpłatne.

Tradycyjnie dla wykładowców i gości oficjalnych w wieczór poprzedzający wykłady, w piątek 03.10.2025 r. od godziny 18.00, z przyjemnością zapraszamy Państwa na spotkanie towarzyskie połączone z prezentacją win lubuskich, w XVIII-wiecznym Spichlerzu Winnym, prowadzonym przez znanego lubuskiego winiarza i pisarza (nominowanego do prestiżowej Nagrody Literackiej Nike w 2021 r.) Krzysztofa Fedorowicza.

W sobotę 04.10.2025 r. od godziny 9.00 rozpoczną się wykłady i tradycyjnie konferencję otworzą i poprowadzą obrady współprzewodniczący Komitetu Naukowego i Organizacyjnego prof. dr hab. n. med. Radosław Kaźmierski (Kierownik Katedry Neurologii, Zastępca Dyrektora Instytutu Nauk Medycznych, ds. Rozwoju i Stopni Naukowych) oraz dr n. med. Szymon Jurga (Ordynator Kliniki Neurologii) obaj z Collegium Medicum, Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Jak co roku, konferencję uświetnią wybitni wykładowcy naukowcy i praktycy lekarze – reprezentujący szeroki wachlarz dziedzin neurologii klinicznej.

W tegorocznej konferencji, po raz pierwszy, będziemy gościli Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii prof. Bartosza Karaszewskiego, którego wykład będzie dotyczył *Leczenia hipolipemizującego i przeciwnkrzepliwego po udarze mózgu*.

Ponadto, w naszej konferencji nowymi wykładowcami będą wybitni specjaliści, w skali międzynarodowej, prof. Anna Kostera-Pruszczyk, kierownik Klinik Neurologii UM w Warszawie,

która omówi – nie zawsze oczywiste przypadki miastennii oraz prof. Marta Masztalewicz – kierownik Kliniki Neurologii ze Szczecina, która omówi nieco mniej znane aspekty związane z trombofilią. Dr n. med. Artur Drużdż (Poznań) autorytet w dziedzinie dystonii, przedstawi *Postępy w diagnostyce i leczeniu dystonii szyjnej*, a prof. Magdalena Bosak (Katowice) omówi niezwykle istotne dla lekarzy praktyków zagadnienie: możliwości terapeutycznych w padaczce ogniskowej.

Ponadto, spotkamy się ze znanymi już w poprzednich konferencji wykładowcami: prof. Wojciechem Kozubskim (Poznań), prof. Przemysławem Nowackim (Szczecin), prof. Adamem Kobayashim (Warszawa) oraz prof. Emilianem Snarskim (kierownik Kliniki Hematologii UZ w Zielonej Górze), który opowie o niezwykle obiecującej dziedzinie terapii jaką są *Terapie komórkowe w neurologii*.

W tym roku, ze względu na wyjazdy służbowe niektórych dotychczasowych wykładowców, zdecydowaliśmy się zaprosić nowych wykładowców.

W ubiegłych dwóch latach dziedzinę chorób pozapiramidowych reprezentował prof. Jarosław Sławek – wieloletni Prezes Sekcji Schorzeń Pozapiramidowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz współredaktor naczelný *Neurologii i Neurochirurgii Polskiej*, w tym roku godnie zastąpi go prof. Piotr Janik (Warszawa) aktualny Prezes Sekcji Schorzeń Pozapiramidowych PTN.

W zakresie chorób demielinizacyjnych w ostatnich dwóch konferencjach brała udział prof. Alicja Kalinowska (UMP i Mayo Clinic, USA), w bieżącym roku będziemy gościli prof. Andrzeja Głąbińskiego z Łodzi, który powie o *Aktualnym paradygmacie terapii SM lekami wysokoefektywnymi*.

Sądzymy, że ukoronowaniem konferencji będzie wykład gościa specjalnego prof. Matthiasa Endresa, Kierownika Kliniki Neurologii Uniwersytetu Humboldta z Berlina (prof. Endres jest kierownikiem Klinik und Hochschulambulanz für Neurologie mit Abteilung für Experimentelle Neurologie Charité-Universitätsmedizin Berlin; oraz Center for Stroke Research Berlin

Charité-Universitätsmedizin Berlin, German Center for Neurodegenerative Diseases Berlin).

Serdecznie zachęcamy do udziału w konferencji.

W imieniu Komitetu Organizacyjnego i Naukowego:

prof. dr hab. n. med. Radosław Kaźmierski

Kierownik Katedry Neurologii

Zastępca Dyrektora Instytutu Nauk Medycznych ds. Rozwoju i Stopni Naukowych, Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski

Dr n. med. Szymon Jurga
Ordynator Kliniki Neurologii
Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski



❖ Zakład Diagnostyki Obrazowej w Szpitalu na Wyspie w Żarach oferuje nowe, małoinwazyjne procedury diagnostyczne pod kontrolą USG: biopsję cienkoigłową tarczycy, biopsję gruboigłową piersi oraz biopsję gruboigłową węzłów chłonnych. Kwalifikacje do badań odbywają się w poniedziałki, wtorki i piątki w godzinach 8:00-14:00 w Zakładzie

Diagnostyki Obrazowej Szpitala Na Wyspie przy ulicy Pszennej 2 w Żarach. Pacjent powinien zgłosić się z wystawionym skierowaniem do Poradni Chirurgii Ogólnej. Powinien również posiadać wykonane wcześniej USG tarczycy z oceną EU-TIRADS, USG piersi czy USG węzłów chłonnych. Zakład wykonuje biopsje węzłów chłonnych, podejrzanych obecność przerzutów. W przypadku patologii węzłów w przebiegu choroby hematologicznej, należy pacjenta skierować bezpośrednio do Poradni Chirurgicznej i wycięcia węzła w całości. W Zakładzie Diagnostyki Obrazowej Szpitala Na Wyspie, po pozytywnej kwalifikacji do biopsji, należy zarejestrować się na biopsję pod numerem telefonu 68 470 36 89.

❖ Centrum Zdrowia Matki i Dziecka Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze oferuje kompleksową opiekę pacjentkom do 18 roku życia z guzem jajnika. Inicjatywa, ufundowana w ramach grantu naukowego Agencji Badań Medycznych, umożliwia szybszy dostęp do specjalistycznej opieki oraz, jeśli zajdzie taka potrzeba, zabiegu operacyjnego z wykorzystaniem robota da Vinci. Rejestracja pacjentek odbywa się w ramach Poradni Niepłodności oraz Wieku Rozwojowego pod numerem telefonu 533 322 316 lub 537 258 926 (poniedziałki w godz. 8.00-11.00) i Poradni Urologicznej dla Dzieci pod numerem telefonu 68 32 96 200 (środę w godz. 9.00-14.00).

❖ Szkoła Rodzenia w Wielospecjalistycznym Szpitalu SPZOZ w Nowej Soli przeszła remont oraz została wyposażona w nowy sprzęt. Przyszli rodzice, pod okiem wykwalifikowanego personelu, będą mogli uzyskać odpowiedzi na pytania związane z ciążą, porodem oraz rodzicielstwem. Dodatkowo, w każdą pierwszą środę miesiąca o godzinie 17.00 w sali konferencyjnej Szpitala prowadzone są Dni Otwarte Szpitalnej Porodówki. Rejestracja do Szkoły Rodzenia odbywa się poprzez przesłanie w wiadomości SMS imienia i nazwiska ciężarnej oraz tygodnia ciąży na numer 516 816 177.

Opracował lek. Rafał Bojanowski



DR WŁODZIMIERZ JANISZEWSKI

SPECJALISTA EPIDEMIOLOG

Fentanyl jest syntetycznym lekiem przeciwbólowym. Stosowany głównie w anestezjologii do usypiania na krótki okres, w leczeniu bólów przewlekłych, a pozamedycznie używany w celu odurzania. Pod względem chemicznym należy do pochodnych fenylpiperidyny. Podobnie jak morfina jest agonistą receptorów opioidowych. Łączy się z nimi, wywołując działanie

Fentanyl – lek i narkotyk

przeciwbólowe i narkotyczne. Pierwszy raz został zsyntetyzowany w Belgii w połowie XX wieku, a do lecznictwa wprowadzony 10 lat później. Posiada liczne synonimy: Beatryl, Durogesic, Fentanest, Fentanil, Haldid, Leptanal, Oralet, Phentanylcitrate, Sentonyl, Sublimaze, Tanyl oraz nazwę potoczną (uliczną) „White lily”.

Fentanyl może wchłaniać się do organizmu różnymi drogami: przez przewód pokarmowy, przez skórę, drogą pozajelitową, może być również włączany i palony.

Przenika przez barierę łożyska. Około 90% wydalą się z żółcią, a 10% z moczem w postaci niezmienionej.

Mechanizm działania charakteryzuje się silnym depresyjnym oddziaływaniem na ośrodkowy układ nerwowy, szczególnie na ośrodek oddechowy, kaszlu i naczynioruchowy. Pobudza ośrodek

nerwu błędnego i wymiotny. Działa silniej przeciwbólowo niż morfina – od 50-100 razy, 0,1 mg fentanylu odpowiada 10 mg morfiny. Silniejsze i szybsze działanie niż morfiny spowodowane jest lepszą rozpuszczalnością w lipidach i łatwiejszym przenikaniem przez barierę krew-mózg. Nasila działanie innych opioidów, leków uspokajających, nasennych, psychotropowych i alkoholu.

Tolerancja na fentanyl znacząco wzrasta u ludzi długotrwale stosujących substancje z grupy morfiny oraz narkotyków o podobnym działaniu. W małych dawkach daje efekty podobne do innych narkotyków opioidowych, powodując rozluźnienie mięśni, senność, zanik lęku i bólu. Działa natychmiast po podaniu (1-2 minuty), ale krótko (20-30 minut). Krótki okres działania pojedynczej dawki jest spowodowany szybką redystrybucją (przemieszczaniem) do



mięśni, tkanki tłuszczowej oraz płuc, co powoduje zmniejszenie stężenia we krwi. Nie działa depresyjnie na układ krążenia. W medycynie stosowany jest w postaci ampulek do iniekcji dożylnych w leczeniu ostrych bólów, np. w przypadku zawału mięśnia sercowego, bólów pooperacyjnych oraz do znieczulania przed wykonaniem bolesnych badań diagnostycznych (np. kolonoskopii). W leczeniu bólów przewlekłych natomiast, np. nowotworowych, szeroko stosowany w postaci przezskórnej (TTS – transdermaltherapeutic system).

Fentanyl jest substancją silnie uzależniającą i z tego powodu stosowanie i obrót podlega takim samym przepisom, jak innych narkotycznych leków przeciwbólowych. Pomimo tego fentanyl i jego pochodne produkowane są nielegalnie w wielu krajach Europy, w tym i w Polsce, z przeznaczeniem na rynek narkotykowy. Przez osoby eksperymentujące lub uzależnione przeważnie jest palony lub zażywany doustnie. Szybko wchłania się przez błony śluzowe jamy ustnej.

Rozprowadzany jest w formie proszku lub roztworu, który osoby uzależnione podgrzewają, i wdychają opary. Fentanyl w niewielkich dawkach powoduje błogostan, rozluźnienie mięśni, delikatną euforię, niewielkie otępienie, znieczulenie i pozorne pozbycie się kłopotów. W dużych dawkach natomiast szybko wywołuje objawy toksyczne, często powodując zgon.

Tak było, gdy rosyjskie siły specjalne użyły fentanylu w postaci gazu podczas odbijania zakładników przetrzymywanych w Teatrze na Dubrowce w Moskwie, w październiku 2002. W czasie akcji zginęło na miejscu około 100 osób, a po jej zakończeniu zmarło następne kilkadziesiąt z powodu wysokiego stężenia gazu.

Przedawkowanie ze strony centralnego układu nerwowego powoduje oszołomienie, zawroty głowy, senność, hipotermię, obniżenie napięcia mięśniowego, zniesienie odruchów, porażenie ośrodka oddechowego i zgon. W układzie krążenia powoduje zwolnienie czynności serca (bradykardia), spadek ciśnienia krwi i objawy wstrząsu. Żrenice są bardzo zwężone („żrenice szpilkowate”). Skóra jest bladoszarawosinawa, ma obniżoną temperaturę. W zakresie przewodu pokarmowego objawy

toksyczne manifestują się nudnościami, wymiotami, skurczem dróg żółciowych oraz zwolnieniem perystaltyki jelit.

Przy przewlekłym nadużywaniu fentanylu i nagłym przerwaniu przyjmowania występują liczne objawy abstynencji: lęk, bezsenność, majaczenie, łzawienie, katar, nudności, wymioty, biegunka, bóle kurczowe brzucha, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenie czynności serca, a w ciężkich stanach drżenie mięśniowe, bóle mięśni i stawów, wystąpienie drgawek i zapasć naczyniowa.

Należy podkreślić, że współczesna medycyna nie tylko ma zapobiegać i leczyć choroby, ale także ma za zadanie nieść choremu ulgę w bólu i cierpieniu. Ból określany jest jako piąty objaw życiowy, obok temperatury, tętna, oddechu i świadomości. Ból działa jak sygnał, który powiadamia o zmianach patologicznych w organizmie, np. jest następstwem uszkodzenia tkanek ustroju. Jest przykrym wrażeniem zmysłowym i cierpieniem fizycznym. Mechanizm powstawania bólu jest dość dobrze poznany. Najpierw bodźce alarmowe stymulują zakończenia nerwowe (receptory), które przesyłają informacje do rdzenia kręgowego, następnie przez rdzeń przedłużony, most, śródmózgowie, wzgórze, do jądra czuciowego w mózgu, które przyjmuje informacje i rozpoznaje je jako ból.

Medycyna rozróżnia kilka rodzajów bólu, np. nowotworowy, zawałowy, pooperacyjny, trzewny, naczyniowy czy reumatyczny. W celu ich osłabienia, zniesienia i przyniesienia choremu ulgi stosuje się leki przeciwbólowe, w tym również substancje opioidowe, narkotyczne. Niektóre bóle są tak silne, że stanowią wskazania do szybkiego podania morfiny dożylnie, np. zawał serca, kamica nerkowa. W przypadku bólów w chorobie nowotworowej nie ma alternatywy. Jak wspomniano, należy zastosować fentanyl, który jest dziś częściej stosowany niż morfina. Nawet w bólach reumatycznych częściej stosowane obecnie są opioidy, głównie tramadol, dziesięciokrotnie słabszy od morfiny.

Oczywiście, dłuższe stosowanie substancji opioidowych może wywołać objawy tolerancji (potrzeba zwiększania dawki), a nagłe odstawienie lub zmniejszenie dawki – opisany zespół

abstynencji; mogą więc one silnie uzależniać. Nie jest to jednak narkomania – do ich stosowania są potrzebne wskazania i kontrola lekarska. Problem pojawia się wtedy, gdy leki te znajdują się na rynku narkotykowym, i są używane bez wskazań lekarskich w celu odurzania.

W Polsce do nielegalnego obrotu groźnym fentanylem dochodzi przez fałszywe recepty lub kradzieże leków, które tę substancję zawierają.

W związku ze zwiększeniem się liczby recept, zatruć i zgonów (np. opisywane w Żurominie) wprowadzony został system codziennej kontroli recept na opiaty, w tym na fentanyl.

Jednak dilerzy handlujący fentanylem działają – w jednym miesiącu pojawiło się około 150 ogłoszeń o możliwości jego nabycia. Natomiast w USA mamy do czynienia z sytuacją wręcz tragiczną – już trzeci rok z rzędu ponad 100 tys. osób umiera z powodu przedawkowania fentanylu. Wśród ofiar wymienia się nawet roczne dziecko.

Koszt produkcji fentanylu jest niski. Do wyprodukowania 1 kg fentanylu potrzeba chemikaliów o wartości 200 USD, natomiast – dla porównania – do uzyskania 1 kg heroiny potrzeba opium o wartości 6 tys. USD.



Opioidy – fakty, mity, obawy

BARTOSZ SZAROWAR

LEKARZ SPECJALISTA ANESTEZJOLOGII
I INTENSYWNEJ TERAPII
PORADNIA LECZENIA BÓLU

Po wielu latach pracy w Poradni Leczenia Bólu, z moich obserwacji wynika, że wśród lekarzy, którzy na co dzień nie stosują opioidów, istnieje wyraźny dystans, a czasem wręcz lęk przed tą grupą leków. Nierzadko pacjenci słyszą od swoich lekarzy, że „to silne i bardzo niebezpieczne środki”, że „uzależniają” lub – mój ulubiony przykład – że „uszkadzają wątrobę”. Są to relacje wielu pacjentów a ich powtarzalność sugeruje, że faktycznie istnieje pewien „straszak opioidowy” w codziennej praktyce lekarskiej.

Oczywiście – opioidy są lekami silnymi, mogą uzależniać, a przy

niewłaściwym stosowaniu prowadzić do depresji oddechowej, a nawet śmierci. Kluczowe słowo to jednak „niewłaściwe stosowanie”, dotyczące pacjentów, u których nie ma wskazań do tych leków lub są źle dawkowane.

Kiedy rozważyć opioidy?

Według wytycznych Polskiego Towarzystwa Badania Bólu z 2015 roku, można je rozważyć m.in. w: chorobie zwyrodnieniowej stawów, we wszystkich jej postaciach. Są stosowane w bólu neuropatycznym, np. w neuralgii popółpaścowej czy bolesnej neuropatii cukrzycowej oraz w przewlekłych bólach krzyża.

Warunkiem jest przewlekłość dolegliwości (trwanie ≥ 3 miesiące) – u większości pacjentów ból rozwija się

latami. Kolejnym aspektem jest brak możliwości skutecznego leczenia przyczynowego bólu oraz wyczerpanie innych metod – farmakologicznych i niefarmakologicznych (fizjoterapia, zabiegi, blokady). Przykładowo, zmiany zwyrodnieniowe stawów kręgosłupa na wielu poziomach nie kwalifikują się do leczenia operacyjnego, stan ogólny pacjenta czy współchorobowość uniemożliwiają wykonanie operacji protezy stawu kolanowego lub biodrowego. Nie ma możliwości wyleczenia przyczyny bólu, pacjent z chorobą, powodującą ból, będzie żył do końca życia.

Niestety, często także leki z drugiego stopnia drabiny analgetycznej, bywają demonizowane. Przykładem jest tramadol (lek należący do słabych opioidów). Tak, może uzależniać, ale zjawisko to jest stosunkowo rzadkie, zwłaszcza w przypadku preparatów o przedłużonym uwalnianiu lub łączonych z paracetamolem. Największy potencjał uzależniający wykazuje tramadol w kroplach (!). Preparaty o powolnym uwalnianiu czy preparaty łączone mają mniejszy potencjał uzależniający. Wzmoczona czujność (powodowana większym ryzykiem uzależnienia), jest konieczna u pacjentów: z historią uzależnień (alkohol, narkotyki, leki nasenne), z odwracalną przyczyną bólu (np. ból ostry po urazie), u których dąży się do całkowitego zniesienia bólu (do NRS=0).

W bólu przewlekłym naszym celem jest obniżenie nasilenia do poziomu, umożliwiającego normalne funkcjonowanie (NRS 2-4). Całkowite zniesienie bólu przy pomocy opioidów może wywołać euforię i zwiększać ryzyko uzależnienia. Starajmy się więc utrzymywać ból na poziomie NRS 2-4, co nie daje błogostanu a zdecydowanie łagodzi dolegliwości bólowe. Podobne zjawisko obserwuje się przy redukcji farmakologicznej bólu do NRS=0 w trakcie leczenia bólu ostrego (szczególnie pooperacyjnego), ponieważ takie jego obniżenie również sprzyja uzależnieniu. W każdym przypadku leczenia bólu, zarówno ostrego jak i przewlekłego, powinniśmy pacjenta uświadomić, do jakiego poziomu odczucie bólu będziemy redukować i jakimi metodami. Jeśli chcemy obniżyć ból do NRS=0, możemy to uzyskać, stosując blokady regionalne oraz leki z pierwszego stopnia drabiny



analgetycznej (paracetamol, pyralgina czy NLPZ, gdy nie ma przeciwwskazań).

Depresja oddechowa

Najczęściej wynika z przedawkowania – celowego lub przypadkowego. Ryzyko rośnie przy zbyt szybkiej eskalacji dawki lub dzieleniu tabletek o przedłużonym uwalnianiu. Należy jasno instruować pacjentów, że form długodziałających nie wolno dzielić – np. różnica między 10 mg oksykodonu uwalnianymi w ciągu 12 godzin a podanym jednorazowo („w bolusie” podczas dzielenia tabletki) jest zasadnicza.

A co z wątrobą?

Paradoksalnie, największym zagrożeniem hepatotoksycznym wśród leków przeciwbólowych pozostaje... paracetamol. W dawkach dobowych >4 g (a w leczeniu przewlekłym >3 g, u seniorów nawet >2 g) może prowadzić do uszkodzenia wątroby. Problemem jest brak świadomości pacjentów, że wiele preparatów handlowych zawiera paracetamol – stąd realne ryzyko nieświadomego przedawkowania, szczególnie przy równoczesnym leczeniu przez kilku specjalistów. Informujmy chorych, że powinni czytać skład preparatów, zwłaszcza kupowanych bez recepty oraz liczyć sumaryczną dawkę dobową zżywanego paracetamolu.

Drugą grupą potencjalnie niebezpiecznych leków są NLPZ – szczególnie w przewlekłym stosowaniu, ze względu na gastrotoksyczność, nefrotoksyczność oraz interakcje z lekami kardiologicznymi. Co więcej, większość bólów przewlekłych nie ma komponenty zapalnej, więc NLPZ często nie mają uzasadnienia terapeutycznego.

Jak zmniejszyć obawy lekarzy?

1. Korzystanie z poradni leczenia bólu – jeśli nie czujemy się pewnie w farmakoterapii opioidowej, konsultacja jest wskazana. Czas oczekiwania bywa długi, ale w przewlekłych bólach kilka miesięcy często nie zmienia obrazu klinicznego a konsultacja w poradni będzie bardzo wartościowym postępowaniem.
2. „Odczarowanie” tramadolu – zwłaszcza w połączeniu z paracetamolem. To skuteczna terapia, o ile jest stosowana

zgodnie z dawkowaniem (co 6 godzin, jeśli ból się utrzymuje).

3. Realistyczne cele leczenia – choroba zwyrodnieniowa jest w większości przypadków nieuleczalna i postępująca. Jeśli wymaga włączenia opioidów, ryzyko uzależnienia schodzi na dalszy plan – leczenie będzie najpewniej przewlekłe, a celem jest poprawa jakości życia, a nie „uzdrowienie”. Pacjent powinien wiedzieć, że będzie żyć z bólem, ale z naszą lekarską pomocą, na jego możliwie najniższym poziomie.

Ryzyko eskalacji dawki i samodzielnej modyfikacji leczenia

W odróżnieniu od leków kardiologicznych czy diabetologicznych, opioidy – ze względu na szybko odczuwalny efekt przeciwbólowy – sprzyjają ryzyku samodzielnego zwiększania dawki przez pacjentów. Typowym przykładem jest sytuacja, w której chory, leczony oksykodonem (np. OxyContin 10 mg co 12 godzin), decyduje się na przyjęcie dodatkowych tabletek w przypadku nasilenia bólu. Takie „małe kroki” mogą prowadzić do utrwalenia nieprawidłowych schematów stosowania leku („wezmę więcej tabletek – w ogóle

nie czuję bólu”), a w konsekwencji – do rozwoju tolerancji, uzależnienia czy nawet przedawkowania.

Niezwykle zasadna jest pełna kontrola nad dostępnością i zużyciem opioidów przez chorych. Przykładem niech będzie pacjent lat 62, od kilku miesięcy pozostający pod opieką poradni leczenia bólu z powodu przewlekłego bólu kręgosłupa, który otrzymał receptę na OxyContin 10 mg w dawce 1 tabletki co 12 godzin. Zgodnie z ustaleniami pacjent dostał receptę na 180 tabletek – ilość wystarczającą na 3 miesiące terapii – oraz termin kolejnej wizyty, wyznaczony tydzień przed końcem leczenia. Po około miesiącu chory zgłosił się jednak do swojego lekarza POZ. Przedstawił zaświadczenie z poradni, informując, że leku zabrakło, ponieważ recepta została rzekomo wypisana na zbyt małą ilość tabletek. Lekarz POZ, działając w dobrej wierze i opierając się na dokumentacji dostarczonej przez pacjenta, wystawił kolejną receptę na OxyContin, tym razem na 60 tabletek.

W efekcie pacjent, zamiast planowanej 3-miesięcznej kuracji w kontrolowanej dawce, dysponował dodatkowym zapasem leku, którego nikt poza nim samym nie nadzorował. Takie sytuacje nie są regułą, ale zdarzają się i stanowią poważny problem w kontroli terapii opioidowej.



Obecnie przeciwdziałać temu ma powszechny dostęp do platformy P1 i kontrola nad wypisywanymi lekami, zarówno w POZ jak i innych poradniach ambulatoryjnych. W mojej opinii, ważne jest też wykluczenie możliwości przepisywania opioidów podczas wizyt - teleporad czy w tzw. aptekomatach, co minimalizuje ryzyko nadużyć.

wywoływać nudności i wymioty – ale nie jest to spowodowane ich wpływem na układ pokarmowy bezpośrednio a przez ich działanie ośrodkowe i do 2 tygodni występuję u pacjentów tolerancja (nudności znikają), z wyjątkiem tramadolu który u około 20% pacjentów będzie zawsze wywoływał nudności / wymioty i ma to związek z jego metabolizmem

tzw. „chińskim fentanylem” „i czy się od niego nie uzależnią”. Leki te dają **stygmatyzację** – utożsamiają stosowanie opioidów z byciem „poważnie chorym” lub „bliskim śmierci”.

Rola lekarzy i współpraca interdyscyplinarna

Kluczowym elementem w profilaktyce uzależnień i przedawkowań jest edukacja pacjenta. Jako lekarz poradni medycyny bólu nie „straszę” pacjentów opioidem, jednocześnie budując w chorym poczucie odpowiedzialności za terapię. Pacjenci powinni wiedzieć, że biorą silne leki i znać konsekwencje farmakoterapii niezgodnej z zaleceniami. Równie istotna jest ścisła współpraca pomiędzy lekarzami różnych specjalności – poradnią leczenia bólu, lekarzami POZ, onkologami, ortopedami, neurochirurgami czy internistami. Niezwykle ważne jest uwzględnienie perspektywy hospicjów, gdzie opioidy pozostają podstawą terapii, a ryzyko uzależnienia nie ma znaczenia klinicznego.

Opioidy pozostają niezastąpionym narzędziem w leczeniu bólu przewlekłego, jednak ich stosowanie wymaga ostrożności i ścisłej kontroli. Najważniejszymi wyzwaniem są: zapobieganie samodzielnej modyfikacji dawek przez pacjentów, wypracowanie systemowych rozwiązań, umożliwiających kontrolę przepisywania leków oraz rzetelna edukacja pacjentów. Racjonalna farmakoterapia opioidowa, połączona ze współpracą interdyscyplinarną, pozwala minimalizować ryzyko uzależnień, jednocześnie zapewniając skuteczną kontrolę bólu.



Obawy pacjentów związane ze stosowaniem opioidów

Pacjenci często wyrażają lęk wobec opioidów. Najczęstsze obawy obejmują: **działania niepożądane** – m.in. „uszkadzają wątrobę i żołądek” co jest mitem – opioidy same w sobie opioidy nie uszkadzają ani żołądka ani wątroby i pod tym względem są bardzo bezpieczne. Pacjenci skarżą się, że powodują nudności i wymioty na początku leczenia, a także zaparcia, którym można zapobiegać, stosując preparaty łączone np. oksykodon + nalokson). Rolą lekarza jest udzielanie rzetelnej informacji, obalanie mitów i jednocześnie podkreślanie, że opioidy są lekami silnymi, skutecznymi i bezpiecznymi, o ile są stosowane zgodnie z zaleceniami. Opioidy mogą

w wątrobie. Innym stereotypem jest myślenie o opioidach jako o „lekach ostatniej szansy” – w świadomości wielu osób opioidy, zwłaszcza morfina, kojarzą się wyłącznie z opieką paliatywną i końcem życia. Sprawy nie ułatwiają **informacje medialne** – pacjenci znają doniesienia o kryzysie opioidowym w USA czy przypadkach śmiertelnych związanych z fentanylem, co dodatkowo potęguje obawy przed uzależnieniem. Kartele narkotykowe wprowadziły fentanyl do swojego portfolio, a ponieważ jest to silny lek i z łatwością można go przedawkować, spowodował dużo zgonów przypadkowych, o czym mówi się w mediach i pacjentów to przeraża. Jest to szczególnie problem w poradni leczenia bólu (choć akurat w bólu przewlekłym nienowotworowym rzadko stosuje się fentanyl), jak również przed znieczuleniem ogólnym – zdarzali się pacjenci, wyrażający duże obawy przed

Pediatria ambulatoryjna – proste ścieżki w meandrach rutyny

Czy może istnieć prostsza dziedzina medycyny niż pediatria ambulatoryjna? Czy poza katarem, kaszlem, kolkami i problemami z kupką kryje się coś więcej w tej „studni dziecięcej rozpacz”? Czy to naprawdę trudne dla lekarza? Jedni powiedzą, że największą zgorą pediatrów są... rodzice ich pacjentów. Ale moim zdaniem największym wyzwaniem w pracy pediatry ambulatoryjnego jest ogrom wiedzy, jaką trzeba posiadać – wiedzy z każdej, absolutnie każdej dziedziny medycyny. To przytłacza. Drugim problemem jest rutyna i postępowanie z pacjentem wg zasady „bo tak mnie nauczono”.

Zastanawiałam się kiedyś, czy pediatria to skostniała dziedzina, która zatrzymała się w latach 80. XX wieku. Dziś wiem, że rozległość interdyscyplinarnej wiedzy, jaką obejmuje pediatria, sprawia, że trudno nadążyć za wszystkimi zmianami.

W mojej opinii, w ciągu ostatnich 15 lat zaszło sporo zmian w zaleceniach dotyczących postępowania z naszym małoletnim pacjentem – nawet w typowych, codziennych stanach chorobowych, które zalewają poradnie.

Warto więc omawiać na łamach gazet lekarskich sytuacje często spotykane, nie spektakularne, ale obciążających nas – lekarzy – swoją masowością.

Te artykuły nie będą przysłowiowym „odkryciem Ameryki” – raczej zwróceniem uwagi na prostsze ścieżki w codziennej praktyce.



HANNA SIANKOWSKA

LEKARZ SPECJALISTA PEDIATRII

Podgłośniowe zapalenie krtani. Czy można uniknąć nebulizacji lub zastrzyku domięśniowego?

Jednym z najczęstszych problemów, z jakimi spotykamy się codziennie w poradniach, jest podgłośniowe zapalenie krtani.

To infekcja w 100% wirusowa, charakteryzująca się „szczekającym” kaszlem, stridorem wdechowym oraz słyszalnymi świstami wdechowymi podczas osłuchiwania.

Leczenie obejmuje:

- ❖ nawodnienie,
- ❖ zwalczanie gorączki, kataru,
- ❖ zmniejszenie obrzęku krtani (chłodne powietrze, sterydy, adrenalina).

Adrenalina w leczeniu otwartym stosowana jest rzadko. Dlatego warto omówić temat sterydów.

Zgodnie z Rekomendacjami Antybiotykoterapii 2016 mamy kilka możliwości zastosowania sterydów.

Z obserwacji widzę, że często wybierane są nebulizacje z budezonidem, jednak rzadko są one stosowane zgodnie z zaleceniami. Schemat powinien wyglądać tak:

- ❖ jednorazowo budezonid 2 mg (czyli 1 ampułka 0,5 mg/ml),
- ❖ po 30 minutach powtórzenie,
- ❖ można, ale nie trzeba, powtarzać po 12–24 godzinach.

Biorąc jednak pod uwagę, że choroba trwa 3–5 dni, zazwyczaj będzie konieczność kolejnych nebulizacji – a ich jakość w warunkach domowych bywa problematyczna.

Proste rozwiązania dla lekarza przestają być bowiem łatwe dla rodziców, gdy próbujemy przeprowadzić nebulizację u np. 18-miesięcznego dziecka.

Lepsze rozwiązanie?

Deksametazon doustnie

Deksametazon, podany jednorazowo doustnie, jest wg NPOA (Narodowy

z program Ochrony Antybiotyków-Rekomendacje Antybiotykoterapii) lekiem pierwszego wyboru od 2010 r., ale dopiero teraz zyskuje zasłużone uznanie.

Rozwiązanie to jest prostsze, szybsze i skuteczniejsze.

Dawkowanie:

0,15–0,6 mg/kg mc, najczęściej 0,3 mg/kg (łatwe do zapamiętania i zastosowania).

Brakuje danych o konieczności stosowania dawek powyżej 8 mg, zatem dawek większych nie stosujemy.

Tabletki 1 mg można łatwo rozdrobnić i rozpuścić w niewielkiej ilości dowolnego płynu lub musu, serka itp. (już 3–5 ml wystarczy).

Sam lek jest praktycznie bez smaku – co przekłada się na dobrą tolerancję u dzieci.

Działa po jednorazowym podaniu przez 3–5 dni, czyli przez cały okres trwania obrzęku podgłośniaowej części krtani.

Poprawa następuje już po 30 minutach od podania.

Wielu małych pacjentów ma kilka epizodów zapalenia krtani w sezonie – nie ma przeciwwskazań, by zastosować taką jednorazową dawkę przy kolejnej infekcji.

Oczywiście, w przypadkach cięższych, wymagających hospitalizacji postępowanie będzie inne, ale ciężki przebieg prezentuje 1 % dzieci chorych na pseudokrup (wg innych statystyk mniej niż 5% wymaga hospitalizacji, nadal jest to znikoma ilość).

Dodatkowo zgodnie ze Stanowiskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii z dnia 03.11.2021:

„Zlecenie leków/antybiotyków domięśniowo u dzieci jest niebezpieczne i okrutne(...) I zarówno w praktyce ambulatoryjnej jak i w szpitalu nie powinno mieć miejsca.

Wyjątek stanowi: jednorazowe podanie leku ratującego życie w przypadku trudności z uzyskaniem dojścia dożylnego; chemioprophylaktyka IChM; w uzasadnionych przypadkach na zlecenie lekarzy specjalistów z innych dziedzin pediatrii”.

Zatem gdy dziecko nie ma ciężkiej duszności, jest w stanie połykać, to zamiast zastrzyku z deksametazonu może zawiesina z tabletek?

Pozwoli to skupić uwagę rodziców na:

- ❖ perfekcyjnej toalecie nosa, co zmniejszy zaciekanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła w czasie drugiej fazy infekcji;
- ❖ porządnym nawadnianiu, co ułatwia odkrztuszanie i działanie mukolityków;
- ❖ lepszym opanowaniu gorączki, która, zwiększając zapotrzebowanie na płyny, utrudnia utrzymanie prawidłowego

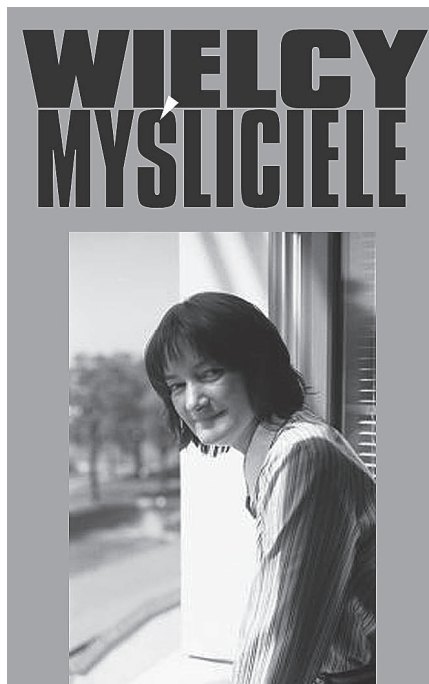
nawodnienia dziecka i przez to nasila zagęszczanie wydzieliny.

Powodzenia i dużo siły w najbliższym sezonie infekcyjnym!



Gdy mała Narcyza miała 12 lat, wybuchło powstanie listopadowe. Uczyła się wówczas na pensji Zuzanny Wilczyńskiej (1763-1837) w Warszawie. Jak bardzo nauka tam stała na niskim poziomie, której celem było przygotowanie „troskliwych żon i sumiennych gospodyń”, przekona się Narcyza dopiero później, kształcąc się sama. Na razie jednak, będąc na pensji, wraz z koleżanką, postanawiają wziąć udział w powstaniu. Poddają się próbom: morzą głodem, śpią na podłodze. Rezultatem jest choroba, ale i przekonanie, że można walczyć dla kraju, będąc w kraju, nie jak wielu mężczyzn, którzy wybrali emigrację.

Kłęska powstania 1831 roku spowodowała wielki ubytek mężczyzn. Wielu zginęło na polu bitwy, inni zostali wtrąceni do więzienia lub zesłani na Sybir. A co najważniejsze – odeszli najlepsi, pozostali ci, którzy nie zawsze sobie radzili. Doprowadziło to, zdaniem wielu, do przymusowej emancypacji. Kobiety, których „poziom” był o wiele wyższy, po



LILIANNA KIEJZIK

PROF. DR HAB.

UNIwersytet Zielonogórski

trwał 2 lata. W tym czasie zapisała się do biblioteki Sorbony, przeczytała rozprawy Leibniza, Immanuela Kanta, Fichtego, innych przedstawicieli oświecenia filozoficznego, także Adama Mickiewicza. Wróciła do kraju w 1839 roku, ze sporą wiedzą, poszerzonymi horyzontami, z przejętymi od Erazma przekonaniami demokratycznymi, które zachowała do końca życia. Szybko stała się pożądaną guwernantką. Trafiła do majątku Stanisława Kisieleckiego pod Łomżą, uczyła jego dzieci.

W tym czasie zaczęła już pisać. Najpierw wiersze, które opublikuje po powrocie do Warszawy, dokąd udaje się z rodziną swoich chlebodawców. W Warszawie zbliża się do kręka „Przeglądu Naukowego”. Było to czasopismo naukowo-literackie wydawane w latach 1842-1848, publikujące rozprawy filozoficzne, ekonomiczne i historyczne. Miało także dział literacki. Wydawali je Edward Dembowski (1822-1846), polski działacz lewicy, filozof i krytyk literacki oraz Hipolit Skimborowicz (1815-1880) – literat i publicysta, mąż Anny Skimborowiczowej (1808-75), wielkiej przyjaciółki Narcyzy i jednej z entuzjastek.

Kolejne lata były w przypadku Żmichowskiej najbardziej płodnymi pod różnymi względami. Pobyt we Francji spowodował w niej przemianę: wcześniej skromna i pospolita, teraz stała się ekscentryczką, wypowiadała wprost i śmiało swe poglądy, zaczęła nawet palić cygara, co kobietom wówczas nie uchodziło i musiało wywoływać zgorszenie. Podjęła współpracę z czasopismem „Pielgrzym” wydawanym przez Eleonorę Ziemięcką (pierwszą polską filozofkę) oraz „Pierwiosnkiem”, gdzie pracowały wyłącznie kobiety. Utworzyła grupę entuzjastek. W jej skład weszły kobiety, które wypowiadały się na tematy emancypacyjne, wiele z nich pracowało w konspiracji, gdyż był to czas nasilenia się antypolskiej działalności Rosji i represji. Walczyły też z przesądami na temat kobiet, z mizoginią, z mieszczańską obyczajowością. Głosiły poglądy, że emancypacja kobiet jest nierozłączna z emancypacją narodu, dlatego prowadziły też działalność polityczną, co doprowadziło do aresztowań. Spotykały się w mieszkaniu Narcyzy w Warszawie. Stanowiły też grupę towarzyską, powiązaną stosunkami przyjaźni i uczuciem

Narcyza Żmichowska (1819-1876/1878)

prostu urosły do roli obywaterek. Pojawił się też silny sprzeciw wobec małżeństwa, a przynajmniej przeciwko małżeństwu opartemu na konwenansach i umowie. Mając dodatkowo dość lichego materiału do wyboru na mężów, kobiety wyrzekały się małżeństwa. Lekceważąco patrzyły na kawalerów jak na istoty prozaiczne i przyziemne. Zapał, poświęcenie, naukę zaczęły uważać za przywilej kobiety. W takim kręgu dorastała Narcyza. W jej otoczeniu znajdują się piękne, bogate i mądre panny, które dowartościowują się w towarzystwie innych pięknych, bogatych i mądrych panien. Tak pojawia się ruch **entuzjastek i emancypantek**.

Narcyza Żmichowska była najmłodszym z dziewięciorga dzieci Jana Żmichowskiego, pisarza składu soli, i Wiktorii z Kiedrzyńskich. Urodziła się w „skromnym dworze szlacheckim na Podlasiu” – jak pisał Boy-Zeleński. Jej matka zmarła następnego dnia po urodzeniu dziewczynki, wychowywali

ją trzej starsi bracia u krewnych na Podlasiu. Tam zetknęła się ze światem ludowych baśni i guseł, ale też słuchała opowieści o Polakach walczących o wolność, co zapadło w dziecięcą świadomość. Potem oddano ją na pensję do Warszawy, a następnie do Instytutu Guwernantek, który ukończyła mając 16 lat. Było to bardzo powierzchowne wykształcenie, przeciwko czemu będzie Żmichowska występować w przyszłości. Jedyną drogą otwartą dla aktywności samotnej kobiety było wówczas „nauczycielstwo”. Narcyza myślała o założeniu pensji w Poznaniu, ale potrzebowała środków, których jej nie zbywało. Dlatego najpierw wybrała pracę nauczycielki w domach arystokratów. Mając 19 lat znalazła się w Paryżu jako nauczycielka dzieci hrabiego Zamoyskiego. Tam spotkała się ze swoim bratem Erazmem, który jako emigrant po 1831 roku osiadł we Francji i wspierana jego radami zaczęła nad sobą pracować. Pobyt we Francji

„siostrzeństwa”, jak same nazywały tę łączącą je więź. Występowały przeciwko małżeństwu z rozsądku, uważały, że życie samodzielne jest bardziej wartościowe. Była wśród nich Paulina Zbyszewska (1822-92), pierwowzór „Poganki”, bohaterki najpopularniejszego utworu Żmichowskiej. Powiedzmy o niej kilka słów, gdyż losy jej były w pewnym okresie blisko związane z losami Narcyzy.

Paulina Zbyszewska była córką bardzo bogatego ziemianina, wysoce inteligentna, utalentowana i wykształcona. Znała całą Europę, wiele podróżowała, słuchała w Berlinie wykładów Hegla, doskonale znała ówczesną francuską i niemiecką filozofię, mówiła kilkoma językami, była biegła w matematyce, ekonomii, teologii, naukach przyrodniczych. Elokwentna, wygadana, ale też zimna i wyrachowana. Choć

arystokratka, z przekonania była demokratką. Lubiła otaczać się ludźmi niezwykle, znanymi. Na początku 1844 roku poznała Narcyzę Żmichowską i weszła do grupy entuzjastek. Zaprzyjaźniła się bardzo z Narcyzą, a może i ją uwiodła, różne są zdania. W każdym razie bogata panna zaprosiła biedną nauczycielkę do swojego majątku w Kurowie. Tam, w zbytku, wśród dzieł sztuki dyskutują, śpiewają, snują projekty. Narcyza jest zafascynowana osobowością swojej gospodyni, łączy do niej całym swym jestestwem, pragnie z nią pozostać do końca życia. Bogata, pewna siebie Paulina imponuje jej. Co prawda Narcyza była już głośną poetką, ale była też „dzieckiem wsi”. Choć znała Paryż, jednak wszystkie wolne chwile spędzała nie w paryskich kawiarniach i kabaretach, tylko w czytelnich

Sorboni i Biblioteki Narodowej. A potem obracała się w kręgu kobiet żyjących, jak ona, z pracy. Po raz pierwszy spotkała osobowość typu Zbyszewskiej: błyskotliwą, zuchwałą, szermującą pojęciami filozoficznymi ze znanstwem, z kulturą i z ogromną wiedzą. Nic dziwnego, że była nią zauroczona.

Paulina jednak szybko znudziła się nową znajomą i oświadczyła, że ma dosyć jej towarzystwa. Narcyza była w szoku, wyjechała z Kurowa. Co tak naprawdę zaszło między dwiema kobietami? Nie wiemy. Czyniono różne aluzje, ale obie panie nie chciały na swój temat się wypowiadać. Wiemy tylko, że to „siostrzeństwo”, ta najdoskonalsza forma przyjaźni, wydało prawdziwy utwór dramatyczny, który ugruntował sławę Narcyzy jako pisarki. W 1845 roku powstała „Poganka”.

Jest to utwór o nieszczęśliwej miłości pięknego, wrażliwego młodzieńca Benjamina (którego krytyka utożsamiała z samą Narcyzą) do cynicznej i pięknej „poganki” Aspazji – czyli Pauliny. Młodzieniec wychodzi z tej toksycznej miłości rozbity, z rozdartym sercem, jest zdradzony, ale i on zdradza własną „matkę” – ojczyznę. Gdyż zamiast jej bronić, włóczy się za ukochaną po świecie. Ważne jest też imię poganki – Aspazja. W starożytnej Grecji (V w. p.n.e.) miała być słynną heterą, wysokiej klasy kurtyzaną, która uwiodła Peryklesa i została jego drugą żoną. Słynęła z inteligencji, miała wywierać wpływ na jego działania polityczne. Oskarżona o bezbożność uniknęła kary dzięki błaganiom Peryklesa.

„Poganka” była utworem bardzo oryginalnym, z miejsca stała się sławna. Tak naprawdę należy do rodziny utworów romantycznych. Odzwierciedliły się w nim warunki naszego, polskiego życia. Jest tu nuta patriotyczna, męczeńska i narodowa. Nuta Konradów i Kordianów. Jednym słowem, Żmichowska powieliała romantyczne stereotypy.

Narcyzie nie groził los Benjamina. Ona kochała bowiem „matkę” – ojczyznę, znalazła siły do dalszego życia, pochłonęła ją praca społeczna i narodowa. W 1846 roku przeniosła się do Warszawy, w mieszkaniu przy ul. Miodowej założyła szkołę dla dziewcząt. Propaguje dwa bloki nauczania: jeden gospodarsko-praktyczny, drugi – naukowy. Naraża też wolność, przekradając



się przez granice zaborów do Księstwa Poznańskiego i do Galicji. Prowadzi wśród rzemieślników działalność propagandową i oświatową. Zwróciła w rezultacie na siebie uwagę czynników oficjalnych. W 1849 roku została aresztowana i uwięziona w Cytadeli. Następnie stanęła przed carską komisją śledczą, ale nikogo nie zdradziła. Więcej, oskarżyła rządy carskie o demoralizację społeczeństwa, ucisk narodowy, szerzenie wewnętrznego skłócenia. Utraciła wolność na dwa lata, przetrzymywano ją w jednoosobowej celi. Po wyjściu z więzienia zastosowano wobec niej areszt domowy na kolejne trzy lata. Miała okazję obserwować zastraszonego naród, pozbawiony przywódców i organizacji politycznej. Bardzo to przeżywała, był to ciężki okres w jej życiu. Spod jej pióra wychodziły wtedy tylko listy, nie było mowy o tworzeniu literatury. Narcyza wątpiła także w swój talent, prawie

całkiem zamilkła. Do Warszawy wróciła w 1855 roku

Po kilku latach przygotowania do powstania styczniowego przeżywała już inaczej. Była osobą dojrzałą, doświadczoną. Obawiała się ponownego zrywu patriotycznego, bała się, że naród znowu straci swoich najlepszych przedstawicieli. Zdawała sobie sprawę, że ideały demokratyczne nie dotrą do właściwego adresata – czyli do mas ludowych, że pozostaną ideami garstki patriotycznej młodzieży. Zdawała sobie jednocześnie sprawę, że jej pokolenie nie rozumie pokolenia ludzi młodych. Nie chcieli oni słuchać rad i przestróg, sami pragnęli spiskować i działać. Kiedy powstanie wybuchło, udała się na wieś, oczekując na rozwój wydarzeń. Miała 44 lata, zdawała sobie sprawę z braku przygotowania i z niedojrzałości oddziałów powstańczych. Była też świadkiem zupełnego niezrozumienia

sprawy powstańczej przez polską wieś. Widziała, jak kozacy wybijają grupy powstańców, jak rabują ludność wiejską, wywołują chaos. Te wydarzenia opłacała paraliżem twórczym. Przez kolejne 10 lat nic nie napisała.

Kryzys lat 60. XIX wieku zdołała przezwyciężyć w oparciu o program pozytywizmu. Wyprzedziła swoje dawne przyjaciółki, które patrzyły na ideologię pozytywistyczną jak na źródło moralnego zła. Żmichowska, na odwrót, nie rozpaczała nad kryzysem wiary i religii. Potrafiła do polskiego pozytywizmu wnieść także własne przemyślenia: walkę z ograniczeniami jako warunek wolności, poczucie solidarności z narodem, pokonywanie zastanych stereotypów, zobowiązania względem zbiorowości – wszystko to, o czym pisał August Comte w „Wykładach z filozofii pozytywnej”. Jednym słowem, ona ciągle rozwijała się intelektualnie.

Po klęsce powstania styczniowego Narcyza Żmichowska ponownie wyjechała do Paryża, zapisała się na Sorbonę, znowu czytała filozofów, ale tym razem pozytywistów. Z powodu pogarszającego się zdrowia wróciła do kraju. Zamieszkała na wsi, uczyła dzieci. Postanowiła napisać utwór autobiograficzny pt. „Czy to powieść?”. Niestety go nie skończyła. Zmarła w wieku 57 lat.



Karol Marcinkowski (1800 – 1846) – niezapomniany lekarz, patriota, organizator, społecznik i filantrop



MARIAN KRAWCZYŃSKI

PROF. ZW. DR HAB. N. MED.
AKADEMIA MEDYCZNA W POZNANIU

W bieżącym roku mija 225 lat od narodzin Karola Marcinkowskiego, czołowej postaci poznańskiego świata lekarskiego. Do czasów współczesnych stał się on chyba najczęściej wspominanym, bo też najbardziej zasłużonym lekarzem, społecznikiem, filantropem i polskim patriotą. Jest on nie tylko patronem Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu i Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze, ale także wielu szkół, parków i ulic (Inowrocław, Katowice, Wrocław). Najbardziej znanym jest z pewnością słynny poznański „Marcinek”, czyli przodujące Liceum Ogólnokształcące nr 1 im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Jeden z parków oraz główna aleja poznańska nosi również jego imię. Tam również umiejscowiono piękny pomnik lekarza: 3-metrową postać na 2,5-metrowym cokole z czerwonego,

szwedzkiego granitu. 200-lecie jego urodzenia upamiętniono wydaniem znaczka pocztowego (1). Mimo wielkiej popularności nazwiska, nie w pełni znane wielokierunkowe zasługi doktora uzasadniają ich przypomnienie.

Karol Marcinkowski ukończył Gimnazjum im. Marii Magdaleny w Poznaniu. W końcowym etapie jego studiów na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Berlinie, 2 kwietnia 1823 roku, miała miejsce promocja doktoratu „De fontibus in digenerationem” (Ogólne źródła wskazań). Doktorant ukończył studia na tym Uniwersytecie dwa lata wcześniej, w 1821 roku, jednak obrona doktoratu została opóźniona z uwagi na perypetie wynikające z jego działalności patriotycznej w organizacji „Polonia”, skutkującej 8-miesięcznym więzieniem i 6 miesiącami twierdzy w wilgotnych koszarach pod Gdańskiem. Tam prawdopodobnie szukać należy początków pogorszenia się jego zdrowia (2).

Uwolnienie Marcinkowskiego wraz z kolegami nastąpiło dzięki wstawianictwu samego namiestnika Wielkiego Księstwa Poznańskiego, księcia Antoniego Henryka Radziwiłła, mającego wpływy na dworze pruskim. „Wstawienie się tak gorliwie Jaśnie Oświeconego Xięcia za nami jest naczyniem do naszej wdzięczności powodem; winniśmy ułagodzenie wyroku Osobie, której zawsze hołd najwyższego szacunku, łączyć się nieprzerwanie z uczuciami serc, które wspaniałomyślność Xięcia oceniać, poważać i zachować są w stanie.” – pisali wspólnie młodzi ludzie w liście dziękczynnym z 16 lipca 1822 roku (cyt. wg 3).

Początek działalności Karola Marcinkowskiego jako lekarza, po zdaniu egzaminów wymaganych do

wykonywania zawodu – to rok 1823 w Poznaniu. Wówczas zamieszkał przy Rynku i związał się z nowym szpitalem, otwartym w budynkach zakonu przez Siostry Szare (Szarytki) ze Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo. Do dziś pozostaje on najdłużej działającym szpitalem w tym samym miejscu przy ul. Długiej 1/2 (w sąsiedztwie Placu Bernardyńskiego) w Poznaniu i najbardziej zasłużonym dla leczenia poznańskiego Szpitalem im. Przemienienia Pańskiego. Obecnie jest częścią Uniwersytetu Medycznego. Pierwsze lata istnienia szpitala były bardzo trudne. Pracowało w nim zaledwie dwóch lekarzy etatowych: dr Herfurth, lekarz powiatowy (fizyk) i dr Freter (tylko rok), który był także dyrektorem szkoły położnych, mieszczącej się przy Grobli (3). Karol Marcinkowski z kolegą ze studiów – poznaniakiem, Niemcem – Karolem Schneiderem pracowali jako wolontariusze. Pierwotną liczbę 60 łóżek na trzech oddziałach szpital musiał ograniczyć do połowy. Wolontariusz Karol Marcinkowski, choć nie miał żadnego zabezpieczenia finansowego (pochodził z biednej rodziny drobnomieszczańskiej, ojciec już nie żył), wsparł szpital całą resztą otrzymanego spadku (1150 talarów z odsetkami), który umożliwił mu ukończenie studiów. Nie był to jedyny jego gest charytatywny. W dalszych latach, kiedy jako jeden z pierwszych polskich lekarzy w Poznaniu rozwinął praktykę prywatną jako chirurg i ginekolog, wspierał go wielokrotnie (3).

Po śmierci dr Herfurtha w 1925 roku, naczelnego lekarza szpitala, siostry wybrały na to stanowisko dr Karola Schneidera (5). Było to bezpieczniejsze wyjście, gdyż Marcinkowski miał w życiorysie karę więzienia. Stosunki



polsko-niemieckie starano się układać przyjaźnie, a Karol Schneider był nie tylko osobą znaną i wpływową, ale także cenioną z uwagi na duże umiejętności chirurgiczne oraz znaną działalność dobroczynną na rzecz ubogich pacjentów. W 1828 roku dr Schneider zaraził się tyfusem i zmarł 13 grudnia (4). Po jego śmierci założono Fundację im. dr Schneidera pomagającą biednym, która istniała jeszcze w drugiej połowie XIX wieku. Ujawniono wówczas, że „wspierał osobiście Siostry Miłosierdzia, hojnymi darami, zastrzegając sobie aby to było tajemnicą. Wyjawiły one ją dopiero po jego śmierci z uczuciem wielkiej dlań wdzięczności.”(2). Po nim lekarzem naczelnym szpitala został dr Marcinkowski, który swoją miesięczną pensję 100 talarów przekazywał na rzecz w/w fundacji ze wskazaniem na rzecz ambulatoryjnego leczenia

nieuleczalnie chorych, by ich „smutny los złagodzić” (statut zabraniał ich leczenia w szpitalu). Był to pierwszy na ziemiach polskich sygnał opieki paliatywnej. Podobna informacja o potrzebie leczenia łagodzącego gwałtowne objawy miała też miejsce w jego pracy doktorskiej. W szpitalu zainicjowano również zebrań, na których omawiano stosowne leczenie i jego skuteczność u chorych oraz egzaminy kolegium lekarskiego, konieczne do uzyskania prawa praktyki. Tym samym szpital można uznać za początek ośrodka medycyny klinicznej. W 1929 roku kosztem oddziału dermatologicznego zmodernizowano chirurgię, hospitalizując 1028 chorych (111 zmarło). Karol Marcinkowski wykonał 28 tzw. operacji większych (m.in. amputacje kończyn) oraz 28 operacji ropni, zranień i innych (2).

W 1929 roku sytuację szpitala pogorszyła epidemia duru plamistego. W szpitalu leczono 174 osoby, zwykle o ciężkim przebiegu, trwającym 3-4 tygodnie. Źle rokowało pogorszenie stanu ogólnego w 4. tygodniu choroby, a zwłaszcza wystąpienie biegunki. Zaraźliwość, także innych chorych, była duża. Decydowały o tym złe warunki sanitarne: brak bieżącej wody i kanalizacji, małe sale chorych. W tej sytuacji 11% śmiertelność (zmarło 19 chorych) można uznać za osiągnięcie.

Prof. Adam Wrzosek w szczegółowej biografii Karola Marcinkowskiego (6) podkreśla, że jego postępowanie opierało się na szczegółowej obserwacji stanu chorego. Współcześnie nazwalibyśmy je holistycznym, biorącym pod uwagę m. in. styl życia, dietę, rytm snu, pracy i odpoczynku, wpływ środowiska, a nawet uwarunkowania emocjonalne. Trzeba pamiętać, że wówczas nieznana była aseptyka i antyseptyka, a wszystkie zabiegi chirurgiczne wykonywano bez znieczulenia ogólnego (zainicjowano je kilkanaście lat później). Wiele zabiegów było bolesnych. Nadal wykorzystywano upusty krwi (przy zapaleniu płuc i krwiopluciu), wcieranie maści rtęciowej (w zapaleniu okostnej), a nawet przyżeganie gorącym żelazem okolicy uda celem zatrzymania ropienia ran. Marcinkowski krytycznie podchodził do stosowanych przez siebie metod, zwłaszcza w przypadku braku ich skuteczności, np. upustów krwi w zapaleniach płuc. Ostrożne jego opinie dotyczyły też powszechnego postępowania z „kołtunem”, gdyż nie znano jeszcze związku jego powstawania z brakiem higieny włosów. Wśród lekarzy poznańskich był pionierem osłuchiwania pacjenta. Aktualne są jego poglądy o konieczności indywidualizacji leczenia pacjentów mimo tej samej choroby oraz o porzucaniu postępowania – nawet tego stosowanego zgodnie z ówczesnymi standardami – jeśli okazywało się nieskuteczne. Po powstaniu listopadowym, na emigracji (Anglia, Francja) zasłynął również jako znawca leczenia cholery, nękającej wówczas całą Europę.

W marcu 1830 roku w Gazecie Wielkiego Księstwa Poznańskiego opublikowano sprawozdanie księżnej Luizy, żony Antoniego Radziwiłła, z ofiar złożonych na rzecz Szpitala. Píše w nim m. in.: „Dziękuję dobroczynnym mieszkańcom Wielkiego Księstwa Poznańskiego za

rozliczne dowody przychylności dane przez nich zostającemu pod troskliwą opieką Szarych Sióstr instytutowi chorych(...) Doktor Marcinkowski zręcznością i niezmordowaną troskliwością w dozieraniu i opatrywaniu chorych największe około instytutu położył zasługi” (3).

W grudniu 1930 roku Karol Marcinkowski udaje się do Warszawy, by wziąć udział w powstaniu. Walczy jako żołnierz, lecz rannych powstańców. Podczas bitwy pod Grochowem dochodzi do spotkania naczelnego lekarza armii polskiej, gen. Karola Kaczkowskiego, z Marcinkowskim. Ten chciał pozostać zwykłym szeregowym żołnierzem, jednak na polecenie służbowe wykonał amputację kończyny u rannego żołnierza. Dobry wynik zadecydował o pozostawieniu go w szpitalu w roli operatora. Następnie, rozkazem naczelnego wodza mianowano Marcinkowskiego zastępcą lekarza dywizyjnego i odznaczono Krzyżem Złotym Orderu Virtuti Militari (7). Po upadku powstania Marcinkowski wycofał się do Prus Wschodnich. W Kłajpedzie brał udział w zwalczaniu epidemii cholery. Mimo internowania mieszkańcy w podziękowaniu ułatwili mu wyjazd do Szkocji (2), gdzie poszerzał swe doświadczenie w leczeniu cholery. W Edynburgu, a później w klinikach Londynu, zdobywał nowe doświadczenia diagnostyczno-lecznicze. Kolejnym miejscem pobytu był Paryż, gdzie zapoznawał się z pracą miejscowych klinik i dzielił swym doświadczeniem w postępowaniu z cholerą. Z tego tytułu Paryska Akademia Nauk nagrodziła go złotym medalem i nagrodą pieniężną, którą przekazał Towarzystwu Naukowej Pomocy. Mało znana jest ta jego aktywna postawa na emigracji po powstaniu listopadowym. W Szkocji był m.in. współzałożycielem filii Stowarzyszenia Polsko-Literackiego.

Po latach powstania i emigracji, aresztowany w Berlinie otrzymał wyrok 9 miesięcy twierdzy w Świdnicy. Dzięki interwencji mieszkańców (Polaków i Niemców) kara uległa skróceniu. Po powrocie do Poznania nie przejął już kierownictwa szpitalem, którym kierował dr Antoni Józef Jagielski. Skupił się na innych zadaniach. Promował młodych zdolnych adeptów medycyny. Przykładem może być dr Teofil

Matecki, u którego dostrzegł talent chirurgiczny, i któremu oddał część swoich prywatnych pacjentów, by ten mógł pozostać w szpitalu. Nie pomylił się. Po dr Jagielskim został on naczelnym chirurgiem szpitala. Wprowadzał zasady antyseptyki i nowe metody chirurgiczne. Jednocześnie Marcinkowski wykazywał dużą aktywność w Poznańskim Towarzystwie Przyjaciół Nauk, a w szpitalu kontynuował działalność edukacyjną i naukową.

W 1838 roku Karol Marcinkowski zainicjował powstanie Spółki Akcyjnej „BAZAR”. Inicjatywą bez precedensu było powołanie w 1841 roku przez Karola Marcinkowskiego Towarzystwa Naukowej Pomocy dla Młodzieży Wielkiego Księstwa Poznańskiego (stał się również na czele jego zarządu), którego celem było wyszukiwanie zdolnej młodzieży z ubogich rodzin i umożliwienie jej dalszego kształcenia. W ten sposób wsparto finansowo 6,5 tys. stypendystów!/, powiększając nieliczną poznańską inteligencję. Karol Marcinkowski brał również udział w pracach rady miejskiej i był orędownikiem założenia w Poznaniu stałego teatru polskiego. Znał doskonale realia rodzin mieszkających na Rybakach, Śródcie i Chwaliszewie, w 1845 roku założył Towarzystwo Ku Wspieraniu Ubogich i Biednych w Poznaniu, celem wprowadzenia systemu bezpłatnej opieki zdrowotnej dla ubogiej ludności miasta (1). Wiele chorób ówczesnej biedoty pochodziło z niedożywienia. Szpital zaczął więc prowadzić tzw. „kuchnię rumfordzką”, będącą pomysłem brytyjskiego naukowca Beniamina Thompsona. Była to prosta, pożywna zupa wydawana ubogim chorym bezpłatnie. Setki talarów przekazywał na nią Marcinkowski (3).

K. Marcinkowski kochał rasowe konie, znał się na nich. W wolnych chwilach jeździł konno, często też wyjeżdżał konno do pacjentów mieszkających dalej (2).

Zmarł na gruźlicę w 1846 roku. Nie pozostawił żadnego majątku. Pogrzb „doktora Marcina”, z udziałem blisko 20 tysięcy uczestników, był wielką manifestacją, nie tylko uwielbiających go ludzi biednych. Brała w nim udział przełożona Szarytek – Petronela Pyrzanowska z współsiostrami. Jej uczestnictwo może być symbolem wzajemnej zależności, jaka w miarę upływu lat rozwijała

się pomiędzy działalnością szpitala i osiągnięciami Zmarłego. Jego życie stanowi niedościgniony wzór obywatela, w którym obok niezwyklej pracowitości, wysokiego poczucia obowiązku i skromności uderzała rzeczywista miłość kraju i bliźniego. Twierdził, że „Węgielnym kamieniem, na którym się dobry byt ziemski wszędzie i zawsze wspiera, jest praca!” (2). Dziś nie ma wątpliwości, że działalność doktora Karola Marcinkowskiego w zaborze pruskim stanowi najpiękniejszą i ciągle podziwianą kartę wielorakich osiągnięć medycznych, organizacyjnych, społecznych oraz pełnego prawdziwego zaangażowania patriotycznego i filantropijnego. Doktor został pochowany na cmentarzu św. Marcina (staromarcińskim) w Poznaniu. W czerwcu 1923 roku jego zwłoki przeniesiono na Poznańską Skałkę.

Piśmiennictwo

1. Wikipedia: Karol Marcinkowski. Życiorys..
2. Zembrzusi L.: Dr Karol Marcinkowski jako obywatel, lekarz i żołnierz. Krótki szkic biograficzny. Lekarz Wojskowy 1923,4(7):635-637
3. Bogusz H.: Karol Marcinkowski i jego związki ze Szpitalem Przemienienia Pańskiego w Poznaniu. Acta Med. Pol. 2024,14(1):35-47
4. Biadała E.: Z historii pierwszych lat działalności (1823-1860) Szpitala Sióstr Szarych. Szpitalnictwo Polskie 1979,23(2):74
5. Zielewicz I.: Karol Marcinkowski jako chirurg. Nowiny Lekarskie 1911,23(1):4
6. Wrzosek A.: Karol Marcinkowski. Warszawa 1960, t.1, 196.
7. Zembrzusi L.: Rys dziejów chirurgii wojennej polskiej. Warszawa 1919

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy

HALINA ŁAZARUK

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU
LEKARSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE

Izby lekarskie w Polsce, w tym pion odpowiedzialności zawodowej, mają długą tradycję sięgającą II Rzeczypospolitej. Utworzone zostały w grudniu 1919 roku, jako obowiązkowe dla wszystkich lekarzy i działały do 1939 roku, kiedy to po wybuchu wojny ich działalność została zawieszona przez władze okupacyjne.

Po drugiej wojnie światowej, na mocy ustawy z kwietnia 1950 roku, zostały zlikwidowane. Od tego momentu funkcje nadzoru i regulacji pełniły instytucje państwowe. W przypadku błędów lekarskich czy innych nieprawidłowości występujących w sektorze ochrony zdrowia, orzekały organy administracji państwowej, wojewódzkie, powiatowe i miejskie wydziały zdrowia oraz sądy powszechne. W szpitalach

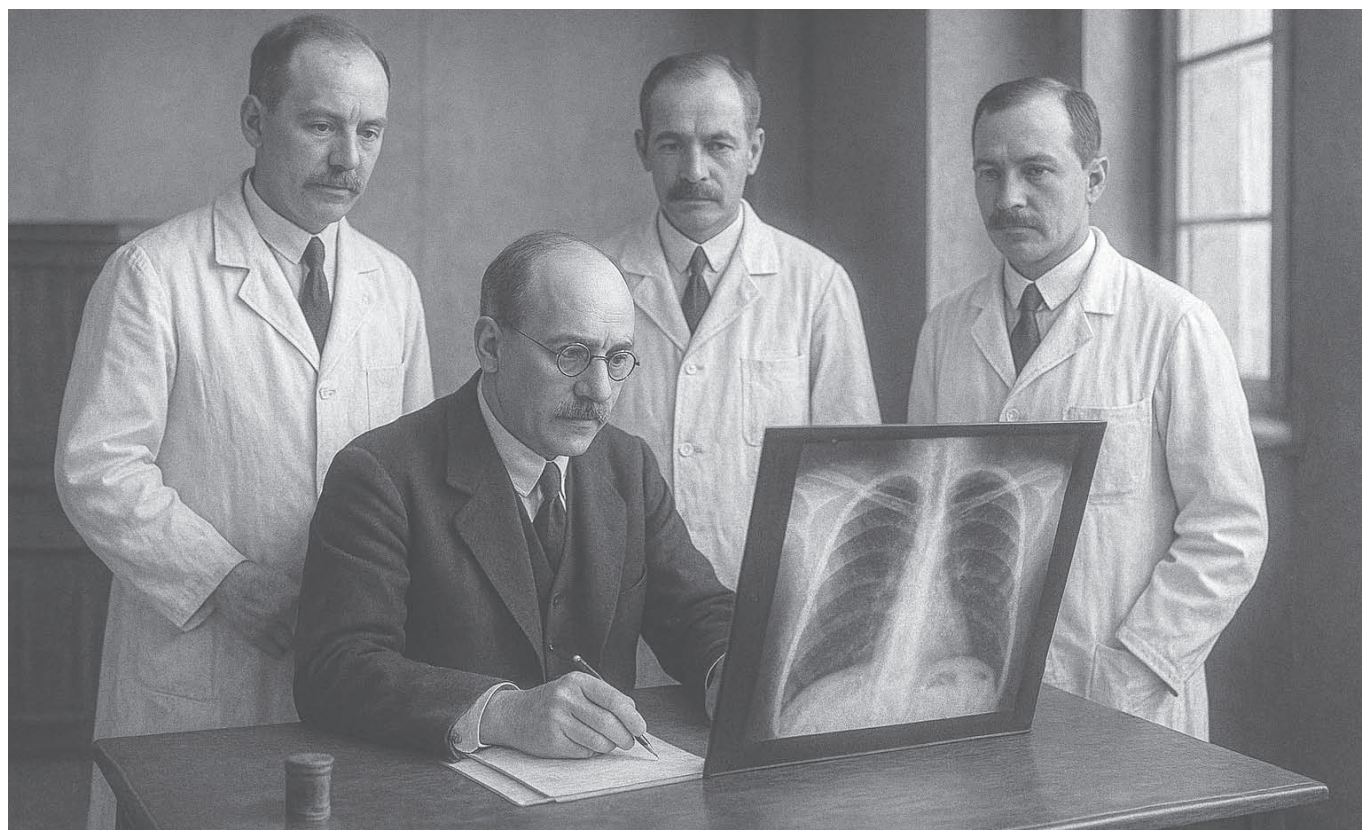
i przychodniach dyrekcje miały prawo prowadzić postępowania dyscyplinarne wobec lekarzy. Nie obowiązywały jednolite procedury.

Kiedy w maju 1989 roku Sejm Rzeczypospolitej mocą ustawy DU 1989 nr 30 reaktywował Izby Lekarskie, lekarze uzyskali możliwość obrony swoich spraw w niezależnych organach.

Podstawą do orzekania w pionie odpowiedzialności zawodowej jest uchwalony w 1991 roku (z późniejszymi zmianami) Kodeks Etyki Lekarskiej, Ustawa o Zawodach Lekarza i Lekarza Dentysty oraz Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

W Okręgowych Izbach Lekarskich istnieją dwa niezależne organy prowadzące postępowanie dyscyplinarne: Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowy Sąd Lekarski. Każde zawiadomienie o popełnieniu przewinienia, zażalenie czy skarga, złożone przez pokrzywdzonego, wstępnie rozpatrywane jest przez Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej w postępowaniu sprawdzającym. Celem czynności sprawdzających jest wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Po analizie zebranych informacji ORZOZ może postępowanie umorzyć lub wszcząć postępowanie wyjaśniające. Do umorzenia dochodzi najczęściej, gdy rzecznik wykaże, że nie doszło do czynu albo nie zostały naruszone standardy postępowania lub minął okres karalności. Celem postępowania wyjaśniającego jest ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy i ustalenie winnego, jeśli zgromadzony materiał dowodowy wskazuje na to, że doszło do przewinienia. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wyznacza swojego zastępcę do przeprowadzenia wszystkich niezbędnych czynności, jednak to on odpowiada za należyte prowadzone postępowanie. W postępowaniu wyjaśniającym ORZOZ występuje do placówek ochrony zdrowia o udostępnienie dokumentacji medycznej, przesłuchuje skarżącego, świadków, lekarza, wobec którego toczy się postępowanie, a także zwraca się do biegłych o wydanie specjalistycznej opinii.



Po analizie zebranego w sprawie materiału dowodowego, ORZOZ może umorzyć postępowanie wyjaśniające lub skierować do Sądu Lekarskiego wniosek o ukaranie.

Postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie można wszcząć, jeśli od popełnienia czynu minęły 3 lata, chyba że czyn ten stanowi jednocześnie przestępstwo, wtedy ustanie karalności za przewinienie nie może ustać wcześniej niż ustanie karalności przestępstwa. Na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej o umorzeniu postępowania sprawdzającego lub wyjaśniającego, skarżącemu przysługuje zażalenie do Okręgowego Sądu Lekarskiego. OSL może utrzymać w mocy zaskarżone postanowienie lub zwrócić Rzecznikowi celem wykonania dodatkowych ustaleń i uzupełnienia materiału dowodowego.

Okręgowy Sąd Lekarski rozpatruje wnioski o ukaranie w składzie trzyosobowym. Przewodniczący OSL zapoznaje się z każdym wnioskiem wpływającym do Sądu, wyznacza skład sędziowski i termin posiedzenia. Obwiniony lekarz oraz osoba poszkodowana mają prawo do ustanowienia obrońców w swojej sprawie, maksymalnie dwóch spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych.

Wnioski o ukaranie rozpatrywane są w kolejności, w jakiej wpływają do Biura Sądu, chyba że sprawa zagrożona jest przedawnieniem karalności lub ma zostać zawieszone prawo wykonywania zawodu, wtedy takie sprawy rozpatruje się w pierwszej kolejności. Przedawnienie karalności ma miejsce, gdy od popełnienia czynu minie 5 lat.

Na rozprawę główną wzywani są: skarżący, obwiniony lekarz, świadkowie, biegli, jeśli zachodzi taka potrzeba, oraz zawiadamiani adwokaci i pełnomocnicy. Rozprawa odbywa się jawnie, chyba że zachodzą uzasadnione przypadki do wyłączenia, jak: ujawnienie tajemnicy lekarskiej, możliwość zakłócenia spokoju publicznego, obraza dobrych obyczajów, naruszenie ważnego interesu prywatnego oraz ujawnienie okoliczności, które ze względu na ważny interes państwa powinny być zachowane w tajemnicy. O wyłączeniu jawności oraz o dopuszczeniu mediów do udziału w postępowaniu decyduje przewodniczący składu orzekającego.



Postępowanie przed Sądem Lekarskim rozpoczyna się odczytaniem przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wniosku o ukaranie. Następnie w swobodnej wypowiedzi obwiniony lekarz może ustosunkować się do stawianych zarzutów i zostaje pouczone o tym, że ma prawo zadawać pytania osobom przesłuchiwanym oraz składać wyjaśnienia co do każdego dowodu. Prawo zadawania pytań ma również pokrzywdzony, który zeznaje w następnej kolejności. Po przesłuchaniu stron i wnikliwej analizie zgromadzonych dowodów, jeśli nie zachodzi potrzeba wyznaczenia kolejnego posiedzenia, sąd wydaje orzeczenie. Okręgowy Sąd Lekarski może uznać lekarza winnym i orzec stosowną karę, może uniewinnić lekarza lub umorzyć postępowanie. Katalog kar przedstawia się następująco: upomnienie, nagana, kara pieniężna, ograniczenie zakresu wykonywania czynności medycznych, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia, zawieszenie oraz pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Oznaczenie rodzaju kar i okresu, po którym następuje zatarcie, określa szczegółowo Ustawa o Izbach Lekarskich. Należy w tym miejscu podkreślić, że w postępowaniu przed Sądem Lekarskim osoba poszkodowana nie może uzyskać odszkodowania ani zadośćuczynienia. To postępowanie ma charakter dyscyplinarny, a nie cywilny. Orzeczona kara pieniężna, jeśli zostanie wymierzona, przeznaczona jest na cel

społeczny związany z ochroną zdrowia. Od orzeczeń Okręgowego Sądu Lekarskiego przysługuje stronom odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego, który może utrzymać w mocy zaskarżone orzeczenie, orzec odmiennie co do istoty lub uchylić w całości i zwrócić sądowi okręgowemu do ponownego rozpatrzenia. Orzeczenie wydane przez Naczelny Sąd Lekarski jest prawomocne z chwilą jego wydania. W sytuacjach wyjątkowych, gdy strona postępowania dopatry się błędów proceduralnych w czynnościach sądów lekarskich, ma możliwość wniesienia kasacji do Sądu Najwyższego.

W bardzo zwięzły sposób przedstawiłam zasadę funkcjonowania organów odpowiedzialności zawodowej, by można było zrozumieć, jakie czynności są podejmowane, gdy do biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wpłynie skarga lub zawiadomienie o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego. Należy w tym miejscu podkreślić, że Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej jak i Sąd Lekarski nie są organami represyjnymi wobec lekarzy. Głównym ich celem jest dbanie o przestrzeganie zasad etyki i deontologii lekarskiej, właściwe wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentysty, ale – co musi również głośno wybrzmieć – obrona lekarzy przed nieuzasadnionymi pomówieniami, dbanie o dobry wizerunek lekarza i wzmacnianie w społeczeństwie zaufania do naszego zawodu.

Dawne sanatoria zielonogórskie

JUSTYNA RAJKIEWICZ

SPECJALISTA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
I MEDYCYNY RODZINNEJ

Na mapie ośrodków zdrowia XIX- i XX- wiecznej Zielonej Góry istniało kilka ciekawych i osobliwych miejsc, o których być może wiemy niewiele

lub nic. Na obecnym planie miasta jest kilka ulic, które mogły się wówczas poszczycić ośrodkami mianującymi się ówczesnymi sanatoriami. W mieście istniały trzy uzdrowiska: winne, powietrzne i mleczne. Co konkretnie oferowały?

Pod koniec XIX wieku, przy obecnej ulicy Botanicznej, mieściło się sanatorium winne. Nad wejściem do

kamienicy pod numerem 38 można dziś podziwiać płaskorzeźby, zdobione motywami winorośli. Ampeloterapia, czyli terapia winogronowa, została zapoczątkowana przez zielonogórskiego lekarza, doktora Ewalda Wolffa, który w 1852 roku napisał i wydał książkę pt. „Kuracja winogronowa”. Kuracja miała odnieść sukces w leczeniu „chorób brzusznych, klatki piersiowej, czaszki, wątroby, rdzenia kręgowego, organów zmysłów, hemoroidów, kamieni nerkowych, anomalii menstruacyjnych, puchliny wodnej, gruźlicy, chorób skóry, hysterii i hipochondrii a także otyłości i nadwagi”. Chory w trakcie kuracji powinien był jeść winogrona i pić sok z winogron. Pan doktor precyzyjnie określał też ilość zjadanych owoców, twierdząc, że nie powinno się ich zjadać więcej niż 7,5 kilograma na dobę. Towarzyszyć temu miał ruch, spacer

*Po lewej – sanatorium winne fot. E. Hase z publikacji *das Buch der Stadt Grunberg in Schlesien* s. 151. Źródło – Muzeum Ziemi Lubuskiej*

Poniżej – wygląd obecny budynku ul. Botaniczna, fot. D.Golczyk





Po wyżej – Panorama Zielonej Góry, początek XIX w. fotografia ze zbiorów fotopolska.eu

Poniżej – wygląd obecnego budynku przy ul. Batorego, fot. D.Golczyk

i świeże powietrze. Samo spożycie wina było w tej kuracji zakazane. Niestety, sanatorium nie było popularne w ówczesnej Zielonej Górze i nie zgromadziło wielu kuracjuszy.

Kolejne dwa sanatoria były nieco bardziej osobliwe w swej uzdrawiającej naturze. Na początku XX w. wytyczono promenadę spacerową Löbtenz, al. Słowackiego, która łączyła Wieżę

Braniborską z Wieżą Wilkanowską (dawniej Wieżą Bismarcką) na Wzgórzach Piastowskich. Właśnie przy tej alei utworzono unikatowe uzdrowisko klimatyczne Luftbad. Od 1910 r. prowadziło je stowarzyszenie Naturheilverein, które propagowało styl życia zgodny z naturą. W 1914 r. organizacja liczyła około 350 członków. Odbываły się tu zajęcia gimnastyczne na świeżym powietrzu, zażywano też kąpiele słonecznych. Przy uzdrowisku stała prysznic i działała ogrodowa restauracja. W budynku wytwarzano również

wino. Głównym nurtem uzdrowiska był zamysł leczenia powietrzem, które otaczało gmach, a pochodziło z okolicznych winnic. Można było rozłożyć się na leżakach, odpoczywając, wdychać winne powietrze, mające zdrowe, lecznicze właściwości. Uzdrowisko to działało najdłużej, bo aż do drugiej wojny światowej.

Ostatnim i chyba najciekawszym uzdrowiskiem była instytucja znajdująca się przy obecnej ul. Batorego 110 – Sanatorium Mleczne (Milchkuransalt). Wybudowano je około 1910-1913 roku, a inwe-

storami byli bracia – Eduard i Carl Bohn. Niestety, nie zachowały się żadne archiwalne dokumenty, opisujące szczegóły odbywanych tam kuracji. Możemy sobie jedynie wyobrazić ówczesnych zielonogórzan, zażywających leczniczych kąpiei w mleku, relaksujących się, podczas gdy ich skóra rewitalizowała się i odżywała.

Pomimo iż żadne z tych miejsc nie przetrwało do dziś, z pewnością ówczesnie miało grono swoich wiernych wielbicieli i służyło dobru, jakim jest łączenie ludzi poprzez terapie naturalne.



Niezbędnik trendy doktora

MARIA KAPUSTKA

LEKARZ

Czasami wypada coś wiedzieć. Czasami głupio jest przyznać się, że się nie wie, o co chodzi.

Dlaczego Trump uzależnia losy wyniszczającej wojny od rudy kopalnianej? O co tu chodzi? „Metale ziem rzadkich” – nie ma takiej nazwy w tablicy pierwiastków Mendelejewa, oglądałam ją niedawno z takim, co ma zaliczyć ósmą klasę. To musi być robota Elona Muska, właściciela Tesli. Powiedział coś, co brzmi tajemniczo: „Przyszłość należy do tych, którzy potrafią wykorzystać niewidzialne zasoby Ziemi, by tworzyć technologie jutra”. Nie on jeden o tym mówił. Architekt nowoczesnych Chin Deng Xiaoping już w 1987 roku pisał: „Bliski Wschód ma ropę, Chiny mają metale ziem rzadkich” – i nikt nie wiedział, jak wiele to znaczy. I nadal dominację Państwa Środka w produkcji telefonów komórkowych, paneli słonecznych, wiatraków, pojazdów elektrycznych czy akumulatorów magazynujących energię przeciętny zjadacz chleba kojarzy z tanią siłą roboczą.

Błąd! To nie to! To inwestycje w badania i rozwój pozwoliły Chinom na wiedzę, jak wykorzystać metale ziem rzadkich. Bo to właśnie z tych pierwiastków produkują te cudenka techniki. A bez nich ani rusz. W 2020 roku podjęli oni decyzję o ograniczeniu eksportu tego cennego surowca o 35% i znacznym podwyższeniu jego cen. Szok dla reszty świata.

Co więc kryje się za tajemniczą nazwą „metale ziem rzadkich” (REE), o którą będziemy wciąż się potykać w prasie? Są to pierwiastki z grup skandowców i lantanowców i jest ich tylko siedemnaście (na 94 występujące naturalnie w przyrodzie). Wyróżniają je szczególne cechy magnetyczne, optyczne i katalityczne. Dzięki tym cechom są podstawą nowoczesnej elektroniki, motoryzacji, energetyki odnawialnej oraz przemysłów zbrojeniowego i kosmicznego. Nazwy tych pierwiastków brzmią egzotycznie, bo rzadko się z nimi jak dotąd spotykaliśmy. Pierwsze z nich „cer” i „itr” zostały odkryte w szwedzkiej kopalni Ytterby Carla Axela Arrheniusa w 1787 r. I od nazwy tej kopalni wzięły nazwy kilka z nich: terb, erb, iterb i itr.

Dlaczego „ziem rzadkich”? Bo wydajnych, poznanych pokładów jest mało i są rozproszone po świecie. Odkrywane są nowe złoża na dnie Pacyfiku, w Szwecji, w Afganistanie. W kwietniu tego roku ogłoszono, że znaleziono duże pokłady rud tych metali w Kazachstanie. Te wyliczanki miejsc mają sens, abyśmy czasem lepiej rozumieli, o co toczą się wojny.

Z tych metali korzystamy na co dzień, nie zdając sobie z tego sprawy. W głośnikach naszych telefonów komórkowych jest **neodym**, w ekranach dotykowych – **europ**, a przy polerowaniu ekranów niezbędny jest **cer**. W lampach LED i wyświetlaczach jest **terb** i **itr**. Itr jest także w światłowodach i ogniwach fotowoltaicznych. **Gadolin** jest składnikiem scyntylatorów w obrazowaniu rentgenowskim i środków kontrastowych w rezonansie magnetycznym (dzięki czemu możemy dostrzec różnice między tkanką zdrową a chorą). **Erb** napędza lasery chirurgiczne, a **lutet** – substancje emitujące światło pod wpływem promieniowania rentgenowskiego.

Neodym, **prezodym** i **dysproz** są kluczowymi składnikami najsilniejszych magnesów w silnikach elektrycznych. Są one także w turbinach wiatrowych i twardych dyskach komputerów. W lampach LED, wyświetlaczach i światłowodach potrzebne są **terb** i **itr**. Chcemy budować reaktor atomowy? To potrzebny będzie **samar**, aby uzyskać magnes odporny na wysokie temperatury.

Są w generatorach, bateriach samochodów elektrycznych i hybrydowych. Są niezastąpione w dronach, sonarach i systemach służących do naprowadzania rakiet. Do wyprodukowania jednego samolotu F-35 Amerykanie potrzebują ponad 400 kg metali ziem rzadkich i strategicznych (np. litu, kobaltu i niklu). **Skand** nie tylko wzmacnia stopy aluminium, ale także zmniejsza do 20% masę samolotów. A to wszystko tylko przykłady zastosowania metali ziem rzadkich.

Uff! Potrzebne są w nowych technologiach, bez nich nie ma technologii przyszłości, nie ma nowoczesnych technik medycznych. Dlatego może warto choć raz w życiu poznać ich nazwę (ależ jesteśmy trendy!). Ale skąd wziąć te cenne metale skoro na recykling jak na razie nie można liczyć? Wytwarzamy



rocznie 60 mln ton odpadów elektronicznych, a z tego tylko poniżej 1% udaje się poddać recyklingowi. Aktualnie pozostaje nam więc nadal szukać REE w skorupie ziemi. Proces pozyskania REE z rudy zawierającej te pierwiastki jest poznany. Rozdrabnianie mechaniczne, flotacja chemiczna, ekstrakcja za pomocą kwasów, separacja. Ostatecznie tlenki redukuje się do postaci metalicznej metodą termiczną lub przez elektrolizę.

A po co pisać o tym w biuletynie medycznym? A no po to, aby zdać sobie sprawę jakie skażenia środowiska generuje taka produkcja. Na tonę tlenków

Pisze: „Tragiczne jest zwiększenie liczby migrantów uciekających od biedy spowodowanej degradacją środowiska, którzy w konwencjach międzynarodowych nie są uznawani za uchodźców...”. „Każda wspólnota może wziąć z dóbr Ziemi to, czego potrzebuje do przeżycia, ale ma również obowiązek chronienia jej i zapewnienia, by nadal była ona płodna dla przyszłych pokoleń”. Wypada wiedzieć, co pisze globalny lider, bo ma on wpływ na wielu decydujących o naszym losie.

Jeżeli prawdą jest, że UFO odwiedziło naszą Planetę, a gdzieś na pustyni

Nevada przechowywane są szczątki ich pojazdów, to z jakich materiałów są zbudowane, skoro nie uległy spaleniowi w ziemskiej atmosferze?

A może są zamienniki dla metali ziem rzadkich, które odkryje jakiś genialny umysł? Byleby było to szybko i na naszej planecie, bo nie można przecież wykluczyć, że Ufoludki już to odkryły.

Jeżeli tak, to może bezpieczniej nie wysyłać żadnych sygnałów w Kosmos, żeby ich nie drażnić?

Może, może...



pierwiastków ziem rzadkich przypada 100-150 ton odpadów, a wśród nich toksyczne ścieki i pyły radioaktywne (tor, uran). Za ten postęp techniczny płacimy straszną cenę. Nawoływanie do ograniczenia zakupów do niezbędnych i skrupulatnego zbierania odpadów elektronicznych ma sens, ma wielkie znaczenie.

Wydarzeniem światowym stała się publikacja encykliki Papieża Franciszka Laudatio Si. Pisze w niej o naszej planecie: „Dorastaliśmy, myśląc, że jesteśmy jej właścicielami i rządcami uprawnionymi do jej ograbienia”.

W miarę czytania szybko okazuję się, że Franciszkowi chodziło nie tylko o ginące rośliny, ptaki, ssaki i zatrute powietrze. W centrum encykliki jest człowiek, a nie żaby czy motyle.

Lubuski Oddział Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, wraz z firmą MIRO i Fundacją „Mocni na Starcie” organizuje bezpłatne szkolenia z ultrasonografii płuc oraz klatki piersiowej, które są kontynuacją 1. edycji kursu „USG w POZ”. Kolejne takie spotkanie odbyło się 20.09.2025 r. w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze.

**ZAPEWNIAMY WSPARCIE
NA KAŻDYM ETAPIE
WSPÓŁPRACY**

MIRO®



ZESKANUJ KOD



SPRZĘT
MEDYCZNY



SERWIS I
WSPARCIE



FINANSOWANIE
ZAKUPU



SZKOLENIA
MEDYCZNE

Nowe zasady skierowań na leczenie uzdrowiskowe

JUSTYNA RAJKIEWICZ

SPECJALISTA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
I MEDYCYNY RODZINNEJ

Od 1 lipca 2025 roku obowiązują nowe zasady w zakresie wystawiania skierowań na leczenie sanatoryjne.

Po nowelizacji, poza specjalistami w dziedzinie balneologii lub rehabilitacji medycznej, skierowania będą mogli zatwierdzać lekarze innych specjalności, jak specjaliści medycyny rodzinnej, interniści, reumatolodzy i ortopedzi – w regionalnych oddziałach NFZ – o ile wcześniej ukończą wymagane szkolenie z balneologii (w planie – do stycznia 2026 roku).

Od 1 lipca 2025 roku z terapii w sanatoriach będą mogli korzystać nie tylko dorośli po udarach czy urazach

czaszkowo-mózgowych, ale także dzieci od 3. roku życia z takimi schorzeniami, jak porażenie mózgowe czy inne choroby neurologiczne z grupy ICD-10 G80-G83.

Lekarz wystawiający skierowanie nie będzie już musiał wpisywać danych, takich jak badania laboratoryjne, o ile mieszczą się w normie. Skrócono też odstęp pomiędzy dwoma turnusami rehabilitacyjnymi – z 12 do 6 miesięcy.

Nowy zapis w rozporządzeniu nakłada obowiązek, aby każde skierowanie jednoznacznie określało, czy leczenie uzdrowiskowe będzie realizowane w formie stacjonarnej, czyli z całodobowym pobytem i opieką, czy ambulatoryjnej, czyli w formie dojazdowej.

Warto podkreślić, że skierowania wydane przed 1 lipca 2025 roku zachowują swoją ważność i będą rozpatrywane na dotychczasowych zasadach.

Przypominamy najważniejsze zasady:

Świadczenia są realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych.

Pobyt w **szpitalu uzdrowiskowym** trwa 21 dni i jest bezpłatny. Pobyt dziecka trwa 27 dni.

Pobyt w **sanatorium uzdrowiskowym** trwa 21 dni. Pobyt dziecka jest bezpłatny, natomiast pobyt osoby dorosłej jest częściowo odpłatny.

Pobyt w szpitalu uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej trwa 28 dni, jest bezpłatny.

Pobyt w sanatorium uzdrowiskowym na rehabilitacji uzdrowiskowej trwa 28 dni, jest częściowo odpłatny.

Uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci trwa od 6 do 18 dni.

Źródło: rynekzdrowia.pl

POMOC DLA LEKARZA

Koleżanki i Koledzy Lekarze i Lekarze Dentyści.

Praca lekarza związana jest ze stresem, ponieważ nieustannie podejmujemy decyzje dotyczące zdrowia i życia. Stresu nie da się wyeliminować, natomiast wiele nieprzyjemnych emocji można uniknąć lub nauczyc się je niwelować.

Nasza Izba oferuje pomoc w uzyskaniu nagłej interwencji psychiatrycznej lub psychologicznej. Potrzebę zgłosić może każdy lekarz w kryzysie – członek naszej OIL – wystarczy zadzwonić lub wysłać sms o treści „PILNA POMOC – LEKARZ” do **dr Anny Pisarczyk** – psychiatry pełniącej w OIL obowiązki Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów – tel. 607 663 570 lub psycholog **mgr Ewy Moczulskiej** – tel. 607 391 147.

Konsultacja będzie możliwa w trybie stacjonarnym lub online (po wzajemnym uzgodnieniu). Ma ona mieć formę wstępnej interwencji z oceną dalszych potrzeb i ukierunkowania na rodzaj pomocy i ewentualnego leczenia.

Mamy nadzieję, że takie wsparcie będzie pomocne dla nas lekarzy, co przełoży się również na nasze rodziny, pacjentów i współpracowników.



Przemówienie Prezesa ORL, dra Jacka Kotuły, na uroczystości wręczenia dyplomów absolwentom kierunku lekarskiego UZ

Podczas uroczystości wręczenia dyplomów 96 absolwentom kierunku lekarskiego Uniwersytetu Zielonogórskiego, 28 czerwca 2025 roku, nie zabrakło wsparcia Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze. Wyjątkowe przemówienie wygłosił Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej, **dr Jacek Kotuła**. W słowach pełnych emocji, szacunku i nadziei zwrócił się do młodych lekarzy piątego rocznika opuszczającego mury Collegium Medicum UZ, którzy tym samym wkraczają w życie zawodowe.

„To ogromny zaszczyt i wzruszenie móc przemawiać dziś do Was w tak wyjątkowej chwili. W chwili, która wieńczy coś naprawdę wielkiego – ukończenie przez Was medycyny” – rozpoczął,

podkreślając wagę osiągnięcia, jakim jest zdobycie dyplomu lekarza.

W swoim przemówieniu Prezes podziękował absolwentom za wysiłek, determinację i pasję, które doprowadziły ich do tego momentu. Przypomniawszy studia medyczne to nie tylko wiedza książkowa, ale także pierwsze spotkania z pacjentem, które często konfrontują młodych ludzi z odpowiedzialnością, jaką niesie zawód lekarza.

„Ten kontakt z pacjentem przyniósł Wam, mam taką nadzieję, również ogromną radość i satysfakcję płynącą z niesienia pomocy potrzebującym” – mówił, podkreślając emocjonalny wymiar przyszłej pracy absolwentów.

W przemówieniu znalazło się też miejsce na refleksję o wartościach, które powinny przyświecać lekarzom w ich codziennej praktyce – człowieczeństwie, empatii, pokorze wobec granic ludzkiej wiedzy i konieczności ciągłego rozwoju:

„Perłą, która będzie Was wyróżniać, zawsze będzie człowieczeństwo. To Wasze człowieczeństwo codziennie okazywane w prostych czynnościach wobec bliskich, pacjentów, współpracowników, pokaże, kim naprawdę jesteście jako lekarze.”

Nie zabrakło także odniesienia do wyzwań, jakie niesie zawód – wypalenia zawodowego, odpowiedzialności, konieczności dbania o równowagę między życiem zawodowym a osobistym. Dr Jacek Kotuła zachęcił młodych lekarzy do troski o siebie:

„Nie zapominajcie o sobie, o równowadze pomiędzy czasem spędzonym w szpitalu, gabinecie, a czasem, który poświęćcie na realizację swoich marzeń, pasji, o czasie z najbliższymi”.

Ważną część wystąpienia stanowiło zaproszenie absolwentów do aktywnego uczestnictwa w życiu samorządu lekarskiego – jako przestrzeni dialogu, wspólnego działania i wzajemnego wsparcia.

„Serdecznie zapraszam Was do współtworzenia naszego samorządu. Przekazujcie swoje pomysły, uwagi, inicjatywy. Bądźcie aktywną jego częścią – nie tylko jako lekarze, ale jako obywatele odpowiedzialni za przyszłość naszego systemu ochrony zdrowia”.

Na zakończenie, Prezes ORL złożył gratulacje i wyraził dumę z nowego pokolenia lekarzy:

„Dziś wszyscy jesteśmy z Was dumni. Z radością będziemy obserwować, jak z młodych lekarzy stajecie się autorytetami zmieniającymi z pasją świat”.



Przychodzi Ubezpieczony do lekarza orzecznika...

„Ja tylko po sanatorium..”

KAROLINA LEWCZUK

LEKARZ ORZECZNIK ZUS,

SPECJALISTA PEDIATRII

W niniejszym artykule chciałabym poruszyć temat rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS.

Dlaczego właśnie to zagadnienie? Ponieważ w ostatnim czasie, pracując jako lekarz orzecznik, coraz częściej spotykam się z sytuacjami, w których ubezpieczeni zgłaszający się do ZUS wykazują dużą dezorientację co do celu wizyty. Co więcej, niektórzy z nich, zapytani o wniosek w sprawie rehabilitacji leczniczej, odpowiadają: „Nie, nie – ja tylko po sanatorium”.

W związku z tym chciałabym przypomnieć kilka istotnych informacji na temat prewencji rentowej prowadzonej przez ZUS – także po to, aby mogli je Państwo wykorzystać w codziennej pracy, kierując pacjentów na ten właśnie rodzaj rehabilitacji.

Czym jest rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS?

Jej istotą – a zarazem tym, co odróżnia ją od innych form rehabilitacji – są słowa „prewencja rentowa”. Celem tego rodzaju rehabilitacji jest poprawa stanu funkcjonalnego osoby ubezpieczonej w takim stopniu, aby mogła ona powrócić do pracy. Dotyczy to zarówno osób, które z powodu choroby lub urazu długotrwale utraciły zdolność do pracy, ale mają rokowania na jej odzyskanie, jak i tych, które są zagrożone długotrwałą lub trwałą niezdolnością do pracy i mają szansę tę zdolność zachować po rehabilitacji.

Kto może skorzystać z rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS?

Są to osoby spełniające jeden z poniższych warunków:

- są ubezpieczone w ZUS (pracują zawodowo) i grozi im całkowita lub

częściowa długotrwała niezdolność do pracy,

- są uprawnione do zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego,
- pobierają rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy.

Co istotne, na rehabilitację można skierować osobę, która ma realną szansę na odzyskanie lub utrzymanie zdolności do pracy po zakończeniu leczenia.

Jak kierujemy na rehabilitację ZUS?

Lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisja lekarska wydaje orzeczenie o potrzebie rehabilitacji leczniczej ubezpieczonego lub rencisty, którzy rokuje odzyskanie zdolności do pracy po jej przeprowadzeniu.

Przy ocenie rokowania bierze się pod uwagę przede wszystkim: charakter i przebieg chorób oraz ich wpływ na funkcjonowanie organizmu, stopień przystosowania do ubytków anatomicznych, kalectwa, skutków choroby, wiek, zawód, rodzaj wykonywanych czynności oraz warunki pracy.

Orzeczenie może być wydane na wniosek lekarza prowadzącego leczenie, ale także w trakcie kontroli zwolnienia lekarskiego, przy ustalaniu prawa do świadczenia rehabilitacyjnego lub podczas orzekania o niezdolności do pracy do celów rentowych.

W jakich grupach schorzeń prowadzona jest rehabilitacja w ramach prewencji rentowej ZUS?

W systemie stacjonarnym (często określanym przez ubezpieczonych jako sanatorium) rehabilitacja obejmuje:

- choroby narządu ruchu,
- urazy narządu ruchu,
- schorzenia ośrodkowego układu nerwowego,
- choroby układu krążenia,
- choroby układu oddechowego,
- schorzenia narządu głosu,
- zaburzenia psychosomatyczne,
- choroby gruczołu piersiowego.

W systemie ambulatoryjnym: schorzenia narządu ruchu, układu krążenia oraz ośrodkowego układu nerwowego.

Ile trwa rehabilitacja lecznicza?

Rehabilitacja w ośrodku rehabilitacyjnym powinna trwać 24 dni. Może być przedłużona w przypadku pozytywnego rokowania co do odzyskania zdolności do pracy lub skrócona – np. ze wskazań medycznych, z powodu zdarzeń losowych albo naruszenia regulaminu ośrodka.

ZUS pokrywa pełne koszty rehabilitacji, w tym zakwaterowania, wyżywienia oraz przejazdu z miejsca zamieszkania do ośrodka najtańszym środkiem komunikacji publicznej.

Trochę liczb, by zobrazować skalę rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS (2024 r.):

- 69 300 – liczba złożonych wniosków o rehabilitację,
- 63 557 – liczba wydanych orzeczeń o potrzebie rehabilitacji,
- 58 100 – liczba wyrehabilitowanych osób,
- 4 474,38 zł – średni koszt rehabilitacji jednej osoby.

W jakich grupach schorzeń pacjenci są najczęściej kierowani na rehabilitację?

Największym zainteresowaniem cieszy się rehabilitacja lecznicza w schorzeniach narządu ruchu. Istnieje pełny wykaz jednostek chorobowych według ICD-10, które stanowią wskazania do tego typu rehabilitacji. Na rehabilitację leczniczą z powodu dysfunkcji narządu ruchu powinny być kierowane osoby: po urazach układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, a także z ograniczeniem ruchomości stawów w przebiegu chorób zwyrodnieniowych – jeśli powodują one dysfunkcję skutkującą absencją w pracy.

Kto może zostać skierowany na rehabilitację w przypadku uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego?

Ubezpieczeni, którzy są zagrożeni utratą zdolności do pracy, rokują jej odzyskanie po przeprowadzeniu rehabilitacji i mają rozpoznane schorzenia takie jak: stwardnienie rozsiane (SM), inne choroby demielinizacyjne OUN, następstwa chorób naczyniowych mózgu i urazów głowy, choroba Parkinsona lub parkinsonizm wtórny, niezłośliwe nowotwory opon mózgowo-rdzeniowych, mózgu lub innych części OUN, encefalopatie toksyczne oraz inne uszkodzenia mózgu. Ważne jest, aby osoby te były zdolne do samoobsługi.

Dla kogo przeznaczona jest rehabilitacja kardiologiczna?

Na rehabilitację kardiologiczną w ramach prewencji rentowej ZUS powinny być kierowane w szczególności osoby:

- z chorobą niedokrwinną serca (ChNS),
- po ostrych zespołach wieńcowych (OZW),
- po angioplastyce wieńcowej z implantacją stentu,
- po operacjach kardiologicznych,
- z niewydolnością serca,
- z nadciśnieniem tętniczym,
- z wadami zastawkowymi po leczeniu chirurgicznym,
- z wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii.

A co ze schorzeniami układu oddechowego?

Na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS najczęściej kierowane są osoby z rozpoznaniem takimi jak:

- astma oskrzelowa,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP),
- rozstrzenie oskrzeli,
- pylica,
- mukowiscydoza,
- choroby śródmiąższowe płuc,
- następstwa gruźlicy,
- powikłania po przebytych COVID-19 dotyczące układu oddechowego,
- stany przed lub po operacji płuc, a także po przeszczepie płuc.

Kto kierowany jest na rehabilitację leczniczą w schorzeniach narządu głosu?

Są to najczęściej osoby zawodowo posługujące się głosem, np. nauczyciele, aktorzy, telemarketerzy, spikerzy, z rozpoznaniem według ICD-10:

- R49.0 – dysfonia i chrypka,
- R49.1 – dysfonia i utrata głosu,
- R49.2 – nieprawidłowy dźwięk mowy (zbyt wysoki lub zbyt niski),
- R49.8 – inne i nieokreślone zaburzenia głosu,
- F44 – psychogenne zaburzenia głosu,
- J38 – choroby strun głosowych,
- J37 – przewlekłe zapalenie krtani i tchawicy.

Schorzenia psychosomatyczne

Na rehabilitację kierowane są najczęściej osoby:

- z zaburzeniami nastroju (F30–F39),
- z zaburzeniami nerwicowymi (F40–F48),
- z zespołami behawioralnymi związanymi z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (F50–F59).

Kto może być kierowany na rehabilitację po operacji nowotworu gruczołu piersiowego?

Są to osoby ubezpieczone, w dobrym stanie ogólnym, po wygojeniu ran pooperacyjnych, samodzielnie funkcjonujące (niewymagające pomocy innych osób), z dolegliwościami po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego – m.in. z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej oraz ograniczeniem jej ruchomości.

Co istotne: rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej można rozpocząć:

- 9 miesięcy po zakończeniu leczenia chemioterapeutycznego lub radioterapeutycznego (przyjmowanie tamoksyfenu nie stanowi przeciwwskazania),
- 9 miesięcy po zabiegu operacyjnym, jeśli leczenie obejmowało wyłącznie chemioterapię,
- 12 miesięcy po zabiegu operacyjnym, jeśli leczenie obejmowało zarówno chemioterapię, jak i radioterapię.

Czy istnieją przeciwwskazania do kierowania na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS?

Tak, przeciwwskazania dzielą się na ogólne i szczegółowe.

Do przeciwwskazań ogólnych należą:

- stany bezpośredniego zagrożenia życia,
- niestabilny przebieg chorób układu krążenia,
- świeży incydent zakrzepowo-zatorowy (obecny lub w ciągu ostatnich 2 miesięcy),
- niewyrównane choroby współistniejące (np. niedokrwistość, nadczynność/niedoczynność tarczycy, niewydolność nerek lub wątroby, cukrzyca),
- choroby przebiegające z drgawkami lub krótkotrwałymi utratami przytomności, które nie poddają się leczeniu,
- skazy krwotoczne,
- ostre stany zapalne i gorączkowe,
- aktywna gruźlica,
- uzależnienia (alkoholizm, narkomania),
- czynna choroba nowotworowa,
- zaburzenia psychotyczne,
- przebyty udar mózgu powodujący znaczne upośledzenie funkcji psychofizycznych,
- nasilone zaburzenia funkcji poznawczych,
- ciąża i okres karmienia piersią,
- powikłania pooperacyjne,
- brak zgody pacjenta.

Przeciwwskazania szczegółowe są bardziej złożone – ich pełne omówienie wykracza poza zakres tego artykułu. W praktyce najczęściej spotykane to:

- źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze,
- niewyrównana niewydolność serca,
- niekontrolowane zaburzenia rytmu serca i brak ustalonego leczenia arytmii.

W przypadku rehabilitacji narządu ruchu przeciwwskazane jest kierowanie osób:

- po złamaniach i zwłknięciach patologicznych w przebiegu chorób układowych z demineralizacją kości (np. w chorobach nowotworowych lub z przerzutami do kości).

Pacjent kierowany na rehabilitację powinien poruszać się samodzielnie (również z pomocą wózka inwalidzkiego lub sprzętu ortopedycznego – to nie jest przeciwwskazaniem) i nie może być uzależniony od pomocy innych osób w podstawowych czynnościach życia codziennego.



W przypadku osób z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (OUN) przeciwwskazaniem jest:

- brak możliwości samodzielnego poruszania się,
- brak umiejętności korzystania z toalety, ubierania się, przygotowywania i spożywania posiłków,
- brak skutecznej komunikacji z otoczeniem.

Wyjątek stanowi rehabilitacja narządu ruchu po wypadku – w takim przypadku osoba nie musi być samodzielna i może wymagać pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności.

Podsumowanie

Na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej ZUS można skierować osobę, która ma realną szansę na odzyskanie lub utrzymanie zdolności do pracy po zakończeniu rehabilitacji.

Wyzwaniem w pracy lekarza orzecznika jest precyzyjne określenie wskazań i przeciwwskazań do rehabilitacji, aby ograniczyć kierowanie pacjentów, którzy nie spełniają medycznych kryteriów kwalifikacji.

Drodzy Doktorzy!

Po przeczytaniu bieżącego numeru biuletynu „Doktor”, zachęcamy, aby pozostawić go na blacie w rejestracji. Dzięki temu również pozostali pracownicy przychodni będą mogli zapoznać się z treściami i skorzystać z wartościowych informacji.

Dziękujemy za współdzielenie wiedzy i dbanie o przepływ informacji w naszym zespole!



*Z głębokim żalem i smutkiem
przyjeliśmy wiadomość, że w dniu
1 sierpnia 2025 r. zmarła*

**ś.p. dr Małgorzata
Bilińska-Stefańska**
lekarz stomatolog

*Wyrazy współczucia rodzinie składają
koleżanki i koledzy z OIL w Zielonej Górze.*

WYDAWNICTWO:

Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze • ul. Batorego 71
tel. 68 320 79 00 • kom. 509 396 025
• e-mail: hipokrates@oil-zgora.org • www.oil-zgora.org

REDAKCJA:

Justyna Rajkiewicz (redaktor naczelna),
Włodzimierz Janiszewski (zastępca redaktor naczelnej),
Agnieszka Opala (sekretarz redakcji), Maria Kapustka, Aniela Romanowska (członkowie redakcji),
Dariusz Golczyk (projekt, skład i układ graficzny).

Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów, poprawek stylistycznych oraz umieszczania śródtytułów.
Biuletyn jest rozpowszechniany bezpłatnie wśród członków OIL. Serwis fotograficzny własny, Wikipedia, Pixabay,
Freepik i wolne media.

UWAGA!!!

Od 1 stycznia 2023 r. składka członkowska wynosi 120,00 zł. miesięcznie.

Szanowni Państwo,

Decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej – Uchwała nr 38/22/IX z dnia 21 października 2022 roku, od 1 stycznia 2023 r. wzrosła wysokość składki członkowskiej:

120,00 zł. – składka podstawowa dla wszystkich posiadających PWZ

60,00 zł. – dla lekarzy stażystów

0,00 zł. – dla osób powyżej 70 roku życia

0,00 zł. – dla osób, które złożyły oświadczenie o nieosiąganiu przychodów.

Obowiązek opłacania składki członkowskiej wynika z przynależności do okręgowej izby lekarskiej.

Obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej spoczywa na lekarzu i lekarzu dentyście posiadającym prawo wykonywania zawodu i wpisanym na listę członków okręgowej izby lekarskiej.

Comiesięczna składka członkowska jest podstawowym świadczeniem członka samorządu lekarskiego na rzecz danej izby lekarskiej.

Niewywiązanie się z obowiązku opłacania składek jest naruszeniem art. 59 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Stanowi to podstawę do wszczęcia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy.

Okręgowa Rada Lekarska ma prawo zgodnie z art. 116 Ustawy o izbach lekarskich, że nieopłacone składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Nr rachunku:

Santander Bank Polska

95 1090 1535 0000 0000 5301 9198

Saldo składek członkowskich można sprawdzić wysyłając zapytanie na e-mail:

ksiegowosc@oil-zgora.org

lub dzwoniąc – tel. **68 323 66 85**.

dr n.med. Jacek Kotuła

Prezes

*Okręgowej Rady Lekarskiej
w Zielonej Górze*

Plener Malarski Lekarzy Przytók 3 sierpnia 2025



Piknik Zawodów Zaufania Publicznego

„Poznajmy się!”

Zielona Góra
2025

