

Doktor



BIULETYN INFORMACYJNY OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W ZIELONEJ GÓRZE
nr 1 (159) rok 37

Zielona Góra, STYCZEŃ • LUTY • MARZEC 2026 rok

ISSN 1426-1162

Pomnik
Hipokratesa
wyspa Kos
(Grecja)

TYTUŁ PRZEWODNI

Dokąd zmierzasz, medycyno?





*Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy*

W ostatnim felietonie pisałem o niemal wiosennej aurze listopadowych dni. Dziś borykamy się z istniejącą zimową pogodą, która zdomowiła się

realia systemu i propozycje decydentów wpływają na frustracje społeczeństwa przekładające się na wzrastającą falę hejtu i agresji. Niestety, deklaracje decydentów odnoszące się do reformy niewydolnego systemu nie współgrają z realiami codziennej praktyki klinicznej. Brak środków w kasie NFZ i niewypłacanie placówkom ochrony zdrowia funduszy wypracowanych przez rzetelne zrealizowanie świadczeń opieki nad potrzebującymi, chorymi pacjentami doprowadza do systematycznego zadłużania się szpitali, a to – do utraty płynności finansowej.

To odpowiednie miejsce i czas do zajęcia stanowiska przez samorząd lekarski. Samorząd silny, zjednoczony i skuteczny. Jesteśmy w trakcie procesu wyborczego. Możemy sprawić, aby nasz głos był słyszalny. Obecnie to od delegatów, których wybraliśmy w rejonach wyborczych, zależy wybór przedstawicieli zarówno do realizacji naszych

Szanowni Państwo

Tak szybko minęła ta kadencja. Dopiero dzieliłem się z Państwem radością z podejmowania nowych inicjatyw. Przyznam szczerze, że nie wyobrażałem sobie zakresu prac, które przede mną położyliście. Żywię tylko nadzieję, że udało mi się sprostać większości z nich. W kolejnym numerze naszego periodyku będziecie mogli Państwo zapoznać się z podsumowaniem mijającej kadencji i wszelkimi przedsięwzięciami, które wprowadzaliśmy w życie. Jednak już dziś mogę stwierdzić, że był to intensywny okres, w którym zrealizowaliśmy mnóstwo projektów i zamierzeń.

Na 13 lutego 2026 r. Minister Zdrowia zaprosiła do Warszawy prezesów okręgowych rad lekarskich, aby rozmawiać na temat proponowanych zmian w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Jak mogliśmy się zapoznać z proponowanymi zmianami, mają one dotyczyć reformy stażu podyplomowego z możliwością jego

Prezesowe konteksty

u nas na dobre. Dużo śniegu, niskie temperatury, gołoledź. Codziennie musimy wyjść nieco szybciej z domu, aby na czas zdążyć do pracy. A tam – zwiększona liczba pacjentów. Skutki urazów, wzrost zachorowalności na infekcje wirusowe... I można by tak wiele wymieniać. A środków finansowych w budżecie NFZ – brak. Ostatnie miesiące po raz kolejny pokazują, że polska ochrona zdrowia funkcjonuje w stanie permanentnego napięcia, niedoszacowania budżetowego i systematycznego przerzucania odpowiedzialności za zarządzanie upadającym systemem na pracowników ochrony zdrowia. Jak zawsze tematem zastępczym są finanse, szczególnie wynagrodzenia lekarzy, a ostatnio pielęgniarek i pozostałych pracowników ochrony zdrowia. W systemie proponuje się zmiany ograniczające zarobki lekarzy. Rosną napięcia społeczne między oczekiwaniami pacjentów a możliwościami systemu oraz między odpowiedzialnością zawodową lekarzy a ograniczeniami organizacyjnymi, finansowymi i kadrowymi. Te trudne

potrzeb w Okręgowej Izbie Lekarskiej, jak również na szczeblu centralnym – w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Serdecznie gratuluję wszystkim Państwu, którzy uzyskaliście od naszych Koleżanek i Kolegów mandat zaufania. Gratuluję wyboru na delegata na okręgowy zjazd lekarzy. Już niedługo – 14.03.2026 r. spotkamy się na zjeździe. W jego trakcie podejmiemy decyzje o kierunku, w którym będziemy dążyli w kolejnej, 10. już kadencji odrodzonego samorządu. Niestety, nie wszystkim osobom dotychczas wykazującym się ogromnym zaangażowaniem w pracy samorządu udało się uzyskać ponownie mandat na zjazd okręgowy. Wszystkim Koleżankom i Kolegom, którzy w 10. kadencji nie wezmą już udziału we współtworzeniu okręgowego zjazdu lekarzy, już teraz serdecznie dziękuję za Wasz trud i zaangażowanie. Jednocześnie mam nadzieję, że gdy będziemy potrzebowali Waszego wsparcia, będziemy mogli na Was liczyć.

skrócenia, uproszczonego dostępu do wykonywania zawodu lekarza w Polsce dla lekarzy i lekarzy dentystów spoza Unii Europejskiej, a także obowiązku doskonalenia zawodowego. Omawiane mają być również możliwości zmiany ustawy o izbach lekarskich w zakresie odpowiedzialności zawodowej oraz systemu „no fault”. W kolejnym numerze podzielimy się informacjami o zamierzeniach ministerstwa.

W naszym lokalnym środowisku też nie brakuje nam podniesionego poziomu emocji.

W grudniu tradycyjnie spotkaliśmy się z lekarzami emerytami i rencistami na przyjęciu opłatkowym. Jak zawsze, nasi Koledzy i Koleżanki odpowiedzieli na nasze zaproszenie. Spotkanie pełne było radości, przyjacielskich rozmów i wymiany serdeczności.

W styczniu mieliśmy przyjemność wspólnie świętować karnawał w trakcie balu lekarza w zielonogórskiej Palmiarni. Wspaniała atmosfera, doskonałe menu, piękna muzyka i konkurs karaoke wprowadziły nas w doskonały nastrój.

Mam nadzieję, że w przyszłym roku spotkamy się jeszcze większą grupą.

Rolą lekarzy jest troska o zdrowie pacjentów i popularyzowanie wiedzy o zdrowym stylu życia. Cieszymy się bardzo, że znaczna grupa lekarzy skorzystała z bonu szczepionkowego. To ogromnie ważne, aby właśnie z naszego środowiska wychodziły te pozytywne impulsy prozdrowotne.

W aspekcie wspomnianych rozmów planowanych w Ministerstwie Zdrowia odnoszących się do kształcenia ustawicznego cieszymy się z korzystania przez lekarzy i lekarzy dentyków z refinansowania udziału w kursach i szkoleniach poprzez korzystanie z bonu szkoleniowego.

Przypomnę jeszcze o możliwości korzystania przez każdego z nas z podstawowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, finansowanego z naszych składek. Przy okazji pragnę poinformować Państwa, że kolejny rok z rządu możemy skorzystać z opieki prawnej. W bieżącym roku umowę zawarliśmy z firmą ubezpieczeniową Availo. Wszelkie informacje na temat możliwości i zakresu skorzystania z porad można uzyskać na naszej stronie internetowej.

Szanowni Państwo. Okręgowa Rada Lekarska na swoim pierwszym posiedzeniu w bieżącym roku podjęła uchwałę o organizacji III Interdyscyplinarnej Konferencji Naukowej pod hasłem „Lubuska Medycyna dziś i jutro”. Odbędzie się ona 21 listopada 2026 r. w salach Urzędu Marszałkowskiego. Serdecznie zapraszam osoby chętne do współorganizowania tego święta lubuskiej medycyny. Wzorem lat ubiegłych planujemy zorganizowanie sesji ogólnomedycznej i sesji stomatologicznej. Serdecznie zapraszam do zgłaszania propozycji tematów, które moglibyśmy uwzględnić w programie konferencji.

Na zakończenie jeszcze raz wrócę do najbliższego okręgowego zjazdu lekarzy. Odbędzie się on 14.03.2026 r. w sali wykładowej hotelu Grape Town w Zielonej Górze. Rozpoczęcie obrad nastąpi o godzinie 9.00. W trakcie spotkania wybierzemy nowe władze naszego samorządu w tym: prezesa, okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, członków okręgowej rady lekarskiej, zastępców okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej,

okręgowego sądu lekarskiego, okręgową komisję rewizyjną, okręgową komisję wyborczą i delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy. Proszę pozwolić, że wyrażę jeszcze raz swoją wdzięczność Koleżankom i Kolegom, którzy w 9. kadencji z pełnym zaangażowaniem, oddaniem i poświęceniem, realizowali powierzone im zadania. Dzięki ich pracy samorząd często w ciszy, bez medialnych nagłówków – przejmował na siebie ciężar trudnych rozmów, koniecznych interwencji i obrony wartości, które dla naszego środowiska pozostają niezmiennie: autonomii zawodu, bezpieczeństwa pacjentów i godnych warunków wykonywania pracy. Dziękuję każdemu z Państwa za poświęcony czas, który – pomimo natłoku obowiązków zawodowych – ofiarowaliście na rzecz naszej lekarskiej wspólnoty. Nie znajduję słów, by każdemu powiedzieć – dziękuję.

I z tą pozytywną energią i nadzieją pozostawiam Państwa do kolejnego numeru naszego biuletynu „Doktor”.

*dr n. med. Jacek Kotuła –
Wasz Prezes*



*Zdrowych, pogodnych
Świąt Wielkanocnych,
pełnych wiary, nadziei i miłości.
Wesołego, wiosennego nastroju,
serdecznych spotkań
w gronie rodziny
i wśród przyjaciół
oraz radosnego „Alleluja”
życzy Redakcja*

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*



Zdaniem redaktor naczelnej

REDAKTOR NACZELNA

JUSTYNA RAJKIEWICZ

LEKARZ SPECJALISTA CHOROÓB
WEWNĘTRZNYCH I MEDYCyny RODZINNEJ

Jeśli nie zadamy o siebie i o zdrowie naszych rodzin, nie przetrwamy w rzeczywistości pełnej presji, nadmiaru obowiązków, ciągłego pośpiechu

i odpowiedzialności. Profilaktyka to dziś nie luksus ani dodatek do życia zawodowego – to warunek konieczny jego kontynuacji. Zdrowy lekarz, zdrowy pracownik ochrony zdrowia, to fundament sprawnie działającego systemu.

Tematem przewodnim tego numeru jest pytanie: „Dokąd zmierzasz, medycyno?” – współczesna parafraza słynnego Quo vadis? To pytanie stawiamy nie tylko nauce i technologii, ale także sobie samym. Medycyna XXI wieku to nieustanny sprint: nowe wytyczne, przełomowe badania, innowacyjne terapie, doniesienia publikowane szybciej, niż jesteśmy w stanie je przyswoić. Jak się w tym wszystkim odnaleźć? Jak nadążyć, nie tracąc przy tym równowagi – zawodowej i osobistej?

W tym pędzie łatwo zgubić sens, refleksję i uważność. A przecież medycyna to nie tylko tempo i skuteczność, lecz także człowiek – zarówno pacjent, jak i lekarz. W tym numerze zachęcamy do zatrzymania się na moment, do zadania sobie pytania, dokąd zmierzamy jako środowisko i jaką medycynę chcemy współtworzyć: szybką, ale bezduszną, czy nowoczesną, a jednocześnie zrównoważoną, holistyczną i opartą na wartościach.

Niech Rok Profilaktyki Zdrowotnej będzie dla nas wszystkich impulsem do zmiany – nie tylko w kalendarzu własnych badań, ale także w sposobie myślenia o sobie, swojej pracy i granicach, których nie warto przekraczać.

Życzę Państwu inspirującej lektury i odwagi, by postawić zdrowie – własne i najbliższych – na pierwszym miejscu.

*Szanowni Państwo,
Drodzy Czytelnicy*

Rok 2026 Sejm Rzeczypospolitej Polskiej ogłosił **Rokiem Profilaktyki Zdrowotnej**. Niech i dla nas, Koleżanki i Koledzy będzie to nie tylko hasło do wdrażania szerokiej profilaktyki u naszych pacjentów ale obejmijmy nią również nas samych. Niech to będzie świadoma decyzja, wynikająca z codziennego doświadczenia pracy w zawodzie, który wymaga od nas niemal wszystkiego: czasu, uwagi, odporności psychicznej i fizycznej. Zbyt często troszczymy się o zdrowie innych, odkładając własne na później – a to „później” nierzadko nie nadchodzi.



SPIS TREŚCI

Prezesowe konteksty

Zdaniem redaktor naczelnej

◆ CO NOWEGO W IZBIE

II Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa
„Lubuska Medycyna Dziś i Jutro” już za nami

◆ TEMAT NUMERU – „Dokąd zmierzasz, medycyno?”

Dokąd zmierzasz, ortodonto?

Nowa era ortodoncji – biomechanika, kortykotomia
i systemy ochrony kości

Dlaczego wszystkie lekarki i wszyscy lekarze powinni poznać

Wytyczne Resuscytacji 2025

Przełom w badaniach nad schizofrenią

Serce regionu: kardiologia w Nowej Soli –

skąd przyszliśmy, gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy

◆ INTERDYSCYPLINARNIE

Nasze szpitale

◆ DAWKA WIEDZY

Łojotokowe zapalenie skóry a atopowe zapalenie skóry

niemowląt – problemy diagnostyczne i terapeutyczne

w codziennej praktyce

Choroby rzadkie problemem diagnostycznym w Polsce?

Czym jest życie

◆ WIELCY, ZASŁUŻENI, ZNANI

Wielcy myśliciele o przyszłości medycyny

◆ CO WARTO WIEDZIEĆ

Co słychać w Collegium Medicum

◆ Z KART KODEKSU ETYKI LEKARSKIEJ

Umorzenie postępowania

◆ ORZECZNICTWO W PRAKTYCE

Kontrola ZUS ZLA

◆ PO GODZINACH

USG w POZ – badanie tarczycy

◆ PAMIĘTAMY

2

4

6

10

12

15

17

20

21

23

26

29

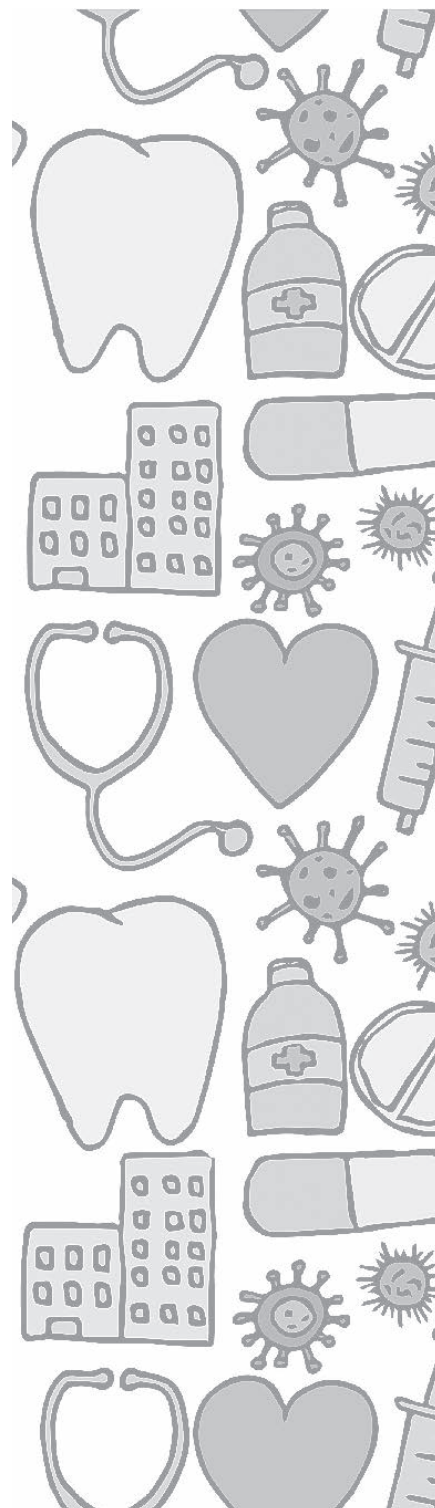
31

34

36

37

38



II MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W BIEGACH GÓRSKICH NA DŁUGIM DYSTANSIE

8 sierpnia 2026 r.

w ramach Ultramaratonu Chudy Wawrzyniec jako impreza towarzysząca.

Oficjalny patronat nad wydarzeniem objęła Śląska Izba Lekarska,
partnerem jest Wielkopolska Izba Lekarska

Szczegóły dotyczące biegu i zapisów znaleźć można na stronie organizatora: chudywawrzyniec.pl.

Link do zapisów: Zapisy.org

II Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa „Lubuska Medycyna Dziś i Jutro” już za nami

JAKUB WOJTACHA

LEKARZ

TOMASZ DOLATA

LEKARZ

15 listopada 2025 roku w Sali Kolumnowej Urzędu Marszałkowskiego w Zielonej Górze miała miejsce Konferencja Naukowa, której organizatorem rokrocznie jest Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze, we współpracy z Okręgową Izbą Lekarską w Gorzowie Wielkopolskim oraz Fundacją Eskulap. Wydarzenie uzyskało patronat Rektora Uniwersytetu Zielonogórskiego prof. dra hab. Wojciecha Strzyżewskiego, Marszałka Województwa Lubuskiego pana Sebastiana Ciemnoczołowskiego, a także Wojewody Lubuskiego pana Marka Cebuli oraz wsparcie Prezydenta Miasta Zielonej Góry, pana Marcina Pabierowskiego, Prezydenta Miasta Nowej Soli, pani Beaty Kulczyckiej, Burmistrza Miasta Żary, pani Edyty Gajdy oraz Burmistrza Miasta Sulechowa, pana Wojciecha Sołtysa. Tegoroczną lubuską Interdyscyplinarną Konferencję Naukową otworzyło przemówienie przewodniczącego komitetu organizacyjnego, Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej, Pana Doktora Jacka Kotuły oraz przewodniczącego komitetu naukowego prof. dr. n. med. Pawła Jarmużka. Obecnością zaszczylicili znakomici prelegenci, którzy w sesjach medycyny ogólnej oraz stomatologii i ortodoncji przedstawili wielospecjalistyczne podejście do aktualnych problemów zdrowia publicznego.

Dokumentacja „zbroją” lekarza

Dr n. med. Krzysztof Kordel – Prezes ORL Wielkopolskiej Izby Lekarskiej - otworzył Konferencję dwoma wystąpieniem o tematyce bardzo aktualnej i potrzebnej środowisku medycznemu.



„Agresywny pacjent - jak się bronić” – w tym przemówieniu prelegent zwrócił uwagę na fundamentalny problem w ocenie zdarzeń medycznych: statystyka nie zawsze oddaje rzeczywistość kliniczną, a formalne dane często nie uwzględniają kontekstu, presji czasu, stresu oraz realnych warunków pracy lekarza. W konsekwencji ocena postępowania medycznego bywa oderwana od rzeczywistych uwarunkowań klinicznych. Jednym z kluczowych przesłań wystąpienia było stwierdzenie, że rzetelna dokumentacja medyczna stanowi podstawowy element bezpieczeństwa prawnego lekarza. Zwrócił uwagę na kilka zasad:

- ❖ brak zapisu oznacza w sensie prawnym brak wykonania czynności,
- ❖ dokumentacja jest „niemym świadkiem” postępowania medycznego,
- ❖ należy dokumentować nie tylko to, co wykonano, ale również:
 - informacje uzyskane w wywiadzie,
 - brak określonych objawów,
 - brak zgłaszanych uczuleń,
 - odmowy pacjenta.

Prelegent podkreślił znaczenie stosowania ustandaryzowanych schematów dokumentacyjnych, nawet kosztem zwiększonej biurokracji. Doktor Kordel zaznaczył, że dokumentacja zawierająca precyzyjne godziny wykonania poszczególnych czynności skutecznie obala zarzuty pacjentów dotyczące „braku reakcji” czy „zaniechania leczenia”. Zwrócił także uwagę na konieczność zapisywania: czasu zgłoszenia się pacjenta, czasu wykonania konsultacji, realnego czasu oczekiwania na konsultanta. W przypadku pacjentów agresywnych lub awanturujących się zalecił opisywanie faktów i zachowań, a nie stawianie rozpoznań psychologicznych, cytowanie dosłownych wypowiedzi pacjenta lub członków rodziny, unikanie określeń wartościujących (np. „roszczeniowy”). Tak sporządzona dokumentacja pozwala osobom analizującym sprawę samodzielnie wyciągać wnioski. W sytuacjach granicznych prelegent rekomendował stosowanie strategii „szczególnej ostrożności”, polegającej na:

- ❖ kierowaniu pacjenta do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności,

❖ jasnym komunikowaniu ograniczeń własnych kompetencji,

❖ dokumentowaniu powodów skierowania.

Taka praktyka, choć bywa postrzegana jako defensywna, istotnie zmniejsza ryzyko prawne.

W przypadku procedur kosztownych lub wieloetapowych zalecił:

- ❖ pisemne uzgadnianie zakresu leczenia,
- ❖ dokumentowanie wyboru metody, materiałów i alternatyw,
- ❖ odnotowywanie rozmów dotyczących kosztów i oczekiwań pacjenta.

Najczęstsze spory dotyczą bowiem nie samego leczenia, lecz rozbieżności w rozumieniu ustalonego zakresu świadczenia. W wystąpieniu zaznaczono ograniczoną wiarygodność pamięci ludzkiej w długim przedziale czasu. Zalecano: opieranie się wyłącznie na dokumentacji, unikanie „dopowiadania” faktów, nie przyjmowanie roli strony oskarżającej lub obrończej ponad własne kompetencje. Dokumentacja, a nie pamięć, stanowi podstawę obrony lekarza.

Rak płuca przestaje być chorobą „szybkośmiertelną”

Kolejnym ciekawym wystąpieniem były prelekcje dr Hanny Jagielskiej-Len, dra n. med. Marka Szwieca, dra n. med. Romana Lewandowskiego czy dr n. med. Róży Poźniak-Balickiej na temat „Rak płuca – zasady diagnostyki i nowoczesnego leczenia”. Już na wstępie Pani Doktor podkreśliła, że mimo postępu terapeutycznego rak płuca jest nadal w dużej mierze rozpoznawany w stadium zaawansowanym, co bezpośrednio ogranicza możliwość leczenia radykalnego. Wskazano, że objawy pojawiają się późno i są nieswoiste (m.in. chudnięcie, ból w klatce piersiowej), a w momencie ich wystąpienia choroba często przekracza już możliwości leczenia operacyjnego.

W przedstawionym przykładzie epidemiologicznym (ok. 400 zachorowań rocznie) optymalne leczenie chirurgiczne można potencjalnie zaoferować maksymalnie 15–20% chorych, czyli w uproszczonym przeliczeniu ok. 50 pacjentom/rok, przy czym część z nich i tak odpada z powodu chorób współistniejących lub niskiej wydolności.

Wykład uporządkował populację chorych według możliwości leczenia:

A. Chorzy operacyjni (15–20%)

Współcześnie chirurgia rzadko jest postępowaniem samodzielnym – coraz częściej wymaga decyzji wielodyscyplinarnej, czy pacjent: powinien być operowany od razu, czy wymaga leczenia okołoperacyjnego / przedoperacyjnego (neoadiuwantowego), które może poprawiać rokowanie i zwiększać szanse wyleczenia.

B. Chorzy z miejscowo zaawansowanym rakiem płuca (20–30%)

To grupa z definicji zwykle nieoperacyjna, ale nadal potencjalnie kwalifikująca się do leczenia radykalnego z wykorzystaniem radioterapii. Podkreślono, że samodzielna radioterapia jest rzadka – najczęściej leczenie jest łączone (np. radio-chemioterapia i/lub leczenie systemowe).

C. Chorzy z chorobą zaawansowaną/przerzutową (55–65%)

W tej grupie z góry wiadomo, że wyleczenie jest mało prawdopodobne, ale dzięki nowoczesnym metodom systemowym część chorych uzyskuje wieloletnie przeżycie, czego wcześniej praktycznie nie obserwowano. Pani Doktor szczególnie podkreślała rolę immunoterapii oraz leczenia celowanego. Centralnym elementem wystąpienia była teza, że współczesne leczenie raka płuca jest w dużym stopniu „personalizowane” i wymaga sprawnej diagnostyki molekularnej.

Podkreślono, że szeroka diagnostyka molekularna ma największy sens u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca o typie niepłaskonabłonkowym, że w tej grupie należy dążyć do wykonania panelu badań (preferencyjnie NGS) oraz rekomendacje w tym zakresie są dynamiczne (często aktualizowane), a decyzje terapeutyczne wymagają danych o kluczowych zaburzeniach molekularnych. Za absolutnie krytyczne na starcie uznano m.in. informacje o: mutacji EGFR, rearanżacjach ALK, rearanżacjach ROS1. Zwrócono uwagę na praktyczne bariery: jakość i ilość materiału tkankowego, czas ścieżki hist.-pat. oraz konieczność

współpracy z ośrodkiem wykonującym badania. Wskazano typowy problem organizacyjny: zbyt mała ilość materiału = brak wiarygodnego wyniku, co wymusza ponowną bronchoskopię/biopsję i istotnie wydłuża czas do rozpoczęcia terapii. Wniosek praktyczny: optymalizacja pobrania i sprawna ścieżka diagnostyczna skracają czas do decyzji terapeutycznej. W odniesieniu do chorych operacyjnych podkreślono, że obecnie coraz częściej nie operuje się „od razu”, tylko rozważa leczenie systemowe przed operacją, aby ocenić odpowiedź biologiczną guza, zmniejszyć masę guza i ułatwić zabieg, poprawić rokowanie (większy odsetek wyleczeń). Wskazano, że decyzja wymaga konsylium i współpracy wielu specjalistów. Dr Jagielska-Len przedstawiła leczenie celowane jako obszar największego postępu. W chorobie przerzutowej leczenie powinno być oparte o inhibitor EGFR (zamiast klasycznej chemioterapii), wskazała dużą różnicę w czasie odpowiedzi: leczenie celowane daje znacznie dłuższą kontrolę choroby niż chemioterapia. Poruszono także temat kolejnych leków po progresji oraz kwestie refundacyjne/organizacyjne. Wskazała, że praktyka kliniczna coraz częściej obejmuje: leczenie w 2. i 3. linii, sięganie po terapie ukierunkowane molekularnie również później, jeśli pojawia się nowa możliwość (np. po weryfikacji zmian w badaniach molekularnych).

Pani Doktor zwróciła uwagę na realia systemowe: część terapii bywa dostępna poza programami lekowymi w trybach specjalnych (np. indywidualny dostęp), co wymaga sprawnej organizacji i świadomości możliwości. Z kolei pani dr Róża Poźniak-Balicka omówiła przeciwwskazania do radioterapii w leczeniu raka płuca (rozpad guza, płyn w jamie opłucnej, czynna gruźlica, niewydolność oddechowo-kръżeniowa, stany zapalne w niedodmowej części płuca) oraz metody zwiększania skuteczności radioterapii: zwiększenie dawki całkowitej, skrócenie czasu leczenia, radio-chemioterapia skojarzona. Dr Marek Szwiec przypomniał wskazania do leczenia radykalnego: brak naciekania ściany klatki piersiowej, WHO II, brak przerzutów odległych, wydolność oddechowa. Podsumowaniem wykładu było omówienie nowoczesnych immunoterapii i terapii celowanych, które

wydłużają czas przeżycia, poprawiają jakość życia, a rak płuca coraz częściej staje się chorobą przewlekłą.

Granice leczenia są częścią misji medycyny

Ciekawym punktem tegorocznej Konferencji był Okrągły Stół – „Terapia daremna – w aspekcie nowego kodeksu Etyki”, czyli panel poprowadzony przez ekspertów: dr n. med. Marzenę Plucińską, dra n. med. Bartosza Kudlińskiego, dr Urszulę Kawalec-Hurny, dra Piotra Hylę, dra n. med. Marka Szwieca, prof. dra hab. n. med. Jarosława Hiczkiewicza. Wprowadzenie do dyskusji dotyczyło trwających od kilku lat prac nad rozwiązaniami, które mogłyby ułatwić podejmowanie decyzji w sytuacji braku możliwości świadomej wypowiedzi pacjenta. Wśród rozważanych koncepcji pojawił się m.in. pełnomocnik medyczny (osoba reprezentująca preferencje pacjenta) oraz możliwość wcześniejszego wyrażenia woli dotyczącej postępowania u kresu życia. Podkreślano jednocześnie, że bez odpowiednio szerokiego

ale również towarzyszenie pacjentowi w ostatnim etapie życia. Prelegenci byli również zgodni, że niezależnie od rozwiązań formalnych podstawą jest: czas na rozmowę z pacjentem i rodziną, umiejętność prowadzenia trudnej komunikacji, odbudowa i utrzymanie zaufania społecznego do zawodu lekarza. Wybrzmiała teza, że rozmowy dotyczące celów terapii i granic leczenia powinny być prowadzone przez osoby najbardziej doświadczone (specjaliści, kierownicy/koordynatorzy), ponieważ obciążenie emocjonalne i merytoryczne przekracza często możliwości lekarzy na wczesnym etapie kariery. Dyskutowano, że zaprzestanie terapii daremnej nie jest konceptem nowym – wielu klinicystów realizuje je „intuicyjnie” od lat, ale kluczowe jest ujęcie tego w ramy procesu i odpowiedzialności zespołowej. Szczególnie podkreślono problem decyzji o (nie)podejmowaniu resuscytacji: dla młodego lekarza najprościej jest „zacząć reanimować”, natomiast najtrudniejsze jest niepodjęcie lub przerwanie działań,

Starzenie pomyślne wymaga współpracy medycyny, samorządu i społeczności lokalnej

„Starość – współczesne dylematy praktyki lekarskiej” to kolejny temat dnia konferencyjnego. Dr n. med. med. Bartosz Kudliński w swoim wystąpieniu pt. „Starzenie pomyślne” rozpoczął od osobistego wprowadzenia: jako lekarz związany z intensywną terapią został poproszony przez środowiska samorządowe woj. lubuskiego o przedstawienie perspektywy medycznej w obszarze starzenia. Spotkanie z przedstawicielami samorządów (około 180 osób) stało się dla niego impulsem do refleksji, że starzenie pomyślne wymaga współpracy ponad medycyną a lokalne społeczności realnie poszukują narzędzi, aby poprawić jakość życia seniorów. Zwrócił uwagę, że zdrowie seniorów nie może być redukowane wyłącznie do diagnostyki i terapii chorób, lecz obejmuje przede wszystkim promowanie zdrowego starzenia oraz utrzymanie dobrej jakości życia i samodzielności. Szczególnie mocno wybrzmiała perspektywa społeczna: wsparcie społeczne, relacje i aktywizacja są traktowane jako pełnoprawne narzędzia profilaktyki zdrowotnej. Prelegent przywołał przykłady lokalnych grup i inicjatyw (koła gospodyń, spotkania w małych miejscowościach, wydarzenia lokalne), które poprzez: kontakt, rozmowę, wymianę informacji, realnie przeciwdziałają samotności i izolacji – a więc zmniejszają ryzyko depresji, lęku i pogorszenia funkcji poznawczych. Jednym z najważniejszych wątków była potrzeba współpracy i budowania systemu, który łączy opiekę medyczną z samorządową i środowiskową. Doktor Kudliński wskazywał, że nawet najwyższa jakość leczenia jednostkowego nie przyniesie efektu populacyjnego bez identyfikacji potrzeb seniorów, koordynacji działań (opieka, rehabilitacja, transport, dostępność), realnego wdrażania istniejących strategii i dokumentów oraz „prowadzenia” pacjenta przez ścieżki opieki.

W swojej prelekcji „Depresja a jakość życia w starości”. dr Urszula Kawalec-Hurny omówiła pracę z pacjentami w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, relację z ich rodzinami, fakt, jak bardzo



dostępu do opieki hospicyjnej i paliatywnej (nieograniczonej wyłącznie do wybranych jednostek chorobowych) realne wdrożenie idei ograniczania terapii daremnej będzie bardzo trudne. Paneliści akcentowali, że kluczowe jest zapewnienie choremu godnego, całościowego wsparcia, a misja medycyny obejmuje nie tylko „sukces terapeutyczny”,

bo wiąże się z ogromnym obciążeniem psychicznym i lękiem prawnym/etycznym. Pojawił się też wątek wsparcia interdyscyplinarnego: w sytuacjach szczególnie trudnych emocjonalnie część panelistów wskazywała na wartość konsultacji z anestezjologiem/intensywnistą jako elementu współodpowiedzialności i odciążenia decyzyjnego.

relacje międzyludzkie mają znaczenie u schyłku życia. „Starość to ciągłość strat – sprawności, zmysłów, wydolności”. Depresja jest często jednym z elementów starzenia się i również w bardzo późnym wieku trzeba jej przeciwdziałać.

To, co wydaje się oczywiste, nie zawsze jest oczywiste

Podczas Konferencji nie zabrakło przedstawienia przypadków klinicznych z praktyki internistów lubuskich. Dr n. med. Marzenna Plucińska omówiła przebieg diagnostyki jednej z pacjentek nowosolskiego szpitala, która prezentowała szereg objawów dla powszechnie występujących chorób, jak niewydolność serca oraz nieliczne objawy endokrynologiczne, finalnie będące manifestacją paranowotworową raka płuca. Dr n. med. i n.o zdrow. Przemysław Bejga w wystąpieniu pt. „Jak być młodym w starości” postawił pytanie przewodnie: czy można zachować „młodość” w starości? Odpowiedź była ostrożnie afirmatywna – w pewnym stopniu tak, ale pod warunkiem wczesnego i konsekwentnego wpływania na czynniki ryzyka przez całe życie. Dr Bejga przywołał historię pewnych mieszkańców Tajwanu, dotyczącą długotrwałej ekspozycji na niskie dawki promieniowania w środowisku mieszkaniowym. Prelegent zasugerował, że w danych obserwowano niższe, a nie wyższe ryzyko nowotworów w ekspozowanej populacji, co stanowiło prowokację intelektualną wobec prostego założenia „czynnik promieniotwórczy = zawsze więcej raka”. Był to przykład na tezę, że środowisko działa w sposób złożony, a wnioski wymagają ostrożnej interpretacji. Jednym z najsilniejszych przesłań prezentacji było stwierdzenie, że prewencja starzenia i ryzyka chorób przewlekłych zaczyna się wcześnie, nawet w dzieciństwie, i jest sumą drobnych działań, takich jak aktywność fizyczną (z preferencją dla treningu interwałowego jako najbardziej „pobudzającego” komórkowo), dietę i wsparcie przeciwzapalne/antyoksydacyjne (m.in. omega-3; ogólnie „naturalne antyoksydanty”), minimalizowanie stresu jako czynnika skracającego życie. Zwrócono też uwagę na specyfikę zawodów medycznych: stres jest

chroniczny, a lekarze mogą żyć krócej niż populacja ogólna, co potraktowano jako argument za aktywną profilaktyką zdrowotną w tej grupie zawodowej. Bardzo praktyczny wątek dotyczył mikrobiomu jako warunku sensownej modulacji metabolizmu. Prelegent podkreślił, że przy zaburzonej florze jelitowej nawet substancje uznawane za „korzystne” (np. polifenole) mogą działać nieprzewidywalnie lub toksycznie. To powiązano także z problemem nadmiernego stosowania antybiotyków oraz ich wpływu na organizm. Bardzo wyraźnie postawiono tezę praktyczną: dominującą przyczyną otępienia w populacji starszej są zmiany naczyniowe, a choroba Alzheimera często bywa współistniejącym komponentem, nie jedynym mechanizmem. Z tego wynika najważniejszy wniosek terapeutyczny: na procesy naczyniowe mamy realny wpływ, a na czyste procesy neurodegeneracyjne – znacznie mniejszy. „Zdrowie naczyniowe” zdefiniowano praktycznie jako: kontrola ciśnienia, kontrola glikemii, kontrola lipidów, utrzymanie elastyczności naczyń poprzez styl życia i dobrze dobraną farmakoterapię, dążenie do stabilnego dobowego profilu ciśnienia (unikanie dużych wahań i niekorzystnych profili nocnych).

Konferencja zaskoczyła ogromną frekwencją, szacujemy, że wydarzenie zgromadziło ponad 250 słuchaczy. Znakomitą większość stanowili młodzi adepci sztuki medycznej, studenci kierunku lekarskiego i lekarsko-stomatologicznego oraz lekarze stażyści i rezydenci różnych specjalności. W trakcie Konferencji miała miejsce sesja plakatowa studentów Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego, której zwieńczeniem było wręczenie nagród za najlepszą prezentację plakatową: nagrodę Dziekana Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego zdobył pan Hubert Konieczny (praca pt.: „Minimally invasive vs. gold standard: comparing prostatic artery embolization and transurethral resection of the prostate in the treatment of benign prostatic hyperplasia”) oraz nagrodę Prezesa OIL w Zielonej Górze zdobyła pani Maria Łuszczyn (praca pt.: „Minimally Invasive Direct Coronary Artery Bypass Graing – Long-term Clinical and Angiographic Outcomes”).

Specjalizacje

Z przyjemnością informujemy o specjalizacjach, uzyskanych przez lekarzy OIL w Zielonej Górze w 2025 roku:

- ❖ **lek. Antonina Adamek** – anestezjologia i intensywna terapia
- ❖ **lek. Kamil Czechowski** – otolaryngologia
- ❖ **lek. Joanna Gąsior** – położnictwo i ginekologia
- ❖ **lek. Karol Lasota** – medycyna pracy
- ❖ **lek. Norbert Miszczyk** – psychiatria
- ❖ **lek. Wojciech Mróz** – anestezjologia i intensywna terapia
- ❖ **lek. Karolina Sputo-Samociak** – pulmonologia
- ❖ **lek. dentysta Aleksandra Stuce** – chirurgia stomatologiczna
- ❖ **lek. Mateusz Ważeliński** – neonatologia
- ❖ **lek. dentysta Sabina Wojciechowska** – chirurgia stomatologiczna

Prace doktorskie, obronione przez lekarzy OIL w Zielonej Górze w 2025 roku:

1. **lek. Maksymilian Brzezicki** – doktor n.med
2. **lek. Eryk Wacka** – doktor n.med. i nauk o zdrowiu

Wykaz lekarzy, którzy uzyskali certyfikat umiejętności zawodowej Medycyna Podróży w 2025 r. :

- ❖ **lek. Katarzyna Koziół** – specjalista chorób zakaźnych
- ❖ **lek. Justyna Rajkiewicz** – specjalista medycyny rodzinnej i chorób wewnętrznych

Serdecznie gratulujemy!

Dokąd zmierzasz, ortodonto?

Nowa era ortodoncji – biomechanika, kortykotomia i systemy ochrony kości



DR N. MED. ANNA EWA KUC

SPECJALISTA ORTODONCJI I PROTETYKI,
WSPÓŁPRACOWNIK KATEDRY I ZAKŁADU
ORTODONCJI I ORTOPEDII SZCZĘKOWEJ
UM WE WROCŁAWIU

Współczesna ortodoncja przechodzi dynamiczną ewolucję – od klasycznego przesuwania zębów do złożonego procesu sterowania przebudową kości. Wraz z rozwojem diagnostyki 3D, metod numerycznych i wiedzy o biologii tkanek, leczenie ortodontyczne stało się nie tylko sztuką korygowania ustawienia zębów, ale także nauką o bezpiecznej modulacji procesów biologicznych zachodzących w przyzębiu.

Dzięki nowym technologiom możemy coraz precyzyjniej przewidywać skutki biomechaniczne planowanych ruchów, a celem ortodoncji przestaje być jedynie estetyka – staje się nim ochrona struktur kostnych i minimalizacja powikłań jatrogennych.

Nowe spojrzenie na biomechanikę zęba

Przez wiele lat biomechanika ortodontyczna była domeną praktyki, opartej na doświadczeniu lekarza. Dopiero rozwój technologii komputerowych umożliwił ilościową ocenę sił działających na ząb, kość i więzadło ozębnej (PDL).

Zastosowanie metody elementów skończonych (Finite Element Method – FEM) otworzyło zupełnie nowe możliwości analizy. Modele trójwymiarowe pozwalają dziś na symulację różnych wariantów terapii – od retrakcji siekaczy po ekspansję łuku – i precyzyjną ocenę naprężeń w ozębnej, które decydują o kierunku i bezpieczeństwie przebudowy kości.

W badaniach wykorzystujących modele FEM wykazano, że nadmierne

ciśnienie hydrostatyczne w ozębnej może przekraczać fizjologiczne wartości już przy siłach rzędu 600 g generowanych np. przez łańcuszki elastyczne. Takie przeciążenia prowadzą do niedokrwienia tkanek, hialinizacji i w efekcie – resorpcji wierzchołków korzeni. Jednocześnie pokazano, że optymalne rozłożenie sił (180-200 g na stronę) pozwala utrzymać równowagę pomiędzy ruchem zęba a procesem przebudowy kości, a zastosowanie łuku stalowego 0.016*0.022 w zamkach o slocie 0.018 przy retrakcji siekaczy pozwala bardzo dobrze kontrolować torok bez względu na wektor przyłożonej siły.

Kortykotomia – między biologią a biomechaniką

Kolejnym kierunkiem rozwoju współczesnej ortodoncji stała się



kortykotomia, czyli mikronacięcia blaszki korowej kości mające na celu pobudzenie lokalnego remodelingu. W licznych badaniach klinicznych i przeglądach systematycznych wykazano, że kortykotomia oraz techniki PAOO (Periodontally Accelerated Osteogenic Orthodontics) znacząco przyspieszają ruch zębów i skracają czas leczenia ortodontycznego, jednak brakuje jednoznacznych dowodów na ich trwałą, ochronny wpływ na przyzębie.

Efekt biologiczny zabiegu polega na indukcji tzw. regionalnej reakcji przyspieszonego remodelingu (Regional Acceleratory Phenomenon, RAP), w której obserwuje się wzrost aktywności osteoblastów i przejściowe obniżenie gęstości mineralnej kości. To właśnie ten mechanizm ułatwia przemieszczanie zębów, ale wymaga ostrożności w interpretacji – nie każdemu pacjentowi przynosi jednakowy efekt kliniczny.

Kortykotomia jest więc narzędziem biologicznej stymulacji, które przy właściwym zastosowaniu może wspomagać biomechanikę leczenia, lecz nie stanowi samodzielnej metody profilaktyki powikłań przyzębia.

Bone Protection System – interdyscyplinarny model przyszłości

Efektom wieloletnich badań nad biomechaniką i remodelingiem jest koncepcja Bone Protection System (BPS) – innowacyjnego systemu ortodontycznego opracowanego w zespole wrocławskim.

BPS łączy w sobie trzy komponenty:

1. miniimplanty ortodontyczne stanowiące stabilne zakotwienie szkieletowe,
2. specjalny łuk generujący kontrolowany wektor siły ekspansyjnej
3. oraz wspomagającą kortykotomię pozwalającą na większe odciążenie ozębnej.

System ten ma na celu równomierne rozłożenie obciążeń w obrębie kości wyrostka zębodołowego, ograniczenie powstawania stref nadmiernego ciśnienia w ozębnej oraz stymulację miejscowej osteogenezy, a także wywołanie osiowego ruchu zębów już na pierwszych cienkich łukach do niwelizacji.

W modelach FEM przeprowadzonych dla BPS wykazano, że zastosowanie tego układu pozwala na utrzymanie

bezpiecznych wartości ciśnienia hydrostatycznego i zapobiega przekroczeniu progów resorpcyjnych. W praktyce oznacza to ochronę struktury kości przedsionkowej i zmniejszenie ryzyka powikłań jatrogennych, takich jak resorpcja czy utrata blaszki kostnej oraz, co najważniejsze, pobudzenie lokalnej osteogenezy i pogrubienie wyrostka i blaszki przedsionkowej, zwiększając kopertę kostną ruchu ortodontycznego.

BPS to przykład, jak interdyscyplinarna współpraca inżynierów biomechanicznych, ortodontów i periodontologów może przełożyć się na nową jakość leczenia. Projekt został zgłoszony do ochrony patentowej i wpisuje się w światowy trend rozwoju systemów ortodontycznych ukierunkowanych na biologiczną ochronę tkanek.

Nowa filozofia leczenia ortodontycznego

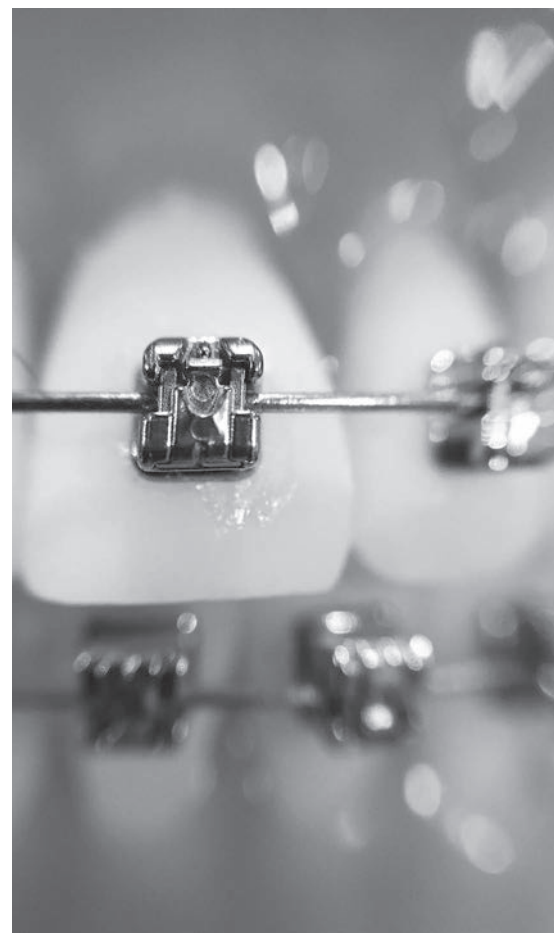
Rozwój metod diagnostycznych – takich jak tomografia CBCT, analiza 3D oraz modelowanie FEM – sprawia, że ortodoncja staje się nauką precyzyjną. Zmienia się również sposób myślenia o terapii.

Dziś lekarz nie koncentruje się już wyłącznie na estetyce czy relacjach zgryzowych, lecz przede wszystkim na zachowaniu równowagi biologicznej. Leczenie ortodontyczne musi być planowane tak, by nie tylko przesunąć zęby, ale też zachować integralność struktur przyzębia i kości.

Współczesny ortodonta staje się więc po części biomechanikiem, po części biologiem tkankowym – specjalistą, który potrafi zrozumieć zależności pomiędzy siłą, czasem a reakcją komórkową tkanek. Taka interdyscyplinarność to przyszłość ortodoncji – medycyny, która coraz odważniej wkracza w obszary inżynierii biomateriałowej i regeneracyjnej.

Zakończenie

Era nowoczesnej ortodoncji to czas precyzji, indywidualizacji i poszanowania biologii. Każdy ruch zęba to mikroskopijny eksperyment biomechaniczny, a każdy pacjent – unikalny model anatomiczny. Dzięki rozwojowi technologii, wiedzy o remodelingu i takim innowacjom jak Bone Protection System możliwe staje się leczenie,



które nie tylko koryguje wady zgryzu, ale także chroni to, co najcenniejsze – kość i przyzębie.

Wybrane publikacje

Kuc AE, Kotuła J, Nawrocki J, Babczyńska A, Lis J, Kawala B, Sarul M. The Assessment of the Rank of Torque Control during Incisor Retraction and Its Impact on the Resorption of Maxillary Central Incisor Roots According to Incisive Canal Anatomy—Systematic Review. *J Clin Med*. 2023

Kuc AE, Sybilski K, Kotuła J, Piątkowski G, Lis J, Sarul M. The Hydrostatic Pressure Distribution in the Periodontal Ligament and the Risk of Root Resorption – FEM Study. *Materials*. 2024

Kuc AE, Kulgawczyk M, Sulewska ME, Kuc N, Kawala B, Lis J, Sarul M, Kotuła J. The Effect of Corticotomy-Assisted Orthodontic Therapy (CAOT) or PAOO on Bone Remodeling and the Health of Periodontium. *J Clin Med*. 2024

Kuc AE, Kotuła J, Sarul M, Lis J, Kawala B. A Biomechanically Integrated System for Bone Regeneration during Orthodontic Remodeling – Bone Protection System (BPS). *Advanced Healthcare Materials* (w recenzji, 2025)

Dlaczego wszystkie lekarki i wszyscy lekarze powinni poznać Wytyczne Resuscytacji 2025



LEK. SZYMON MICHNIEWICZ

KIEROWNIK SZPITALNEGO ODDZIAŁU
RATUNKOWEGO SZPITALA UNIWERSYTECKIEGO
W ZIELONEJ GÓRZE

Zatrzymanie krążenia jest zdarzeniem, którego nikt nie planuje u swojego pacjenta. I choć resuscytacja kojarzy się naturalnie z SOR i intensywną terapią, rzeczywistość pisze własne scenariusze. To zasłabnięcie w poczekalni poradni, nagle pogorszenie na oddziale internistycznym, pacjent, który „na chwilę” zniknął w łazience, utrata przytomności w trakcie zabiegu lub po podaniu leku. Niezależnie od tego, czy pracujemy w POZ, AOS, na oddziale szpitalnym nieratunkowym, czy w stomatologii - przez pierwsze minuty to my jesteśmy najbliżej pacjenta. A dla pacjentów i ich rodzin ta chwila bywa prosta do oceny: oczekują profesjonalizmu, który w ich doświadczeniu zamienia się w poczucie bezpieczeństwa.

Wytyczne Resuscytacji ERC 2025 warto czytać właśnie z tej perspektywy. To nie jest dokument wyłącznie dla tych, którzy prowadzą zaawansowane działania resuscytacyjne na co dzień. To standard, który porządkuje myślenie o pierwszym etapie zdarzenia, zanim dotrze zespół ratownictwa medycznego, zanim pojawi się zespół reanimacyjny w szpitalu, zanim przyjdzie „ktoś bardziej doświadczony”. Ten czas jest krótki, ale jego znaczenie duże, bo pierwsze decyzje ustawiają bieg dalszych działań.

Wytyczne są próbą opisanie dobrych praktyk w oparciu o dowody naukowe i doświadczenie systemów ratowniczych. Z punktu widzenia środowisk nieratunkowych ich największa wartość nie polega na tym, że „uczy się nowych technik resuscytacji”, tylko na tym, że zmniejszają przestrzeń na zwłokę i dezorganizację. W realnym świecie pacjent przegrywa częściej nie z brakiem wiedzy o szczegółach zaawansowanej resuscytacji, lecz z opóźnieniem wynikającym z wahania „czy na pewno?” oraz z chaosem ról i komunikacji.

Jeśli miałbym wskazać jedną myśl przewodnią Wytycznych 2025, brzmiałaby ona tak: pierwsze minuty zatrzymania krążenia są obszarem odpowiedzialności szerokiej grupy medyków. To właśnie wtedy najczęściej rozstrzyga się, czy reszta łańcucha przeżycia w ogóle dostanie szansę zadziałać.

Co jest naprawdę „nowe” w 2025: mniej zwlekania, więcej logiki w organizacji systemu

Jeżeli ktoś oczekiwał, że aktualizacja przyniesie rewolucję w technicznych szczegółach resuscytacji, raczej jej nie znajdzie. Z perspektywy lekarzy

„nieratunkowych” sedno jest inne. Wytyczne 2025 bardzo konsekwentnie nazywają i adresują problem, z którym mierzymy się w praktyce, poza SOR i OIT, zwłokę wynikającą z niepewności i przeciążenia poznawczego w pierwszych chwilach zdarzenia.

W gabinecie, poradni, gabinecie stomatologicznym czy na oddziale rzadko działamy w warunkach „podręcznikowych”. Zamiast zespołu, który wykonuje resuscytację codziennie, mamy kilka osób próbujących jednocześnie ocenić stan pacjenta, uspokoić rodzinę, zorganizować przestrzeń, znaleźć sprzęt i podjąć decyzje, które są krytyczne. W takiej sytuacji łatwo wpaść w pułapkę: zanim uruchomimy system pomocy, próbujemy „zyskać pewność”. Wytyczne 2025 przesuwają akcent w przeciwną stronę. Wsparcie ma zostać uruchomione wcześniej, tak by decyzja o wezwaniu pomocy nie była efektem „nabrania pewności”, tylko rutynową reakcją na stan wysokiego ryzyka.

To nie jest zachęta do „panikowania” przy każdym omdleniu. To przypomnienie, że w stresie największym przeciwnikiem jest czas. Zatrzymanie krążenia ma własną dynamikę, która nie jest równoległa do czasu, jakiego potrzebuje niedoświadczony w procedurach resuscytacyjnych zespół medyczny.

Wytyczne mocno podkreślają też coś, co w praktyce jest źródłem wielu opóźnień, czyli fakt, że ocena oddechu bywa trudna i myląca. Wczesne zatrzymanie krążenia potrafi wyglądać niejednoznacznie, bo oddechy mogą być pojedyncze, nieskuteczne, może pojawić się charczenie, czasem krótkie epizody drgawek. W takich scenariuszach najgroźniejszy bywa nie brak „wiedzy specjalistycznej”, ale błędna narracja:

„on oddycha”, „poczekajmy chwilę”. Wytyczne 2025 wyraźnie wzmocniają przekaz, że w sytuacjach granicznych liczy się szybkie uruchomienie wsparcia oraz uporządkowanie działań zespołu.

W dyskusji o organizacji systemu łatwo zgubić fundament kliniczny. Nawet najszybciej uruchomiona pomoc nie zastąpi podstaw resuscytacji, czyli wysokiej jakości uciśnięć klatki piersiowej. W praktyce to one są „mostem” między rozpoznaniem, a defibrylacją i przejściem działań przez dedykowane resuscytacji zespoły medyczne. W tym tekście nie ma sensu wchodzić w parametry szkoleniowe, warto jednak powiedzieć, że wysoka jakość uciśnięć w realnych warunkach oznacza przede wszystkim minimalizowanie przerw, odpowiednią głębokość uciśnięć, odpowiednie tempo i utrzymywanie ciągłości pracy zespołu, a to są umiejętności, których jakość zależy od treningu.

Różne środowiska, te same priorytety, czyli gdzie najczęściej „ucieka” czas

Ten sam algorytm resuscytacji musi działać w różnych realiach organizacyjnych. Różnica nie polega na tym, co jest ważne medycznie, lecz na tym, jak w danym miejscu uruchamia się wsparcie i jak łatwo o zwłokę.

POZ i AOS to mały zespół i duża wielozadaniowość

W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej „aktywacja systemu” zwykle zaczyna się od telefonu i kontaktu z dyspozytorem. W praktyce dyspozytor bywa pierwszym zewnętrznym elementem zespołu, który porządkuje komunikację, pomaga utrzymać kierunek działania, przypomina o priorytetach, gdy na miejscu zdarzenia dzieje się zbyt dużo naraz.

Drugim wąskim gardłem POZ/AOS jest wielozadaniowość małego zespołu. W stresie łatwo o niezamierzone, długie przerwy w kluczowych działaniach, bo ktoś szuka sprzętu, ktoś „ogarnia” otoczenie, ktoś rozmawia przez telefon. Właśnie tu widać, że jakość resuscytacji jest w dużej mierze jakością organizacji. Logistyka nie może zabierać czasu, co w resuscytacji jest najbardziej

podstawowe: ciągłości wysokiej jakości uciśnięć klatki piersiowej. Jeśli placówka ma AED, jego realna wartość zależy nie od samego faktu posiadania, lecz od tego, czy jest wpięte w codzienny system gotowości, czy wiadomo, gdzie jest i kto po nie idzie.

Oddział „nieratunkowy”, czyli złudzenie bezpieczeństwa

Personel oddziałów szpitalnych wpada w inną pułapkę, czyli złudzenie bezpieczeństwa. Doświadczone wsparcie bywa „blisko” i pojawia się szybko, ale tylko pod warunkiem, że „system” zostanie uruchomiony. W pierwszych minutach resuscytacji kontrola bierze się z organizacji systemu, a nie z samej obecności ludzi. Resuscytacja w środowiskach nieratunkowych nie jest testem dla profesjonalizmu ani sprawdzianem wiedzy, to jest egzamin ze znajomości organizacji systemu i nawyków. W realnych zdarzeniach wygrywa ten zespół, który szybko przechodzi od wątpliwości do skutecznego liderowania, rotacji uciskających, minimalizacji przerw, wczesnej defibrylacji i spójnej komunikacji.

To prowadzi do pytania, które zwykle pada w rozmowach kuluarowych: „Dobrze, ale czy to znaczy, że mam być

gotowy na resuscytację jak w oddziale ratunkowym?”. Wytyczne nie oczekują od lekarzy rodzinnych, specjalistów AOS czy lekarzy oddziałów nieratunkowych posiadania kompetencji lekarzy ratunkowych. One proponują inny, dużo bardziej realistyczny scenariusz, czyli: bądź gotów na pierwsze minuty. A to w praktyce oznacza, żeby rozpoznać, że dzieje się coś krytycznego, uruchomić pomoc bez zwłoki, wejść w rolę w zespole i utrzymać prosty porządek działań do czasu przejścia przez osoby i zasoby, które są do tego dedykowane.

Stomatologia i gabinety zabiegowe – resuscytacja to przełączenie trybu pracy

W gabinecie stomatologicznym resuscytacja często zaczyna się w przestrzeni, która nie jest projektowana pod zdarzenia krytyczne. Pacjent bywa w pozycji utrudniającej ocenę, w polu zabiegowym mogą być płyny, krew, ślina, narzędzia. Tutaj kluczowa jest zdolność do natychmiastowego przełączenia się z „procedury” na „ratowanie”, na przerwanie czynności bez dokańczania, uporządkowanie przestrzeni, wezwanie pomocy, rozpoczęcie uciśnięć oraz użycie AED, jeśli jest dostępne. To nie



jest osobny algorytm, to ta sama logika priorytetów, tylko w trudniejszym środowisku.

AED to narzędzie dla każdego

Wytyczne 2025, podobnie jak wcześniejsze, bardzo konsekwentnie podkreślają znaczenie wczesnej defibrylacji. Problemem jest to, że w wielu pozaszpitalnych jednostkach systemu ochrony zdrowia AED pozostaje mentalnie poza codziennym systemem pracy. Urządzenie gdzieś wisi, jest oznakowane, bywa serwisowane, a w chwili krytycznej nikt nie potrafi bez wahania powiedzieć, kto po nie idzie i jak go użyć przy pacjencie.

Trzeba to powiedzieć wprost, AED jest zaprojektowane po to, aby mogło być użyte przez osoby, które rzadko mają do czynienia z resuscytacją. Jego skuteczność zależy więc przede wszystkim od czasu i organizacji. Skuteczność zależy od odpowiedzi na pytania, czy urządzenie pojawi się przy pacjencie szybko i czy zespół potrafi go użyć oraz utrzymać dyscyplinę działania.

W szpitalu dochodzi jeszcze jeden wątek: różnica między AED a defibrylatorem manualnym. Dla personelu medycznego oddziałów „nieratunkowych” wniosek praktyczny jest prosty: w sytuacji krytycznej działa ten sprzęt, który jest najbliżej i który zespół potrafi obsłużyć bez wahania i zbędnej zwłoki.

Jeśli defibrylator manualny jest rutynowo używany przez dany zespół, to bardzo dobrze. Jeśli nie, AED wypełnia swoją rolę, bo obniża barierę obsługi i skraca czas do pierwszej analizy rytmu oraz ewentualnego wyładowania.

Gotowość zespołu to kilka małych rzeczy, które robią największą różnicę

Placówki „przygotowane” od tych, które liczą na improwizację, rzadko odróżnia liczba dokumentów. Odróżnia je kilka drobnych, powtarzalnych umiejętności i ustaleń, które w kryzysie oszczędzają najcenniejszą walutę, czyli sekundy i uwagę.

W środowiskach nieratunkowych gotowość najczęściej rozbija się o logistykę. Jak wzywamy pomoc i kto to robi? Kto przejmuje komunikację z rodziną lub poczekalnią? Kto otwiera wejście i prowadzi zespół ratownictwa lub zespół reanimacyjny do miejsca zdarzenia? Gdzie jest sprzęt i czy ktoś potrafi go uruchomić bez szukania instrukcji w trakcie zdarzenia? W zatrzymaniu krążenia odpowiedzi na te pytania mają wymierne przełożenie na wynik, bo bez nich „najlepsza medycyna” nie ma warunków, żeby zadziałać.

Wytyczne 2025 w warstwie edukacyjnej i organizacyjnej wzmacniają

przekaz, że takie elementy trzeba ćwiczyć krótko i regularnie, możliwie blisko realiów. Nie chodzi o spektakularne symulacje, tylko o trening, który usuwa wahanie, porządkuje role i skraca czas reakcji. W praktyce szkolenie ma jeden bardzo konkretny cel. Ma sprawić, by w krytycznej chwili zespół nie improwizował, tylko działał według wspólnego scenariusza. To właśnie wtedy łatwiej utrzymać ciągłość uciśnięć, szybciej sięgnąć po AED i nie zgubić priorytetów w pierwszych minutach resuscytacji.

Dlaczego szkolenie jest wciąż najrozsądniejszą inwestycją?

Resuscytację w środowiskach nieratunkowych wygrywa się w pierwszych minutach. Dzięki szybkiemu wezwaniu pomocy, wczesnej defibrylacji tam, gdzie jest dostępna, oraz ciągłym, wysokiej jakości uciśnięciom klatki piersiowej. To są elementy, które w największym stopniu zależą od organizacji i wyuczonych nawyków, a nie od tego, czy ktoś potrafi odtworzyć z pamięci zaawansowany algorytm.

Dlatego najlepszym pytaniem o aktualizację Wytycznych 2025 nie jest pytanie „czy zmieniło się dużo”, tylko inne: czy w moim miejscu pracy potrafimy przejść przez pierwsze pięć minut resuscytacji bez straty czasu i bez chaosu? Jeśli odpowiedź nie jest jednoznacznie twierdząca, nie jest to porażka. To czytelny sygnał, że warto wrócić do podstaw w sposób profesjonalny, poprzez szkolenie i regularne odświeżanie umiejętności.

Gotowości na zatrzymanie krążenia nie da się zadeklarować ani „zapisać w procedurze”. Da się ją wytrenować. Dobre szkolenie nie zamienia wszystkich lekarzy w medyków ratunkowych. Robi coś bardziej realnego, bo usuwa wahanie, porządkuje role, skraca czas do uruchomienia systemu, uczy utrzymywać jakość uciśnięć w warunkach stresu i zmęczenia, a defibrylację traktować jako element podstawowej resuscytacji. Właśnie w tym sensie Wytyczne Resuscytacji 2025 są ważne dla szerokiej grupy lekarzy, lekarzy oraz lekaerek i lekarzy dentystów. Przypominają, że pierwsze minuty nie są „niczyje”. Są nasze i dlatego powinniśmy być na nie przygotowani.



Przełom w badaniach nad schizofrenią

Zaburzenia pierwotnie psychotyczne, w tym schizofrenia, dotyczą statystycznie ponad tysiąc mieszkańców Zielonej Góry i okolic. Pomimo znacznego postępu w wiedzy na temat chorób mózgu, obszar diagnostyki i leczenia schizofrenii bazował do tej pory na niejasnych kryteriach rozpoznania.



DR N. MED. PRZEMYSŁAW ZAKOWICZ

LUBUSKI KONSULTANT WOJEWÓDZKI
PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY
ZAKŁAD NEUROINŻYNIERII I MEDYCyny
KOSMICZNEJ, COLLEGIUM MEDICUM, UZ

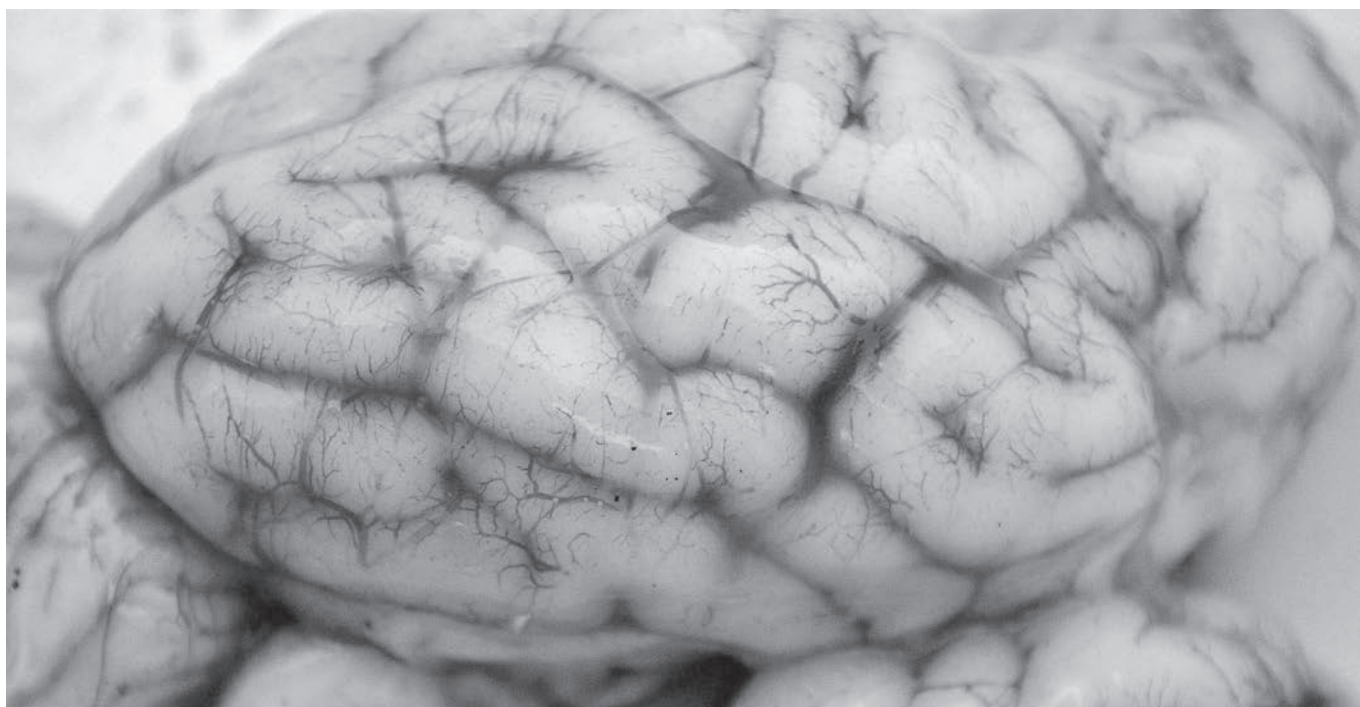
Antypsychiatria pomaga współczesnej diagnostyce?

Problem braku obiektywnej diagnostyki chorób psychicznych nie jest niczym nowym. Aktualne standardy diagnostyczne opierają się o system objawowy, to znaczy diagnoza, niejednokrotnie choroby mózgu, leży w kompetencji lekarza specjalisty dysponującego niewielkim orężem diagnostycznym. W zasadzie główną metodą jest czynna (badanie stanu psychicznego oraz wywiad) oraz bierna obserwacja objawów pacjenta. Niepokojącym sygnałem dla lekarza specjalisty są zatem: obecność halucynacji słuchowych, zaburzenia procesów myślenia oraz dziwaczność zachowań pacjenta (izolowanie się, gwałtowna zmiana stylu życia). Na wysoką subiektywność tego typu diagnostyki wskazywał już

w latach 70-tych amerykański profesor psychologii David Rosenhann. Umieścił on w Izbach Przyjęć zakładów psychiatrycznych dobrze przeszkolonych aktorów, mających odgrywać rolę osoby chorej psychicznie. Podczas procedury przyjęcia aktorzy symulowali obecność omamów słuchowych odbieranych z wnętrza głowy (tzw. pseudoomamy, charakterystyczne dla przebiegu schizofrenii). Większość z „dywersantów” rzeczywiście została poddana przymusowej hospitalizacji, z której niewielu udało się bezproblemowo opuścić szpital psychiatryczny. Z uwagi na kontrowersyjny eksperyment podniesiono dyskusję w środowisku akademickim nad Czarną Owcą Medycyny. Psychiatria bowiem, jako jedyna ze specjalizacji lekarskich, nie dysponowała do tej pory obiektywnymi metodami diagnostycznymi w większości przypadków.

Czym jest obiektywna diagnoza

Gdy czujemy obezwładniający ból w klatce piersiowej, promieniujący do lewego ramienia i żuchwy, duszność oraz kołatanie serca, w mig podejrzewamy u siebie zawał mięśnia sercowego. Mimo tego, że objawy są dość oczywiste, nie zawsze sygnalizują zawał i wymagają pilnej konsultacji z lekarzem, który na podstawie badań krwi oraz badania EKG jest w stanie potwierdzić bądź wykluczyć tę chorobę z bardzo dużą czułością i swoistością. Powiemy zatem,



że o rozpoznaniu decydują objawy łącznie z wynikami badań diagnostycznych. Za pomocą tych specjalistycznych procedur jesteśmy w stanie podjąć najkorzystniejszą decyzję dla pacjenta i uratować mu życie.

Przebieg chorób psychiatrycznych jest niejednokrotnie podstępny. Sama schizofrenia jest chorobą mózgu toczącą się na dwóch piętrach ośrodkowego układu nerwowego: korowym i podkorowym. Na poziomie korowym dochodzi do zaburzeń w tworzeniu się połączeń między komórkami nerwowymi a na poziomie podkorowym do zaburzeń w funkcjonowaniu neurotransmiterów, głównie dopaminy. Czas to mózg, również w tym przypadku. Okazuje się, że czas nieleczonej psychozy będzie czynnikiem niekorzystnie wpływającym na rokowanie pacjenta, powodując często trwałą niepełnosprawność. Osoba do tej pory zupełnie zdrowa, może wskutek rzutu choroby psychiatrycznej utracić zdolność do samodzielnej egzystencji, podejmowania decyzji i udziału w rolach życiowych. Co zrobić, żeby

nie przeoczyć niepokojących sygnałów u naszej bliskiej osoby?

Nowoczesne metody diagnozy

Pierwszy etap szeroko zakrojonego programu badawczego KEPLER Study, kierowanego przez zespół naukowców Zakładu Neuroinżynierii i Medycyny Kosmicznej Uniwersytetu Zielonogórskiego rzuca nowe światło na dotychczasowy problem. Międzynarodowy zespół lekarski, w skład którego weszli pracownicy Uniwersytetu Zielonogórskiego, Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Uniwersytetu w Oxfordzie oraz Uniwersytetu w Heidelbergu, opracował nowatorską metodę diagnostyki chorób psychiatrycznych u dzieci i młodzieży. Z wykorzystaniem metod maszynowego uczenia się stworzono algorytm, rozpoznający u pacjenta chorobę psychiatryczną w oparciu o wyniki badań krwi oraz obiektywne testy mierzące funkcje wykonawcze mózgu.

Badacze zgodnie uważają, że to rewolucja w diagnostyce chorób psychiatrycznych i wstęp do wprowadzenia

tego typu metod diagnostycznych na szerszą skalę. Dzięki tego typu metodom ryzyko popełnienia błędu diagnostycznego spada do minimum, jak również mamy szansę wykryć chorobę na bardzo wczesnym stadium, co pozwala na uniknięcie powikłań. Badane markery występowania choroby u pacjenta dotyczą białek plastyczności synaptycznej, tj. oceny zdolności mózgu do regeneracji. Okazuje się, że mózg pacjenta w stanie psychozy może w niewłaściwy sposób radzić sobie z odbudową połączeń, co skutkuje problemami z podejmowaniem decyzji oraz orientacją w często trudnej rzeczywistości otaczającej pacjenta.

Dzięki współpracy międzynarodowej jesteśmy coraz bliżej rozwiązania jednej z największych zagadek świata medycyny. Wyniki badania opublikowano w jednym z najbardziej prestiżowych czasopism naukowych na świecie *Natura Scientific Reports* i są one publicznie dostępne.





JAROSŁAW HICZKIEWICZ

PROFESOR DR HAB.

KIEROWNIK KATEDRY KARDIOLOGII
INTERWENCYJNEJ ORAZ KARDIOCHIRURGII
INSTYTUTU NAUK MEDYCZNYCH
COLLEGIUM MEDICUM,
SPECJALISTA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
ORAZ KARDIOLOGII.

Choroby serca wciąż należą do najczęstszych powodów nagłych hospitalizacji. W takich sytuacjach liczy się czas, dostęp do nowoczesnej diagnostyki i doświadczenie zespołu. Dla mieszkańców lubuskiego oznacza to jedno: możliwość leczenia „na miejscu”, bez dalekich wyjazdów do ośrodków w innych województwach. W ostatnich dekadach tutejsza kardiologia przeszła drogę od klasycznego oddziału szpitalnego do miejsca, w którym wykonuje się zaawansowane zabiegi małoinwazyjne, rozwija obrazowanie serca i prowadzi badania naukowe nastawione na praktyczne korzyści dla pacjentów.

Od pierwszych kroków do „kardiologii przez naczynia”

Historia rozwoju kardiologii w Nowej Soli, która powstała w 1983 roku jako pierwsza w ówczesnym województwie zielonogórskim to w dużej mierze historia konsekwentnego dokładania kolejnych „klocków” do systemu, który ma działać sprawnie w każdej sytuacji – od ostrego zawału po planowe leczenie wad zastawkowych. Jednym z ważnych kamieni milowych był rok 1999, kiedy uruchomiono pierwszą w województwie pracownię hemodynamiki, w której

Serce regionu: kardiologia w Nowej Soli – skąd przyszliśmy, gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy

początkowo wykonywano jedynie koronarografie i koronaroplastyki, od ponad 20 lat pełni 24-godzinny dyżur zawałowy. Dzięki temu zawały serca można leczyć szybko i skutecznie. Do tego czasu śmiertelność 30-dniowa pacjentów z zawałem serca w całym kraju przekraczała 30%. Od momentu wprowadzenia dyżurów zawałowych spadła do ok. 4-5%.

Kolejne lata to dalszy rozwój zaplecza i metod leczenia: powstanie sali hybrydowej (2007) umożliwiło wykonywanie skomplikowanych zabiegów (TAVI, zamykanie uszka lewego przedsionka, zamykanie ubytków w przegrodzie międzyprzedsionkowej i międzykomorowej, mitra Clip) w zabezpieczeniu kardiochirurgicznym, uruchomienie zabiegów elektroterapii, czyli m.in. implantacji stymulatorów (2011), oraz leczenia zaburzeń rytmu serca metodą ablacji (2011). To ważne, bo współczesna kardiologia nie kończy się na „odetkaniu tętnicy” – równie często trzeba stabilizować pracę serca, zapobiegać groźnym arytmiom i leczyć niewydolność serca.

W 2018 roku uruchomiono trzecią pracownię hemodynamiki, a pod koniec tego samego roku wykonano pierwszy zabieg TAVI – czyli przeszłonkowej implantacji zastawki aortalnej. To metoda leczenia zwężonej zastawki serca u pacjentów, którzy często nie kwalifikują się do klasycznej operacji lub chcą uniknąć dużego zabiegu. Kilka lat później, w 2023 roku, wykonano pierwszy zabieg MitraClip – małoinwazyjne leczenie niedomykalności zastawki mitralnej. Rozwój trwa nadal w ostatnim roku uruchomiona została

czwarta pracownia, pozwalając na dalsze zwiększenie dostępności zabiegów interwencyjnych.

Jak działa oddział dziś – od intensywnego nadzoru po rehabilitację

Dla pacjenta kluczowe jest nie tylko to, że dany zabieg jest „dostępny”, ale cały proces leczenia jest dobrze zorganizowany: szybkie przyjęcie, diagnostyka, leczenie, a potem bezpieczny powrót do sprawności. Obecnie Klinika Kardiologii



Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego obejmuje kilka uzupełniających się części: Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Oddział Kardiologii oraz Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej. Taka struktura pozwala płynnie przechodzić od leczenia stanów nagłych (np. zawał, groźne zaburzenia rytmu) do stabilizacji i rehabilitacji, która jest ważnym elementem powrotu do normalnego funkcjonowania. Po zakończeniu hospitalizacji opieka nad pacjentem jest kontynuowana w ramach skoordynowanego procesu w poradni „KOS-Zawał”, działająca od 2017 roku, lub w konwencjonalnej poradni kardiologicznej.

Warto podkreślić, że oddział działa w warunkach dużego obciążenia – co w praktyce oznacza spore doświadczenie zespołu w prowadzeniu pacjentów o różnym stopniu ciężkości. Wykorzystanie łóżek na oddziale w ujęciu rocznym przekracza 100% a średnia ilość przyjęć na oddział to ponad 20 dziennie.

Nowoczesne leczenie blisko domu: zawał, arytmie, zastawki

W kardiologii są dwa obszary, w których postęp szczególnie zmienił życie pacjentów: leczenie ostrych stanów

(zwłaszcza zawałów) oraz leczenie osób starszych i obciążonych, u których klasyczna operacja bywa zbyt ryzykowna. W Nowej Soli od lat trzon pracy stanowią zabiegi w chorobie wieńcowej – od diagnostyki, przez koronaroplastyki, po metody wspomagające decyzję, czy dana zmiana rzeczywiście wymaga interwencji (to ważne, bo nie każde zwężenie trzeba od razu „stentować”). Dlatego od lat wykonywane są badania czynnościowe oceniające stopień zwężenia tętnicy wieńcowej i ewentualną kwalifikację do leczenia przezskórnego (FFR i wFR). Wykonujemy obrazowe badanie wewnątrzwieńcowe: ultrasonografia wewnątrzwieńcowa (IVUS) oraz koherentna tomografia optyczna (OCT). W praktyce oznacza to precyzyjne dobieranie metody leczenia do pacjenta i leczenie zgodne z najnowszymi standardami i wytycznymi międzynarodowych towarzystw kardiologicznych.

Równolegle rozwija się elektrote rapię: od implantacji stymulatorów, stymulatorów bezelektrodowych, kardiowerterów-defibrylatorów, kardiowerterów-defibrylatorów z funkcją resynchronizującą, podskórnych kardiowerterów-defibrylatorów. Od kilku lat rutynowo zaawansowanych zaburzeniach przewodzenia oraz jako metoda resynchronizacji wykonujemy

stymulacje fizjologiczne implantując elektrody w układ przewodzący, pęczek Hisa i lewą odnogę i leczenie arytmii: ablacje – zabiegi, w których „wyłącza się” w sercu źródło nieprawidłowego rytmu. Zabiegi te pozwalają nie tylko na usunięcie uczucia nierównego bicia serca, bowiem z punktu widzenia najnowszych dowodów naukowych pozwalają one na uniknięcie rozwoju niewydolności serca a także poprawiają rokowanie u pacjentów u których ta niewydolność już się rozwinęła. Wykonujemy wszystkie dostępne na świecie metody ablacji, od klasycznej, po krioablację i elektroporację. Wykonujemy zabiegi przezskórnego usuwania elektrod wewnątrzsercowych, oczywiście w zabezpieczeniu kardiochirurgicznym.

Postęp widać szczególnie wyraźnie w zakresie tzw. kardiologii strukturalnej – czyli zabiegów dotyczących zastawek i wybranych struktur serca. TAVI. Obecnie ten wysoce zaawansowany technologicznie zabieg stał się procedurą realizowaną regularnie i w rosnącej skali (około 100 zabiegów rocznie). Dla pacjentów możliwość leczenia małoinwazyjnego oznacza krótszą rekonwalescencję i często szybszy powrót do codziennych aktywności niż po klasycznej operacji. Interwencja strukturalna ma również



rosnące znaczenie dla profilaktyki udarów u pacjentów z migotaniem przedsionków. Jedną z metod, stosowaną u wybranych osób, jest zamknięcie uszka lewego przedsionka – miejsca, w którym w migotaniu przedsionków najczęściej tworzą się skrzepliny.

Pracownia hemodynamiczna to nie tylko leczenie serca – bowiem od lat wykonywane są tutaj z rosnącą częstotliwością zabiegi na naczyniach obwodowych, rocznie ok. 1000 angioplastyk. Angioplastyki kończyn dolnych, tętnic szyjnych, nerkowych, pnia trzewnego i inne, a także zabiegi z zakresu neuroradiologii jak embolizacje tętniaków mózgowych. Dzięki rozwojowi technik inwazyjnych możliwe jest teraz również u wybranych pacjentów inwazyjne leczenie udarów niedokrwiennych mózgu – poprzez mechaniczne udrożnienie zamkniętej tętnicy mózgowej (trombektomia mechaniczna). Od kilku lat pełnimy naprzemiennie z kolegami z Zielonej Góry dyżury udarowe.

Obrazowanie serca: echo, tomografia i nowy etap rezonansu

Współczesna kardiologia coraz częściej opiera się na „oglądaniu serca” z wielu stron – nie tylko w klasycznym USG, ale także w tomografii komputerowej (TK) i rezonansie magnetycznym (MR). To pozwala lepiej dobierać leczenie, planować zabiegi i szybciej wyjaśniać przyczynę dolegliwości.

W Nowej Soli duży nacisk kładzie się na diagnostykę obrazową, wykonując ponad 3000 procedur tomografii komputerowej serca rocznie. To badanie, które w wielu sytuacjach pozwala uniknąć inwazyjnej diagnostyki, a jednocześnie daje lekarzom bardzo szczegółowy obraz naczyń i pozwala optymalnie zaplanować zabiegi.

Kolejnym krokiem jest rezonans magnetyczny serca. Dzięki wykonywanej obecnie modernizacji sprzętu (zakup najnowszej generacji skanera MR) oraz zagranicznym szkoleniom personelu możliwe będzie już od przyszłego miesiąca wykonywanie badań rezonansu magnetycznego serca w większej ilości oraz z uwzględnieniem najnowocześniejszych technik obrazowania. Dla pacjentów i lekarzy oznacza to realną zmianę: rezonans serca jest jednym

z najlepszych badań do oceny mięśnia sercowego, blizn po zawale, zapaleń czy wybranych kardiomiopatii. Krótko mówiąc – pozwala „zajrzeć w serce” inaczej niż w TK czy USG i często odpowiada na pytania, na które inne metody nie dają pełnej odpowiedzi.

Nauka i praktyka: badania, które mają sens dla pacjenta

Oddział w Nowej Soli jest afiliowany z Uniwersytetem Zielonogórskim – jako część Katedry Kardiologii Interwencyjnej i Kardiochirurgii – co wzmacnia jego rolę nie tylko jako miejsca leczenia, ale też kształcenia i rozwoju nowych rozwiązań. W ostatnich latach powstało ponad 70 publikacji w czasopismach naukowych (z łącznym wskaźnikiem cytowań czasopism przekraczającym 250), a w zespole pracują liczni lekarze posiadający stopnie naukowe i dorobek rozpoznawalny na arenie ogólnopolskiej i międzynarodowej.

Zespół publikował prace o tzw. markerach hematologicznych i zapalnych, które mogą pomagać przewidywać ryzyko powikłań u pacjentów z ostrymi chorobami serca. Jedną z takich prac została – według danych z baz naukowych – zacytowana ponad 200 razy, co w nauce medycznej jest wyraźnym sygnałem, że temat okazał się ważny także dla innych ośrodków na świecie.

Drugi ważny kierunek to sztuczna inteligencja (AI) – ale rozumiana nie jako „modne hasło”, tylko konkretne narzędzia: programy, które potrafią analizować dane medyczne i podpowiadać, którzy pacjenci są w grupie największego ryzyka. Badanie prowadzone nad przewidywaniem ryzyka zakrzepowo zatorowego u pacjentów z migotaniem przedsionków zostały nagrodzone na Kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz zostały opublikowane w najbardziej prestiżowym europejskim czasopiśmie naukowym w dziedzinie kardiologii – European Heart Journal.

Co dalej: „kliniczna jakość + dane + nowa technologia”

Plany na najbliższe lata można streścić w dwóch słowach: dalsza

specjalizacja i mądra cyfryzacja. Z jednej strony – rozwój infrastruktury i procedur, wprowadzanie nowych rodzajów zabiegów oraz dalsze zwiększanie ekspertyzy pozwalające na leczenie trudnych przypadków takich jak np. przewlekłe zamknięcia tętnic wieńcowych.

Z drugiej strony – wchodzenie na poziom „medycyny opartej na danych”. Nie chodzi o to, by komputer zastępował lekarza, ale by pomagał szybciej wychwycić zagrożenie i uporządkować informacje: wyniki badań obrazowych, laboratoryjnych i dane z historii choroby. To kierunek, który wprost wynika z dotychczasowej aktywności naukowej zespołu: od badań nad markerami zapalnymi, przez modele przewidujące ryzyko, po automatyzację analizy obrazów serca.

W tym kontekście szczególnie ważne są dwie rzeczy: rozwój obrazowania (TK i nowoczesny rezonans, także pod kątem badań serca) oraz wdrażanie narzędzi AI tam, gdzie realnie skracają czas diagnostyki i zmniejszają ryzyko pomyłek wynikających z przeciążenia informacjami.

Na koniec: dlaczego to ma znaczenie dla mieszkańców?

Dla pacjenta najważniejsze są trzy rzeczy: szybka pomoc w nagłym zagrożeniu, dostęp do nowoczesnych metod leczenia i bezpieczne prowadzenie po wypisie (w tym rehabilitacja). Kardiologia w Nowej Soli buduje te elementy konsekwentnie od lat: rozwija zaplecze zabiegowe, wzmacnia obrazowanie serca, szkoli kadry i prowadzi badania, których celem jest bardziej przewidywalna, spersonalizowana opieka.

A dla nas wszystkich to także proste przypomnienie: serce „nie boli od święta”. Jeśli pojawiają się niepokojące objawy – ból w klatce piersiowej, duszność, kołatanie serca, omdlenia – nie warto czekać. W kardiologii czas naprawdę jest mięśnieniem.

NASZE SZPITALE

1. Koniec roku pod znakiem remontów

WSSPZOZ Nowa Sól

Zakończyła się modernizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Nowej Soli. Inwestycja warta ponad 9,4 mln zł poprawi warunki pracy personelu i obsługi pacjentów. W ramach projektu doposażono również pracownię diagnostyczne współpracujące z SOR – Pracownię RTG, Szpitalne Laboratorium Analityczne i Pracownię Gastroenterologii.

Szpital Uniwersytecki Zielona Góra

Szpitalny Oddział Ratunkowy w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego

przeszedł kompleksową przebudowę. Oddział zyskał więcej łóżek, zmodernizowaną Centralną Izbę Przyjęć i nowy sprzęt diagnostyczny, między innymi nowy tomograf komputerowy i system kompresji klatki piersiowej. Inwestycja kosztowała 19,7 mln zł.

105 Kresowy Szpital Wojskowy w Żarach

Szpitalny Oddział Ratunkowy przy 105. Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żarach także przeszedł modernizację. Remont obejmował gruntowną przebudowę Oddziału oraz doposażenie w nowoczesny

sprzęt medyczny o łącznej wartości ponad 6,5 miliona złotych.

2. Zakupy w Nowosolskim Szpitalu

Warte ponad 30 mln zł przedsięwzięcie finansowane w ramach Krajowego Planu Odbudowy pozwoliło nowosolskiemu Szpitalowi na doposażenie Placówki w nowoczesny sprzęt medyczny. Zakupiono min. 1,5 teslowy rezonans magnetyczny, nowe łóżka dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii a Blok Operacyjny i Oddział Ginekologiczno-Położniczy wyposażono w nowoczesne aparaty do znieczuleń z kardiomonitorami.

Dzięki dofinansowaniu Fundacji KGHM Polska Miedź zakupiono również aparat do znieczuleń na potrzeby Zakładu Hemodynamiki działającego w strukturze Kliniki Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym.

Opracował lek. Rafał Bojanowski

Ośrodek dla Osób Uzależnionych SPZOZ „NOWY DWOREK”

ZATRUDNI NA STANOWISKACH:

ZASTĘPCY DYREKTORA DS. LECZNICTWA

Ośrodka dla Osób Uzależnionych SPZOZ „Nowy Dworek”

Miejsce pracy: Ośrodek „Nowy Dworek” i filie

kontakt w sprawie oferty: tel. 604 623 744 • email: sekretariat@nowydworek.com

LEKARZ SPECJALISTA PSYCHIATRII

Miejsce pracy: Ośrodek „Nowy Dworek” i filie

kontakt w sprawie oferty: tel. 606 894 329 • email: k.spilszewska@nowydworek.com

WYMAGANIA:

- dyplom ukończenia studiów medycznych
- specjalizacja w dziedzinie psychiatrii lub status w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, także lekarz planujący specjalizację w dziedzinie psychiatrii
- aktualne prawo wykonywania zawodu

ZAKRES OBOWIĄZKÓW:

- ❖ przeprowadzanie konsultacji lekarskich głównie w zakresie psychiatrii,
 - ❖ prowadzenie dokumentacji medycznej
 - ❖ współpraca z pozostałym personelem medycznym i terapeutycznym
- w celu zapewnienia pacjentowi kompleksowej i profesjonalnej, ciągłej opieki medycznej

OFERUJEMY:

- współpracę na podstawie różnych form zatrudnienia (do ustalenia): umowę o pracę, zlecenie, podwykonawstwo
- **Oferujemy wynagrodzenie w ramach umowy o pracę 1 etat Lekarz ze specjalizacją od 11 863,00 brutto**
- **Oferujemy wynagrodzenie w ramach umowy o pracę 1 etat Lekarz bez specjalizacji od 10 554,42 brutto**
 - dodatkowe benefity: 4 godziny dla rodziny, fundusz świadczeń socjalnych – dofinansowanie do wczasów,
 - Ośrodek daje możliwość dofinansowania do szkoleń, dodatkowy urlop szkoleniowy,
 - możliwość uzyskania miejsca w mieszkaniu pracowniczym
 - elastyczny wymiar czasu pracy, stabilną formę zatrudnienia, atrakcyjne wynagrodzenie.

Łojotokowe zapalenie skóry a atopowe zapalenie skóry niemowląt – problemy diagnostyczne i terapeutyczne w codziennej praktyce



HANNA SIANKOWSKA

LEKARZ SPECJALISTA PEDIATRII

W cyklu poświęconym częstym, a wręcz masowym jednostkom chorobowym wieku dziecięcego, warto zwrócić uwagę na dwie choroby stanowiące istotne wyzwanie diagnostyczne dla pediatrów i lekarzy rodzinnych: **łojotokowe zapalenie skóry niemowląt (ŁZS)** oraz **atopowe zapalenie skóry (AZS)**.

Jednym z głównych problemów klinicznych jest trudność w różnicowaniu tych jednostek chorobowych w pierwszych miesiącach życia. W praktyce często koncentrujemy się na rozpoznaniu według klasyfikacji ICD (L20 vs L21), mimo że postępowanie terapeutyczne bywa zbliżone. Jednocześnie obserwuje się wyraźną tendencję do **nadrozpoznawania AZS**, a leczenie prowadzone jest według schematów właściwych dla dzieci starszych (powyżej 2. roku życia), co może skutkować nasileniem zmian skórnych. Nierzadko wdrażana jest także diagnostyka alergologiczna oraz diety

eliminacyjne, mimo że u niemowląt mają one ograniczone znaczenie kliniczne.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że **rozpoznanie AZS u dzieci poniżej 6. miesiąca życia jest trudne**. Jednocześnie ŁZS uznawane jest za schorzenie występujące u **większości niemowląt**, przynajmniej w łagodnej postaci. Powstaje zatem pytanie o przyczyny częstych rozpoznań AZS w tej grupie wiekowej.

Jednym z możliwych wyjaśnień jest współwystępowanie nasilonych czynnościowych zaburzeń przewodu pokarmowego (kolki, regurgitacje, dyschezje), które w połączeniu ze zmianami skórnymi bywają interpretowane jako manifestacja AZS, często dodatkowo łączona z alergią na białko mleka krowiego lub inne pokarmy. Tymczasem w okresie największego nasilenia tych dolegliwości zwykle obserwuje się ŁZS, które rozpoczyna się przed 3. miesiącem życia, w czasie fizjologicznego wzmożonego łojotoku związanego z adaptacją skóry do życia

pozapłodowego. Zmiany o typie AZS pojawiają się natomiast **zawsze po 3. miesiącu życia**, a najczęściej między 6. a 9. miesiącem.

Warto podkreślić, że w grupie niemowląt z AZS, u których dominującym mechanizmem patogenetycznym jest utrata wody przez naskórek, a **nie reakcja alergiczna**, jedynie 20-30% dzieci wykazuje nadwrażliwość pokarmową. Nadprodukcja IgE, będąca definicyjną cechą atopii, nadal nie ma jednoznacznego związku z przebiegiem AZS.

Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, dieta eliminacyjna powinna być stosowana wyłącznie w przypadku potwierdzonej alergii pokarmowej w próbie eliminacji i prowokacji, uznawanej za złoty standard diagnostyczny. Dieta wg powyższego konsensusu powinna trwać 2-4 tygodnie i jeśli nie przynosi efektu lub w trakcie prowokacji ciężko zauważyć pogorszenie, nie powinna być stosowana wielomiesięcznie. W wielu opracowaniach wskazuje się również,



że **diagnostykę alergologiczną** należy rozważać dopiero u dzieci z **AZS o nasileniu co najmniej umiarkowanym (wg skali SCORAD)**. Co istotne, liczne towarzystwa naukowe (wytyczne AAAI, ACAAI, JTFPP) **nie** rekomendują w ogóle rutynowego stosowania diet eliminacyjnych w AZS.

Z tego względu w pierwszych miesiącach życia główny nacisk diagnostyczny i terapeutyczny powinien być położony na **ŁZS oraz właściwą pielęgnację skóry łojotokowej**.

Rozpoznanie ŁZS jest zwykle proste u niemowląt około 2. miesiąca życia, zwłaszcza w przypadku typowej „ciemniuchy”, czyli grubych, żółtawych łusek na skórze owłosionej głowy.

Trudności diagnostyczne pojawiają się u dzieci zgłaszających się później, około 5. miesiąca życia, gdy dominują rozlane zmiany rumieniowe z drobną łuską na klatce, brzuchu, ramionach, udach i podudziach (zwykle bardziej o łososiowym zabarwieniu), nasilony rumień w fałdach szyi i zgięciach, zmiany na bocznych powierzchniach policzków czy rumień tułowia z drobnymi grudkami i świądem. Obraz kliniczny może wówczas przypominać AZS, co prowadzi do niepewności diagnostycznej.

Zwykle w odróżnieniu od AZS, w ŁZS **NIE MA**:

- nasilonego świądu
- uogólnionej suchości – suchość dotyczy tylko zmian rumieniowych

○ intensywnego pęknięcia skóry, dającego obraz lakierowanej skóry

○ zajęcia centralnej części policzków i brody.

Mamy oczywiście jeszcze kryteria rozpoznania wg Hanifina i Rajki, ale uważam, że ich przydatność u niemowląt jest mniejsza niż u dzieci starszych.

Leczenie ŁZS jest zazwyczaj skuteczne i stosunkowo proste. W patogenie choroby, obok nadczynności gruczołów łojowych, kolonizacji *Malassezia furfur* i niedojrzałości bariery skórnej, istotną rolę odgrywa również suchość skóry. Postępowanie terapeutyczne wymaga zatem **równowagi** pomiędzy działaniem **wysuszającym** preparatów zawierających cynk lub tanię a **nawilżaniem** skóry emolientami – preparatami **pozbawionymi olejów** i ograniczone do obszarów wyraźnie suchych. W okresie zaostrzeń, w przypadkach z nasilonym stanem zapalnym, zalecane jest, podobnie jak w AZS, krótkotrwałe zastosowanie słabych glikokortykosteroidów lub inhibitorów kalcyneuryny. Leki przeciwwgrzybicze, po które chętnie sięgamy (ketokonazol, klotrimazol) mają dodatkowe działanie przeciwzapalne, są „sterydem bez sterydu” i pozwalają zmniejszać zużycie innych leków i wydłużają okresy remisji.

Stosowanie emolientów w ŁZS jest elementem leczenia, jednak ich intensywne stosowanie (moim „ulubieńcem” jest olej ze słodkich migdałów szeroko

zalecany przez położne) często prowadzi do zaostrzenia zmian, co nierzadko ułatwia rozpoznanie różnicowe z AZS. Z kolei w AZS zastosowanie emolientów w fazie ostrego zaostrzenia, szczególnie przy obecności pęknięć skóry, może powodować pieczenie i pogorszenie stanu klinicznego. Intensywna emolientoterapia, obejmująca zużycie około 500 ml preparatu miesięcznie, dotyczy przede wszystkim dzieci starszych, w AZS niemowląt używajmy ich oszczędniej, ale dobrej jakości.

Dodatkowym utrudnieniem diagnostycznym jest możliwość **nakładania się ŁZS i AZS** u niemowląt w wieku 3-4 miesięcy. Należy również pamiętać o **nawrotowym charakterze nie tylko AZS, ale i ŁZS**, zwłaszcza w okresie grzewczym co 3-4 tygodnie, co często wymaga wielokrotnego powtarzania leczenia. Brak odpowiedniej edukacji rodziców sprzyja utracie zaufania do rozpoznania i poszukiwaniu przyczyn w alergii pokarmowej lub kontaktowej.

Podsumowując, należy podkreślić, że **podobieństwa kliniczne ŁZS i AZS w okresie niemowlęcym** wymagają:

- ostrożnego podejścia diagnostycznego
- delikatnej pielęgnacji skóry, ukierunkowanej na zapobieganie przesuszeniu, ale bez stosowania olejów,
- wytłumaczenia nawrotowego charakteru zmian w obu chorobach, ponieważ nawroty zmian skłaniają rodziców do poszukiwania alergenu odpowiedzialnego za zmiany skórne, szczególnie w okresie rozszerzania diety, mimo że pokarmy spożywane przez dziecko mogą mieć znikomy wpływ na zmiany skórne
- edukacji rodziców dotyczącej istoty choroby pozwala ograniczyć nieuzasadnione restrykcje dietetyczne i kierować je wyłącznie do dzieci rzeczywiście tego potrzebujących.





MARIAN KRAWCZYŃSKI

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



MACIEJ R. KRAWCZYŃSKI

PROFESOR
AKADEMIA MEDYCZNA W POZNANIU

Choroby rzadkie problemem diagnostycznym w Polsce?

Definicja i statystyka

Choroby rzadkie, według definicji Unii Europejskiej, to choroby występujące nie częściej niż 5 przypadków na 10 tysięcy osób. Wiele z nich występuje znacznie rzadziej, nawet 1/50 000–1 000 000 (ultrarządki). Choroby rzadkie w około 50% występują u dzieci jako defekty wrodzone, w 80% uwarunkowane są genetycznie. Stąd pediatria jest główną specjalnością, w której należałoby oczekiwać takich rozpoznań.

Częstość występowania chorób rzadkich w populacji określa się na 6-8%. Zatem w Polsce ta grupa chorób obejmuje co najmniej 2,5 miliona osób. Obecnie lista chorób rzadkich przekracza 8 tysięcy. Brak typowych objawów i powolny początek decydują o długim, niekiedy wieloletnim okresie oczekiwania na poprawną diagnozę. Niedostateczna znajomość tej problematyki wśród lekarzy POZ oraz brak wyspecjalizowanych ośrodków zajmujących się opieką nad tymi chorymi decyduje zwykle o późnym rozpoznaniu.

Symptomatologia chorób rzadkich jest bardzo zróżnicowana, gdyż może dotyczyć różnych układów (patrz klasyfikacja). W połowie przypadków ujawniane są one u dzieci, zwykle w postaci zespołów wad wrodzonych o etiologii genetycznej. Spodziewać się należy opóźnień w rozwoju fizycznym, stopniowych zaburzeń sprawności ruchowej i intelektualnej. Rokowanie jest często niepomyślne, a niektóre choroby (zespoły) nawet nieuleczalne. Wówczas głównym celem jest opóźnienie postępów choroby i poprawa jakości życia.

Klasyfikacja chorób rzadkich:

I. genetyczne, spowodowane m.in. przez:

1) aberracje chromosomowe, np.:

***zespół Turnera (TS)**, występuje u dziewcząt z częstością 1:3000-5000 na skutek monosomii heterochromosomu X lub jego delecji. Typowymi cechami są niskorosłość (somatotropinowa niedoczynność przysadki), zaburzenia

proporcji ciała i brak dojrzewania płciowego z niepłodnością. Somatycznie zwraca uwagę krótka szyja, niska linia włosów na karku i koślawość łokci. Zaburzeniu ulegają funkcje neuromotoryczne, zachowanie i pamięć (trudności w szkole). Specjalistyczna opieka medyczna polega na zastosowaniu hormonu wzrostu i od okresu dojrzewania – estrogenoterapii. Doświadczenie pedagogów i psychologów w szkołach integracyjnych umożliwia udzielenie wsparcia edukacyjnego i psychospołecznego, poprawiającego dobrostan chorej, np. nastolatki z TS w gronie rówieśników, a w przyszłości ułatwia zdobycie zawodu i założenie rodziny.

2) choroby jednogenowe (najliczniejsza grupa dzieci), np.:

***dystrofia mięśniowa Duchenne'a**,

Choroba występuje u chłopców z częstością 1:5000. Powoduje ją mutacja genu DMD leżącego na krótkim ramieniu chromosomu X. Objawy dotyczą głównie mięśni, ale również kilku innych narządów. W praktyce dostępne jest tylko leczenie objawowe (kortykosteroidy, rehabilitacja, wózki inwalidzkie), zapobiegające przykurczom i przedłużające sprawność, rozpoczynane w wieku przedszkolnym. Konieczna jest opieka wielospecjalistyczna (ortopeda, rehabilitant, kardiolog, pneumonolog, psycholog). Leczenie przyczynowe zależy od rodzaju mutacji i jest bardzo drogie, sięgające milionów złotych, w Polsce niedostępne. Spowolnienie postępu choroby uzyskano ostatnio lekiem Duvydat (giwinostat), zmniejszającym stan zapalny, zatwierdzonym w UE i przyjętym w Polsce. Niestety, koszt terapii dla chłopca o masie ciała 40 kg sięga 85 000 zł miesięcznie. Czynione są starania o wdrożenie refundacji przez NFZ. W USA zarejestrowano terapię genową Elevidys (delandistrogenemoxeparvec), której koszt wynosi kilkanaście milionów złotych dla jednego pacjenta, i która nie została zarejestrowana przez Europejską Agencję Leków

3) interakcje genów i czynników środowiskowych, np.

***otwarte wady cewy nerwowej**

Ta grupa chorób (zespołów) powstaje w wyniku interakcji wielu genów (choroby wielogenowe) oraz czynników środowiskowych i stylu życia, które zwiększają ryzyko zachorowania, ale nie mają prostego wzorca dziedziczenia (choroby wieloczynnikowe). Czynniki

genetyczne tworzą podatność, która ujawnia się pod wpływem np. niekorzystnej diety, czynników chemicznych, stresu.

II. metaboliczne (zwykle również o etiologii jednogenowej), spowodowane m.in. niedoborem enzymów, np.:

***homocystynuria**, spowodowana niedoborem enzymu syntazy beta-cystationinowej umożliwiającej przekształcenie homocysteiny w cysteinę. Nadmiar L-homocysteiny uszkadza układ nerwowy, mięśniowo-szkieletowy, naczyniowy i oczny. Typowa dysmorfia (wysoki wzrost, długie kończyny, skolioza), jasna skóra, łamliwe włosy. Występują zaburzenia lękowe, depresja, krótkowzroczność, drgawki, patologia EEG;

***galaktozemia** – to zaburzenie przekształcenia galaktozy znajdującej się w mleku w glukozę na skutek braku (deficytu) enzymu urydylotransferazy galaktozo-1-fosforanu przez zmutowany gen (dziedziczenie autosomalne recesywne). Objawy od pierwszych dni życia po karmieniu mlekiem (nawet matczynym): biegunki, wymioty, żółtaczka, powiększenie wątroby, obniżone napięcie mięśniowe, a w późniejszym okresie: zaćma, opóźnienie rozwojowe, problemy neurologiczne, osteoporoza i uszkodzenie nerek.

III. nowotworowe, np.

***mięsak Ewinga**

Guz Ewinga to agresywny nowotwór złośliwy kości i tkanek miękkich, częściej występujący u dzieci i nastoletnich chłopców dający przerzuty, głównie do płuc. Rozwija się na skutek mutacji dwóch genów: EWSR1 na chromosomie 22 i FLI1 na chromosomie 11. Objawia się bólem kości, miejscowym obrzękiem i zaczerwienieniem, osłabieniem, niekiedy gorączką. Leczenie: chemioterapia, radioterapia i zabiegi chirurgiczne w specjalistycznych ośrodkach.

***chłoniak Burkitta**

Nowotwór układu chłonnego, wywodzący się z limfocytów B, o bardzo intensywnym wzroście (podwojenie masy guza w okresie kilku dni), wymagający szybkiej diagnozy. Rozwija się w wyniku zaburzeń odporności. Związany z zakażeniem EBV, HIV i przewlekłą malarią. Występują też mutacje genu MYC w wyniku translokacji między chromosomami 8 i 14. Występuje pod postacią sporadyczną

(częściej brzuch), endemiczną (głównie w Afryce związany z zakażeniem EBV) i związaną z niedoborem odporności (HIV). Pojawia się guz, bóle brzucha, nocne poty, gorączka, spadek masy ciała. Może wystąpić duszność i objawy neurologiczne.

Leczenie polega na możliwie wczesnej wielolekowej chemioterapii, często z immunoterapią (np. rytuksymab). Profilaktyka ośrodkowego układu nerwowego (np. metotreksat) może zapobiec nawrotom. Nawadnianie i dieta oraz allopurinol chronią nerki przed zespołem rozpadu guza (TLS). Przy wczesnej diagnozie i właściwej terapii rokowanie u dzieci jest dobre.

IV. autoimmunologiczne

W chorobach autoimmunologicznych układ odpornościowy atakuje własne tkanki, prowadząc do stanów zapalnych i uszkodzeń wielonarządowych. Znaczne zróżnicowanie objawów – od zmian skórnych, przez osłabienie mięśni, do zaburzeń neurologicznych – wymaga specjalistycznego leczenia immunosupresyjnego. Do tej grupy należą m.in. zespół antyfosfolipidowy, toczeń rumieniowaty, układowy, autoimmunologiczne zapalenie mózgu, choroba Behceta.

V. o nieznanej etiologii

W chorobach o nieznanej etiologii (idiopatycznych) przyczyny nie są jasne. Do tej grupy kwalifikuje się m.in. gorączka o nieznanej przyczynie (FUO), kiedy mimo badań nie można zidentyfikować jej źródła. Należą tu m.in. takie choroby rzadkie, jak niektóre miopatie zapalne (zapalenie wielomięśniowe) czy niektóre choroby neurodegeneracyjne. Diagnoza opiera się na eliminacji innych przyczyn, szczegółowym wywiadzie, badaniach laboratoryjnych (np. enzymy mięśniowe, CRP, OB), obrazowych (MRI, tomografia) i czasami biopsjach (mięśni, węzłów chłonnych).

Do końca nie wyjaśniono również patomechanizmu **chorób prionowych**. Do nich należy np. ultraradka (występująca rzadziej niż 1:1000000), śmiertelna choroba neurodegeneracyjna mózgu **Creutzfeldta-Jakoba (CJD)**, o różnorodnej ekspresji klinicznej. W 85-95% występuje jako postać sporadyczna (SCJD) w wyniku działania patologicznej konwersji białka komórkowego, zwanego prionem (PrP – *proteinaceous infectious particle*). Najczęstsze

objawy: szybko postępujące otępienie, zaburzenia mózdkowe, zaburzenia wzrokowe, objawy uszkodzenia układu piramidowego lub pozapiramidowego. Okres inkubacji wynosi zazwyczaj od kilku do kilkunastu lat, a zgon po kilkunastu miesiącach od wystąpienia pierwszych objawów klinicznych w wyniku odoskrzelowego zapalenia płuc. W diagnostyce CJD wykorzystuje się badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (PMR), EEG, MRI, CT. W Polsce niedostępny jest jeszcze test RT-QuIC (*real-time quaking-induced conversion*), specyficzny marker CJD wykrywający nieprawidłowe białko prionowe.

Diagnostyka

Szczególnie trudne w diagnostyce i terapii są rzadkie choroby mózgu, często o podłożu genetycznym, m.in. leukodystrofie, stwardnienie guzowate, charakteryzujące się postępującymi zaburzeniami neurologicznymi. Występują trudności poznawcze, zaburzenia zachowania, napady padaczkowe, problemy ruchowe. Celem ustalenia rozpoznania niezbędne są specjalistyczne badania neuroobrazowe i genetyczne.

Wśród chorób ultrarazadkich znajdują się np. kraniosynostozy. Przykładem może być choroba Crouzona spowodowana mutacjami genu FGFR3, objawiająca się przedwczesnym zarastaniem szwów, deformacją czaszki i uzębienia oraz wytrzeszczem. Z częstością 1:50000 występują też zespół Treachera-Collinsa (*dysostosis mandibulo-facialis*) i zespół Goldenhara (*craniofacial microsomia*). Znacznym stopniem niepełnosprawności, a nawet skróceniem życia zagraża np. zespół Nijmegen czy *fibrodysplasia ossificans progressiva* (FOP).

Choroby rzadkie o etiologii genetycznej często dotyczą także narządu wzroku. Najlepiej potwierdza to obszerny (519 stron), najnowszy podręcznik „Oftalmogenetyka”. Najczęstszą z nich (1:3500) jest zwyrodnienie barwnikowe siatkówki (*retinitis pigmentosa*) – grupa dziedzicznych, uwarunkowanych genetycznie chorób siatkówki oka, o charakterze postępującym, stopniowo prowadzącym nawet do całkowitej utraty widzenia. Choroba Stargarda jest natomiast najczęstszą dystrofią plamki u dzieci i młodzieży, powodowaną mutacjami dużego genu ABCA4 i dziedziczną autosomalnie recesywnie.

Poradnictwa genetycznego pacjentom tej wysoko zróżnicowanej grupy chorób udziela lekarz, specjalista genetyki klinicznej, przedstawiając aktualny stan wiedzy o chorobie, możliwości zapobiegania postępowi choroby i powikłaniom, ryzyko genetyczne i opcje pozwalające na jego uniknięcie, natomiast wybór działania należy do pacjentów lub ich rodziców.

Ważnym elementem szybszego stawiania prawidłowej diagnozy powinno być opracowanie algorytmów postępowania dla lekarzy opieki podstawowej. Na podstawie głównego wiodącego objawu (lub kilku objawów) umożliwiłyby one dalsze właściwe postępowanie z pacjentem, np. uwzględnienie konsultacji w poradni genetycznej, szczególnie w przypadku dzieci.

Wysoki udział etiologii genetycznej chorób rzadkich wskazuje na podstawową rolę badań genetycznych w ich rozpoznaniu, zwłaszcza jeśli wywiad ujawnia zbliżone problemy zdrowotne występujące rodzinnie. Wykrycie aberracji chromosomowej lub patogennej mutacji genowej potwierdza etiologię genetyczną i niejednokrotnie pozwala na ukierunkowanie leczenia np. w przypadku fenylketonurii (PKU) – leczenie dietetyczne.

Przedstawione informacje sygnalizują jedynie ogrom zróżnicowanych problemów diagnostycznych, wymagających oddzielnego opracowania dla każdej grupy etiologicznej, gdzie poradnia genetyczna może stanowić kluczową pomoc dla pacjenta.

Plan działania

Zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej chorób rzadkich oraz edukacja personelu medycznego w zakresie możliwości diagnostycznych w tej zróżnicowanej etiologicznie i klinicznie grupie chorych pozwoli na lepsze ukierunkowanie polityki zdrowotnej i skuteczniejsze działania systemowe. W Polsce w ostatnim 20-leciu odnotowano aktywne działanie kilku ośrodków genetyki klinicznej celem poprawy diagnostyki i pomocy rodzinom obciążonym niepełnosprawnymi dziećmi lub ich dorosłymi członkami.

Od wielu lat wiodącym ośrodkiem jest Poznań, gdzie zlokalizowana jest Katedra i Zakład Genetyki Medycznej UM oraz aktywnie pracuje konsultant krajowa w tej dziedzinie

– prof. dr hab. Anna Latos-Bieleńska. Jej właśnie zawdzięczać można podjęcie starań o utworzenie sieci certyfikowanych laboratoriów specjalistycznych, wykonujących badania genetyczne oraz akredytowanych centrów eksperckich dla pacjentów z chorobami rzadkimi, gdzie dostępni byłiby lekarze różnych specjalności, psychologzy i rehabilitanci.

Jednym z elementów narodowego planu działań do roku 2025 był Plan dla Chorób Rzadkich opracowany przez Ministerstwo Zdrowia. Ma on na celu poprawę sytuacji pacjentów i ich rodzin w zakresie diagnostyki, zwłaszcza dostępu do badań genetycznych w ramach NFZ oraz leczenia i codziennego funkcjonowania. Interdyscyplinarny zespół specjalistów: genetyków, neurologów, pediatrów, immunologów miałby na celu kompleksowe i szybkie rozwiązywanie przypadków trudnych diagnostycznie z nietypowymi objawami choroby. Opracowywane materiały edukacyjne stopniowo powinny także być dostępne online dla społeczeństwa.

Bliski realizacji jest także pomysł obdarowania tej grupy chorych swoistym „paszportem”, zapewniającym im priorytet w dotarciu do specjalisty oraz udokumentowanie wykonywanych badań i kontrolę efektywności zaleceń farmakologicznych i rehabilitacyjnych. Być może byłaby to droga do przyspieszenia diagnozy i realnej pomocy pacjentowi i jego rodzinie.

Pamiętać jednak należy, że większość pacjentów z chorobami rzadkimi to dzieci i młodzież obciążona nie tylko somatycznymi wadami rozwojowymi i niepełnosprawnością ruchową, ale również niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami zachowania i brakiem akceptacji przez środowisko rówieśnicze. Pierwszoplanowym działaniem jest kształtowanie pozytywnych relacji dziecka w rodzinie. Nabywanie samodzielności, umiejętności współdziałania, pomocy i dzielenia się oraz rozwijania zainteresowań – to możliwe efekty dobrej rodziny. Może ona również pomóc w wyborze współdziałających rówieśników. Znaczącą rolę we wsparciu edukacyjnym i psychospołecznym tych dzieci oraz integracji z rówieśnikami mają do wypełnienia pedagodzy i psychologzy. Główną rolę spełni mogą tu szkoły integracyjne, gdzie większość personelu pedagogicznego

ma doświadczenie w pracy z dziećmi z chorobami rzadkimi.

Wsparcie psychologiczno-pedagogiczne dla dzieci niepełnosprawnych z chorobami rzadkimi powinno mieć miejsce już w przedszkolu. Potrzeby dotyczą głównie zajęć korekcyjno-kompensacyjnych i logopedycznych, a także szkoleń edukacyjnych dla rodziców. W szkole program pomocy powinien obejmować zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze oraz psychoedukacyjne dla uczniów i rodziców, zwłaszcza związane z wyborem kierunku kształcenia (zgodnie z zainteresowaniami) i planowanego zawodu.

Celem popularyzacji problemów tej zróżnicowanej grupy chorych sprzyjać może także Światowy Dzień Chorób Rzadkich obchodzony 28 lub 29 lutego, przypominający o potrzebach tych chorych oraz mobilizujący do poprawy diagnostyki i realnych zmian ułatwiających im codzienne życie. Promowana jest także platforma informacyjna choroby-rzadkie.gov.pl, zawierająca aktualną listę chorób rzadkich oraz dane o możliwości ich leczenia.

Źródła

- Gośliński J.: Choroby rzadkie w Polsce – lista i definicja, 27 lutego 2025
- Krawczyński M.R. (red.): Oftalmogenetyka. Genetycznie uwarunkowane choroby narządu wzroku. PZWL, Warszawa 2023
- Latos-Bieleńska A. (w imieniu Rady ds. Chorób Rzadkich): Plan dla chorób rzadkich.
- Sut A.: Choroby rzadkie. Internet.
- Twardowski A. (red.): Wspomaganie rozwoju dzieci z rzadkimi zespołami genetycznymi. Wyd. Nauk. PTP, Poznań 2009
- Wyczesany J. (red.): Wspomaganie rozwoju dzieci z zaburzeniami genetycznymi. Stowarzyszenie „GEN”, Poznań 2010
- INSERM. (1997–2025). Orphanet: Portal dla chorób rzadkich i leków sierocych. <https://www.orpha.net>; dostęp 30.06.2025
- Ministerstwo Zdrowia. (2024). Rejestry chorób rzadkich – krajowy system danych. Choroby-Rzadkie.gov.pl. <https://choroby-rzadkie.gov.pl/pl/choroby-rzadkie/plan-dla-chorob-rzadkich>; dostęp 30.06.2025
- Rada Ministrów. (2021, 24 sierpnia). Uchwała nr 110 w sprawie przyjęcia Planu dla Chorób Rzadkich. Monitor Polski, poz. 802. <https://monitorpolski.gov.pl>
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 Nr 52, poz. 417.
- Ministerstwo Zdrowia. (2021). Plan dla Chorób Rzadkich 2021 – 2023. <https://choroby-rzadkie.gov.pl/pl/choroby-rzadkie/plan-dla-chorob-rzadkich>
- Ministerstwo Zdrowia. (2020, 2 marca). Zarządzenie Ministra Zdrowia w sprawie powołania Zespołu ds. opracowania Planu dla Chorób Rzadkich. Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia, poz. 15 i 38.
- Ministerstwo Zdrowia. (2022, 26 maja). Powołanie Rady ds. Chorób Rzadkich. <https://choroby-rzadkie.gov.pl/pl/zespol-portal/rada-do-spraw-chorob-rzadkich>

Czym jest życie?



MARIA KAPUSTKA

LEKARZ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
SPECJALISTA MEDYCYNY PRZEMYSŁOWEJ

Chwileczkę, chwileczkę.... to ktoś już to wie?! Może to żart. Czy coś prze-gapiiliśmy? Taki tytuł postawił jednak Jego Wysokość Profesor, z szacunkiem więc proszę, z szacunkiem, sprawa świeża – 2020 rok.

Stajemy w obliczu tajemnicy i pytań, na które nie ma odpowiedzi. Ale są umy-sły niepokorne, genialne, które próbują zgłębić te tajemnice – mimo wszystko.

„Czym jest życie” – to o czym to będzie?

Czy o tym, że w odmętach oceanu rosną lasy wysokie jak dwudziestopię-trowy dom, albo że ryba łowi rybę na wędkę, a inna pokrywa się piaskiem i udaje, że jej nie ma?

A żarłacz wygłodniały, co nie jadł już kilka tygodni wciąż ma pecha, bo polował na latające ryby, aż wreszcie spotkało go szczęście, bo wpłynął na kępę wodorostów. Może to będzie o płaszczkach, co zażywają kąpieli w powietrzu. Ach! Jaki popis skoków w górę! Do chwili, kiedy zbliżyła się orka. Nie tak łatwo jej zapolować,

samotnie nie da rady, nie dogoni, musi zawołać pomoc.

Może to będzie o tym, że na głę-bokości 1000 metrów jest ciemnia, trzy kilometry niżej jest dno oceanu, ciśnienie jest 300 razy większe niż na ziemi, a temperatura 3 stopnie. To obcy dla nas świat, poza granicą wyobraźni, ale różnorodność form życia i tu nie ma końca. Żyje tu przeźroczysta kałamar-nica, znajdzie szczelinę w skorupie dna, z której wypływa woda o temperaturze 10 stopni. Tu w tej szczelinie zadba o swoje dzieci przez całe dwa lata – jest jedną z najczulszych matek. Umrze z wycieńczenia i głodu, krótko po tym, jak wypuści ostatnie dziecko.

Gorące źródła dna oceanu topią ołów, tworząc kominy termalne, z których ulatują minerały. Nad tymi kominami mnoży się plankton. Połowa tlenu na naszej planecie jest wytworzona przez plankton i to on warunkuje utrzymanie wszelkich form życia. Może 4 miliardy lat temu w tych szczelinach dna oceanu, z których wypływa ciepła woda, właśnie tu narodziło się życie? Woda, woda... a co ze światami równoległymi? Gleba, rośliny, powietrze, zwierzęta – mnogość form życia jest oszałamiająca.

W każdym centymetrze tej materii pulsuje, kipi życie. A jeszcze każde stworzenie ma swoją rolę do odegrania. Nawet wyglądający na błakającego się cytrynowy motylek nie leci bez celu, on leci po coś.

„Czym jest życie” – taki tytuł pojawił się już w publikacjach w 1944 roku. Erwin Schrödinger skupił się na dziedziczeniu. Tylko Święty Jan w swojej Ewangelii ośmielił się napisać jedno-znacznie: „To Duch daje życie – ciało nie przydaje się na nic” (J6,55,60-69). Szukamy tego Ducha.

W pracy pt. „Czym jest życie” Paul Nurse opisał funkcjonowanie żywej komórki.

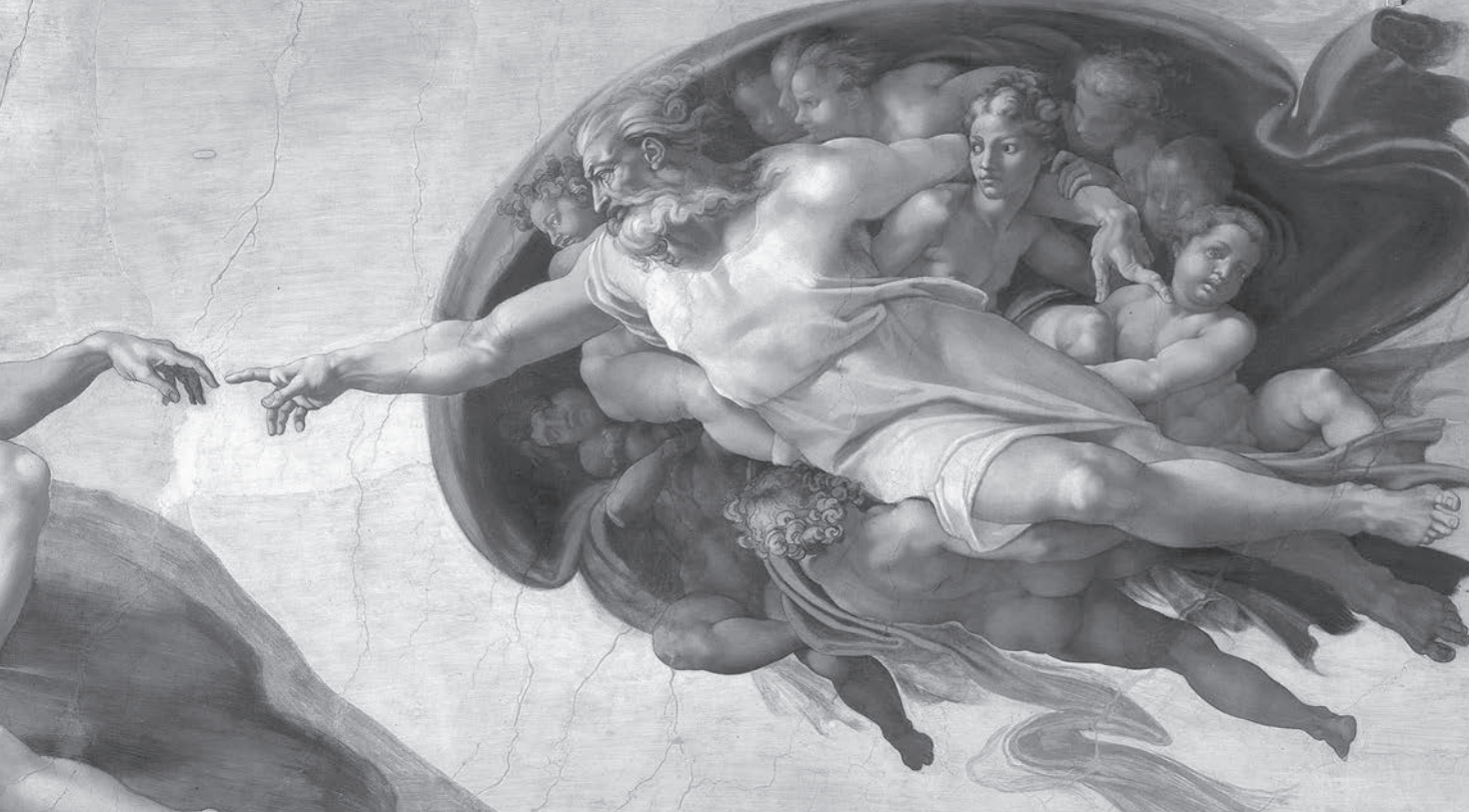


Nie ma jednej definicji życia, a może jej nigdy nie będzie. Oszałamiająca różnorodność natury utrudnia jedno-znaczną odpowiedź. Próbuje więc zrozumieć świat natury, podglądając jego różne aspekty, cieszymy się jak dzieci, kiedy uda się to podpatrywanie. Aby ocalić życie na Ziemi potrzebujemy tej wiedzy, bo będziemy zmuszeni do kontrolowania naszej codzienności. Nie ogarniamy całości zjawiska, jakim jest życie, próbujemy więc zrozumieć jego elementy.

Zgadamy się z tym, że najprostsza „cegiełka” wszystkich organizmów żywych jest **komórka**, taki atom biologii. Wszystko, co żyje na Ziemi, jest albo komórką, albo ich zbiorem i jest to najmniejsza cząstka posiadająca główne cechy życia organizmu - taki jest funda-ment współczesnej biologii. Co więcej, każda komórka stanowi indywidualną formę życia. Wykorzystujemy to, hodu-jąc wyizolowane komórki na szkiełku Petriego a one zachowują się jak żywe organizmy.

Mnogość form komórkowych zachwyca. Czasami są tak małe, że na długości 1mm zmieści się ich trzy tysiące (jak bakterie odpowiedzialne za infekcje pęcherza moczowego) lub mają około jednego metra długości jak komórki nerwowe.

I tu stajemy pod ścianą - jak one komunikują się ze sobą i zgodnie współpracują, tworząc skomplikowane organizmy?



Najlichnieszą grupą żywych istot na Ziemi są jednokomórkowce, czyli bakterie i inne. Są wszędzie - od wszystkich warstw atmosfery po głębiny struktury ziemskiej. Bez nich życie by nie istniało. Rozkładają odpady, wzbogacają glebę, wprowadzając do ponownego obiegu składniki odżywcze, wychwytyjąc z powietrza azot niezbędny do życia roślin i zwierząt.

Skąd biorą się komórki? Ano dzisiaj każde dziecko wie, że z podziału jednej komórki na dwie. „Omnis cellula e cellula”. Aż dziw, że ta „oczywista oczywistość” znana jest zaledwie od 150 lat, a opisał ją Rudolf Virchow. Tak więc i Ty i ja rozpoczęliśmy naszą księgę życia od jednej komórki, która po podziale przybrała różną tożsamość.

Ale skąd wzięła się ta pierwsza komórka – to nadal wielka tajemnica życia. Dylemat jak z kurą i jakim – co było pierwsze.

Komórka to najprostsza jednostka strukturalna życia

Jest pojedynczym, żywym organizmem, który rośnie, reprodukuje się, utrzymuje przy życiu, zawierając jądro lub nie (jak bakterie). Są to cechy właściwe każdemu żywemu stworzeniu - jak rośliny, zwierzęta, grzyby. Każda komórka i jej struktury zawsze zawierają **błonę komórkową**, która oddziela je od otoczenia. A pomimo tego rozpoznają

zmiany w otoczeniu i w swoim wnętrzu i celowo reagują na nie.

Komórki są nieprzerwanie aktywne

Centrum dowodzenia komórki to **jądro komórkowe** (też opakowane we własną błonę) zawierające informacje genetyczne zapisane w chromosomach, każdy chromosom ma pojedynczą molekułę DNA, a każda molekuła może zawierać setki i tysiące genów ułożonych w łańcuchu. Baterią dostarczającą komórce energię niezbędną do rozwoju i przetrwania są **mitochondria** (też opakowane we własną membranę). Ma też każda komórka jeszcze wiele innych narzędzi odpowiedzialnych za budowanie, recykling, wysyłanie materiałów poza komórkę lub wprowadzenie ich do swojego wnętrza – ot, takie doskonałe centrum logistyczne. Wzrost, naprawa, degeneracja – wszystkie te aspekty są powiązane z funkcjonowaniem komórek.

Podstawą istnienia komórki są **geny**, w których zakodowane są wszystkie informacje, jak ma działać, w tym – jak przekazać swoje cechy kolejnym pokoleniom.

To geny informują komórkę jak ma zbudować różne białka (proteiny), które są enzymami i różnymi strukturami. A każde białko to uporządkowany ciąg 20 cegiełek zwanych aminokwasami.

Podobieństwo pomiędzy rodzicami i dziećmi jest we wszystkich

organizmach żywych i zostało dawno zauważone. Jednak dopiero odkrycie genów pozwoliło zrozumieć, jak to dziedziczenie się odbywa.

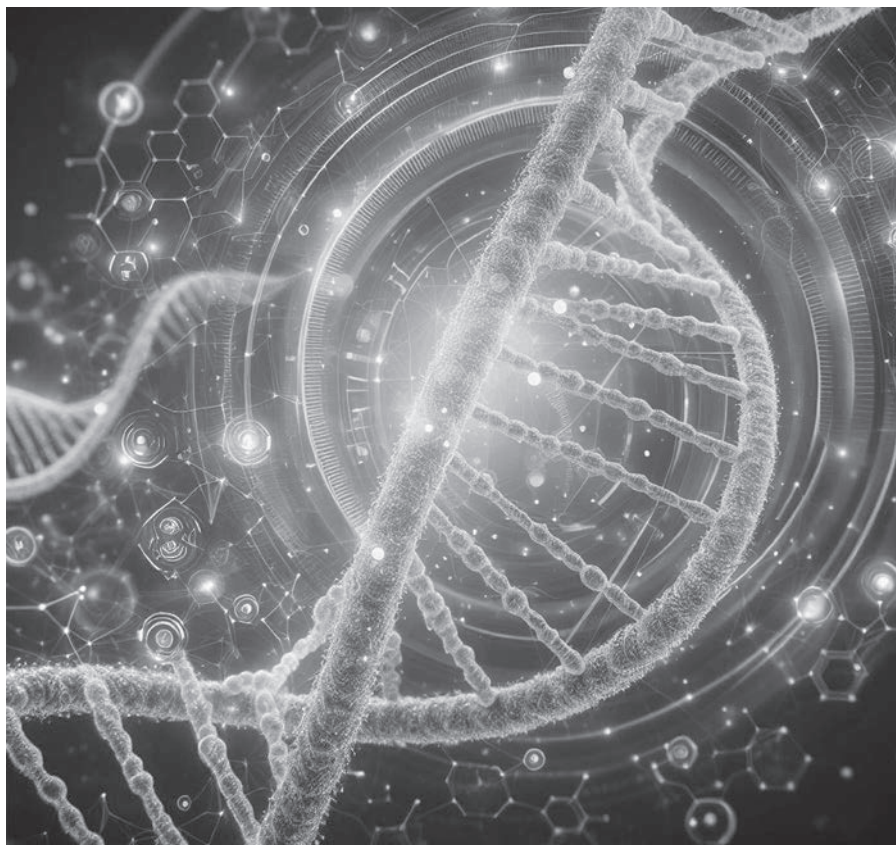
Przyzwoitość nakazuje w rozdziale o genach wspomnieć o opacie zakonu augustianów w Brnie, bo to odkrycie Gregora Mandela dało podstawy do zrozumienia dziedziczenia. Ten skromny mnich, zignorowany przez współczesnych, skoncentrował się na różnicach sadzonek groszku i to on zauważył pary cząstek determinujących cechy dziedziczenia. Dziś te „pary cząstek” nazywamy genami. Każdy z naszych genów ma po jednej cząstce od każdego rodzica i dotyczy to nie tylko groszku, ale wszystkich organizmów rozmnażających się płciowo.

Dopiero w 1870 r. Walter Fleming zaobserwował pod mikroskopem, jak niteczki genu rozdziela się podczas podziału. Te „niteczki” nazywamy dziś chromosomami.

Stworzono listę 22 tysięcy genów kodujących białka. Są one niemal identyczne jak geny naszych przodków na całej planecie.

Mutacje, czyli zmiany w sekwencji DNA, zachodzą, kiedy komórka zostaje uszkodzona fizycznie, chemicznie lub za sprawą promieniowania ultrafioletowego albo w wyniku błędu w procesie podziału komórki. Każda komórka dysponuje mechanizmami, dzięki którym może naprawić te błędy – mutacje.

Mutuje zaledwie jedna na miliard niteczek DNA – jest kopiowana



niewłaściwie. Zdumiewająco niski odsetek błęd.

W wyniku mutacji powstają inne formy genów, które będą produkować zniekształcone białka, z których powstają zespoły chorobowe.

Historia odkrycia Paula Nurse jest taka, że poszukiwał w komórce genów, które kontrolują szybkość cyklu komórkowego. Badał komórki drożdży. W 1974 roku szukał pod mikroskopem kolejnych kolonii nietypowo powiększonych (zmutowanych) komórek. Tego dnia zauważył kolonię z nietypowo małymi (a nie dużymi, których szukał) komórkami drożdży. Zaintrygowała go myśl „jak mogły przejść cały cykl komórkowy zanim zdążyły urosnąć”? I tu całe sedno – on nie tylko oglądał – on widział i myślał! To był ten błysk, kiedy „otwierają się oczy rozumu”. Przez kilka miesięcy „uzbierał” 50 takich komórek. Kolejna próbka była porośnięta nitkami grzybów, więc ją wyrzucił do śmieci. Pod wieczór wrócił do laboratorium, aby tę próbkę odnaleźć i zaczął ją badać. Te komórki różniły się od zgromadzonych uprzednio pięćdziesięciu – te „ciut mutanty” – jak je nazwał – zawierały zupełnie nowy gen! Wcale go nie szukał – a znalazł. Wyjęty ze śmietnika, nieudany eksperyment okazał się tym przełomowym. **Ten nowy gen mutanta**

nazwał „cdc2” (cell division cycle), czyli cykl podziału komórki.

Oj! Biadolił później, że tak roboczo nazwał swój gen. A mogło brzmieć tak pięknie! Ale poszło w świat cdc2 i nijak to odkręcić.

Rozszyfrowano największą zagadkę – odkryto, w jaki sposób instrukcje zapisane w genach zmieniają się w aktywne molekuly białka. Rozwiązano największą tajemnicę biologii – złamano kod genetyczny.

W swojej książce omówił pięć zagadnień biologii: komórki, geny, ewolucję, drogę doboru naturalnego, życie jako proces chemiczny i życie jako proces zapisu informacji. Każde z tych zagadnień to kolejny krok do zrozumienia zasad działania życia. Autor omówił te zagadnienia z zadziwiającą znajomością tematu. Może i głowa noblisty ogarnia je wszystkie razem, kto ma mniej pojemną, niech wybierze sobie fragment i studiuj, fascynująca lektura. Wszystkie te zagadnienia uświadamiają nam, że jesteśmy jednością ze wszystkimi stworzeniami na Świecie.

Na pocieszenie, tak na deser – chociaż parę ciekawostek z tekstu Poula Nurse’a:

Liczba chromosomów w każdej komórce jest różna zależnie od organizmu. np. groszek ma ich 14, człowiek 46, a motyl 400.

Każdy chromosom zawiera pojedynczą molekulę DNA, a każda molekula DNA zawiera setki lub tysiące genów.

Np. gdyby rozwinąć nitczkę DNA drugiego ludzkiego chromosomu miałaby 8 centymetrów, a rozwinięte DNA z 46 naszych chromosomów zawartych w każdej naszej komórce miałoby dwa metry długości.

Jakimś cudem mieszczą się one w pojedynczej komórce o przekroju kilku tysięcznych milimetra.

Gdyby rozwinąć spiralę DNA z bilionów komórek w naszym ciele, stanowiłyby one nitczkę o długości około 20 miliardów kilometrów.

Aby życie mogło przetrwać i dalej się rozwijać, DNA koduje informacje oraz je replikuje – przekazuje naszym komórkom.

Zmodyfikowane genetycznie chromosomy bakterii E coli wytwarzają białko insulinowe identyczne jak to produkowane w ludzkiej trzustce.

14 lutego 1990 r. Sonda Voyager 1 zakończyła swoją 13-letnią misję NASA. Amerykański naukowiec Carl Segan, ojciec programu SETI, którego celem jest poszukiwanie inteligentnego życia we Wszechświecie, poprosił, aby przed ostatecznym wyłączeniem kamer sonda wykonała zdjęcie Ziemi z krawędzi Układu Słonecznego odległego od nas o 6 mld km.

I stało się – otrzymaliśmy epokowy dokument – Ziemia jest samotną kropką na czarnym tle. „Błękitna kropka”, samotny pyłek w bezkresnym mroku Wszechświata. I jest to jedyne miejsce, na którym istnieje życie. Dlaczego akurat tu, na tym pyłku w kosmosie? Na jednej z 400 miliardów planet w naszej galaktyce. Poza naszą Ziemią nie znaleziono oznak życia.

Jeżeli zniszczymy to miejsce, to zginiemy wraz z nim.

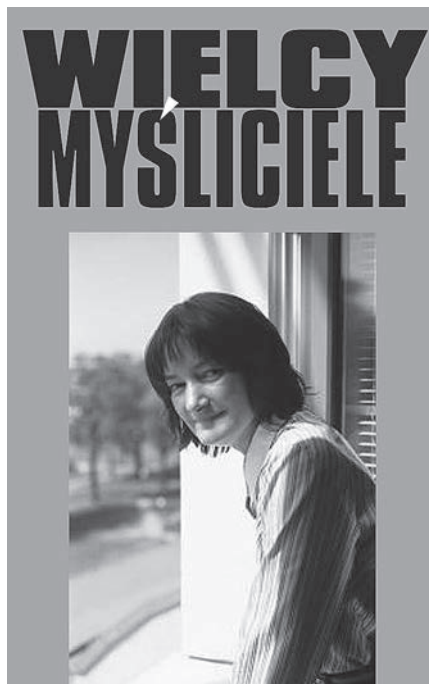
Bibliografia:

PAUL NURSE „Czym jest życie? Biologia w pięciu krokach” pierwsza publikacja OXFORD, OXI 2NP, UK 2020r.

O autorze: Paul Nurse jest genetykiem i biologiem komórkowym. Bada systemy kontrolujące reprodukcję komórek. Dyrektor Instytutu Francis Cricka w Londynie. W 2001 roku współautor Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny. Główny doradca naukowy Unii Europejskiej. Był Rektorem Uniwersytetu Rockefellera w Nowym Jorku. Ma licencję pilota, lata szybowcami i samolotami klasycznymi. Lubi teatr, muzykę klasyczną i wędrówki po górach.

Filozofowie spoglądali często na pracę medyków z mieszaniną podziwu i niepokoju. Lekarze walczyli z czasem, z krwotokiem, z bólem, filozofowie pytali natomiast o sens walki jako takiej. Gdy Michel Foucault (1926-1984) – francuski strukturalista, którego poglądom poświęciłam swój doktorat, opisał w „Narodzinach kliniki” (1963) moment narodzin współczesnej medycyny, stało się jasne, że lekarz przestał już ostatecznie tylko słuchać pacjenta, a zaczął patrzeć na jego ciało. To słynne *le regard medical* (spojrzenie medyczne) uprzedmiotowiło pacjenta i dało lekarzom potężną wiedzę. Dziś stoimy u progu kolejnej zmiany paradygmatu. Spojrzenie kliniczne ustępuje miejsca spojrzeniu cyfrowemu.

Zanim jednak powiemy o zagrożeniach stąd płynących i staniemy twarzą w twarz z algorytmem, proponuję krótki ekskurs w przeszłość, gdy lekarze byli filozofami natury. I tak, w czasach



LILIANNA KIEJZIK

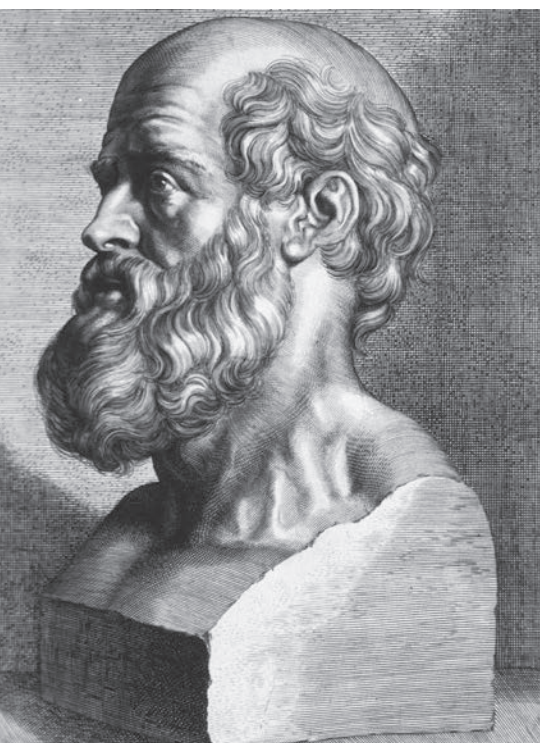
PROF. DR HAB.

UNIwersytet Zielonogórski

w dialog, pyta nie tylko o ból, ale i o życie pacjenta. Uczy chorego o naturze jego dolegliwości. Leczenie odbywa się na drodze perswazji, zrozumienia i dopiero potem aplikowania medykamentów. Czy dzisiejszy system ochrony zdrowia z 10-15-20 minutowymi wizytami i procedurami nie spycha nas znowu w stronę medycyny dla niewolnika? Ja nie odpowiem na to pytanie, nie taka jest moja rola. Odsyłam do Platona, który powiada, że bez dialogu z pacjentem system będzie tylko weterynarią stosowaną na ludziach.

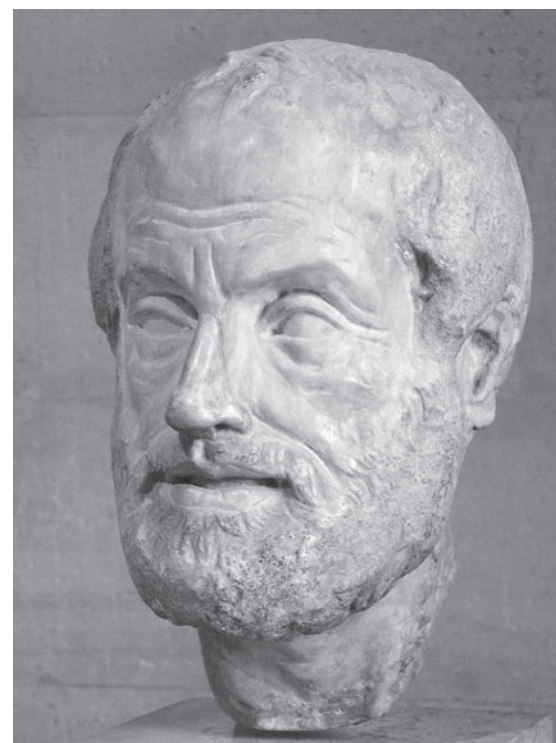
A potem słynny uczeń Platona – Arystoteles (IV w. p.n.e.) wprowadził do dyskursu filozoficznego termin *telos* – czyli cel. Dla wielkiego filozofa nic w naturze nie dzieje się bez przyczyny. Serce nie po prostu „bije”, ono bije po coś (aby rozprzecznić krew i ciepło po ciele). Najważniejsze stawało się pytanie: po co nam zdrowie? Dla Greka zdrowie nie było celem samym w sobie, ale

Wielcy myśliciele o przyszłości medycyny



Hippocrates

Hippokratesa (V w. p.n.e.) medycyna przestała być magią. To był ten wielki przełom! Przed Hippokratesem epilepsja była „świętą chorobą”, znakiem od bogów. To on powiedział, że ma ona przyczyny naturalne. Ten akt wielkiej intelektualnej odwagi doprowadził do tego, że kapłani stali się rzemieślnikami. A medycyna (przecież nie nauka, bo taką była tylko filozofia) stała się najdostojniejszą ze sztuk. Mówiąc inaczej, leczenie stało się sztuką (*technē latrike*) wymagającą odpowiedniego podejścia. Nie było to wcale proste. Przypominał o tym żyjący w tym samym wieku Platon w „Prawach”. Dokonał tam wręcz prorocznego rozróżnienia na dwa rodzaje medycyny. **Medycyna dla niewolników** jest wtedy, gdy lekarz wbiega do gabinetu, nie rozmawia, aplikuje leki na podstawie rutyny i doświadczenia („algorytmu”?), po czym biegnie do następnego pacjenta. Jest tyranem medycyny. Drugi rodzaj to **medycyna dla wolnych**. Lekarz wchodzi



Aristoteles

narzędziem do osiągnięcia *eudajmonii* (szczęścia), rozkwitu, bycia dobrym obywatelem *polis*. Gdy dziś martwimy się o dehumanizację medycyny przez sztuczną inteligencję, w rzeczywistości wracamy do Platońskiego sporu o „lekarza niewolników”. Kiedy spieramy się o inżynierię genetyczną, wracamy do Arystotelesowskiego pytania o naturę człowieka. Albo inaczej, filozofowie zwracają uwagę, że technologia się zmienia, ale dylematy pozostają wieczne. Stetoskop lekarza może stać się cyfrowy, ale relacja z cierpiącym drugim człowiekiem wciąż opiera się na tej samej podstawie, którą nazwano setki lat temu na wyspie Kos, gdzie Hippokrates otworzył swoją szkołę – na *Philanthropia* (miłości do człowieka) i *Philotechnia* (miłości do sztuki leczenia). Bez tego pierwszego, to drugie jest bezużyteczne.

A jak tę starożytną mądrość przełożyć na współczesne zagrożenia? Czy filozofia medycyny pozwoli przetrwać burzę technologiczną? Spójrzmy prawdzie w oczy: gdy algorytmy AI przejmą diagnostykę, pojawi się pokusa, by zaufać wyrokom wirtualnych asystentów. Jeśli lekarz stanie się jedynie wykonawcą poleceń algorytmu, niezdolnym do wytłumaczenia pacjentowi *dlaczego* podejmuje daną decyzję, cofniemy się do Platońskiej medycyny niewolniczej. Obroną przed tą degradacją może stać się powrót do dialogu. Maszyna obliczy prawdopodobieństwo przeżycia, ale tylko człowiek może nadać temu sens.

Zabawmy się zatem w wizjonerów i spróbujmy zdefiniować lekarza 3050 roku w sytuacji, gdy diagnozę postawi AI, a operację wykona robot. Otóż twierdę, że dla lekarza zostanie to, co najtrudniejsze. Już nie gromadzenie wiedzy, to będzie miała chmura danych, ale jej interpretacja w kontekście wartości dla pacjenta. Tłumaczenie z języka prawdopodobieństwa na język ludzkiego losu. *Empatia* stanie się profesjonalnym narzędziem, którego nie da się zautomatyzować. Będzie też lekarz adwokatem pacjenta. Będzie go bronił przed niewiedzą, przed błędem, a może też pokaże drogę do godnej śmierci wbrew technologicznemu imperatywowi podtrzymywania życia za wszelką cenę. Choć to ostatnie zaopatruję w wiele znaków zapytania. Z pewnością jednak mądrość praktyczna, grecka *phronesis* obroni podmiotowość pacjenta.

Pozostaną jednak pytania o „granice ulepszenia” naszych ciał, a może też umysłów. Jeżeli za miesiące bądź lata medycyna pozwoli nam bezpiecznie edytować geny, by nasze dzieci były inteligentniejsze, silniejsze i bardziej odporne na depresję – to czy odmowa wykonania takiego zabiegu będzie etyczna? Czy lekarz będzie miał prawo powiedzieć pacjentowi: „Twoja przeciętność jest wystarczająca. Nie musisz się doskonalić”? Czy jego intuicja będzie ważniejsza niż sugestie mającego 99% skuteczności algorytmu? Kolejne trudne pytania. Jeszcze dzisiaj ani medycyna, ani filozofia (etyka) nie muszą na nie

odpowiadać wprost. Na pewno algorytmy są ratunkiem dla niewydolnych systemów opieki zdrowotnej. Czy jednocześnie staną się zagrożeniem dla etosu lekarza? Tak, jeśli zastąpią jego osąd. Nie, jeśli wspomogą go. Wyboru dokonają sami lekarze.

NASZ SERWIS

Rząd zatwierdził budowę dużego Oddziału onkologicznego w Zielonej Górze. To ma być jedna z najważniejszych inwestycji medycznych w historii regionu. Po akceptacji Ministerstwa Zdrowia – pozytywna uchwałę podjęła Rada Ministrów. Jeżeli wszystko pójdzie zgodnie z planem, za trzy lata w Zielnej Górze powstanie Lubuskie Uniwersyteckie Centrum Onkologii. Nowoczesne Centrum zapewni kompleksową opiekę onkologiczną. Będzie kosztowało około 300 mln. złotych.

Nasza Lubuska 6-12 marca 2026 r.

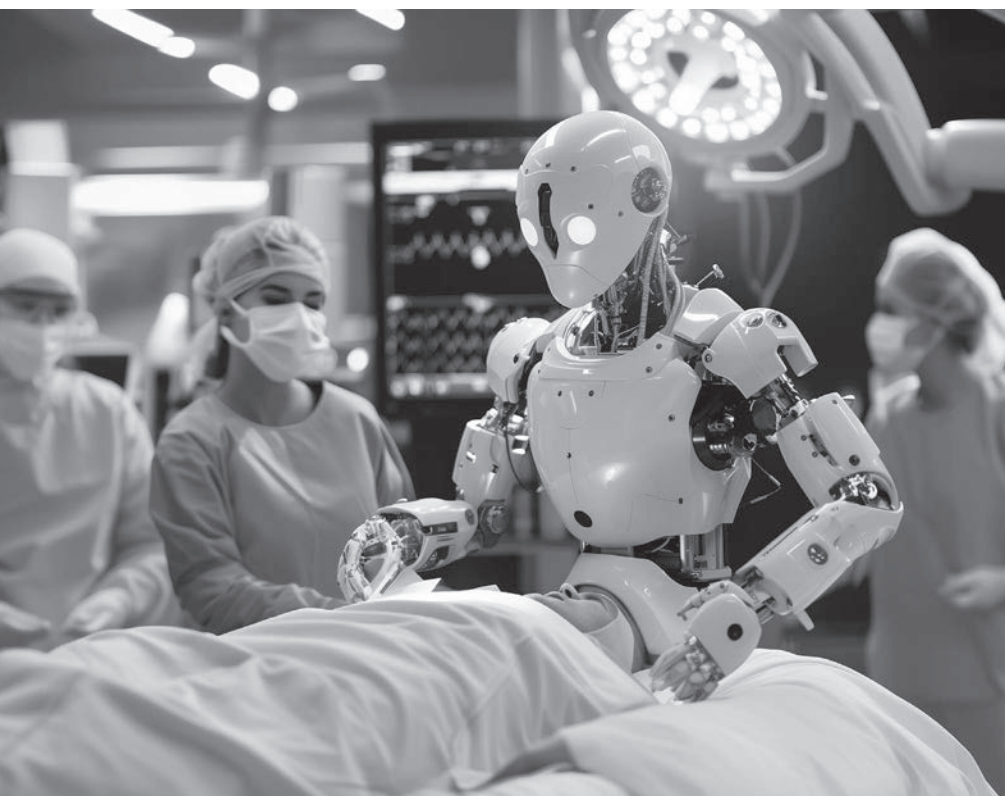
Profilaktyka raka szyjki macicy w Polsce przechodzi rewolucję. Tradycyjną cytologię zastąpiły testy DNA-HPV HR (wysokiego ryzyka), które pozwolą na rzadsze badania (co pięć lat). Nowy model badań dostępny dla kobiet 25-64 lata w ramach NFZ, umożliwi wykrycie wirusa przed powstaniem zmian nowotworowych. Do ośrodków, które wykonują te badania dołączył Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze. Obecnie w ośmiu poradniach w Zielonej Górze kobiety mogą bezpłatnie wykonywać nowoczesną cytologię i zrobić test na HPV (gazeta podała nazwy placówek i adresy).

Czas Zielonej Góry 18.02.2026 r.

Prezes Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze Marek Działoszyński udzielił wywiadu gazecie „Nasza Lubuska”. Mówił m.in. o nowoczesnym po remoncie SOR-ze, inwestycjach w kardiologii, cyfryzacji oraz dynamicznym rozwoju chirurgii robotycznej. Powstanie nowoczesna pracownia elektrofizjologii z dwoma stanowiskami (dostępność wzrosła o 100%). W zakresie cyfryzacji przeznaczono 12 mln. zł. na cyberbezpieczeństwo, zakup 450 komputerów i digitalizację archiwu. Ostatnio placówka uzyskała od Centrum Monitorowania Jakości wzrost progu jakości (z 76 do 82 proc.). Wzrasta zakres chirurgii robotycznej to przyszłość. Pracuje już zespół urologów, ginekologów, laryngologów chirurgii dziecięcej i ogólnej. To mniejsza inwazyjność, lepsze widzenie pola operacyjnego i szybszy powrót pacjenta do zdrowia.

Nasza Lubuska 30.01-05.02.2026 r.

Oprac. lek. spec. epidemiolog **Włodzimierz Janiszewski**



Co słyszeć w Collegium Medicum

I Konferencja Kół Naukowych CM UZ 8 marca 2025

8 marca 2025 roku odbyła się I Konferencja Kół Naukowych Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego. Wydarzenie to było dedykowane studentom kierunków medycznych, dając im możliwość poznania organizacji studenckich działających w Collegium Medicum UZ. Dzięki temu każdy student mógł znaleźć swoje miejsce w zespołach badawczych naszego uniwersytetu.

II Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa „Lubuska Medycyna dziś i jutro” 15 listopada 2025 – sesja plakatowa

15 listopada 2025 roku w Zielonej Górze odbyła się II Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa „Lubuska

Medycyna dziś i jutro”. Wydarzenie zgromadziło ponad 250 przedstawicieli środowiska medycznego, stając się kluczową platformą wymiany doświadczeń między doświadczonymi klinicystami a młodym pokoleniem lekarzy. Głównym celem spotkania, zorganizowanego przez Okręgową Izbę Lekarską w Zielonej Górze, była integracja różnych dziedzin medycyny oraz prezentacja najnowszych standardów leczenia. Ważnym punktem programu była studencka sesja plakatowa, podczas której studenci Collegium Medicum UZ prezentowali swoje badania. Tematyka prac obejmowała m.in. nowoczesną urologię interwencyjną, analizy przypadków klinicznych oraz innowacje w diagnostyce obrazowej. Wydarzenie potwierdziło wysoki poziom naukowy regionu i pokazało, że lubuska medycyna dynamicznie się rozwija, stawiając na nowoczesne technologie oraz edukację przyszłych kadr medycznych.

X-lecie kierunku lekarskiego 17 listopada 2025

17 listopada 2025 roku odbyły się uroczyste obchody 10-lecia kierunku lekarskiego na Uniwersytecie Zielonogórskim. Wydarzenie to stanowiło symboliczną klamrę spinającą dekadę dynamicznego rozwoju medycyny akademickiej w regionie lubuskim. Głównym punktem uroczystości było podsumowanie dotychczasowych osiągnięć, w tym sukcesów absolwentów, którzy zasilają dziś kadry szpitali w całym kraju. Jubileuszowi towarzyszyła specjalna sesja naukowa, podczas której zaprezentowano ewolucję bazy dydaktycznej – od powstania pierwszych pracowni po nowoczesne Centrum Symulacji Medycznej. Podobnie jak podczas wcześniejszych

wydarzeń naukowych, ważną rolę odegrała prezentacja dorobku studentów. W ramach jubileuszowej sesji plakatowej przedstawiono badania podsumowujące wpływ powstania kierunku na rozwój lokalnej ochrony zdrowia oraz projekty badawcze dotyczące m.in. medycyny ratunkowej i onkologii, realizowane we współpracy z zielonogórskim Szpitalem Uniwersyteckim. Uroczystość była nie tylko okazją do wspomnień, ale też prezentacji planów dalszego rozwoju Collegium Medicum, w tym nowych kierunków badań i rozbudowy infrastruktury klinicznej.

White Coat Party

To jedyna taka noc w roku, kiedy studencki strój służbowy staje się biletem wstępu na najlepszą zabawę. Wydziałowa Rada Studentów Collegium Medicum UZ również w tym roku była organizatorem kolejnej edycji White Coat Party – cyklicznej imprezy integracyjnej, która na stałe wpisała się w kalendarz wydarzeń Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Czym jest White Coat Party? To nieformalne święto studentów wszystkich kierunków medycznych, którego znakiem rozpoznawczym jest nietypowy strój. Zamiast wieczorowych kreacji, uczestnicy zakładają fartuchy, scrub-sy i stroje medyczne, w których na co dzień zdobywają wiedzę w szpitalach i laboratoriach.

Wydarzenie ma na celu przede wszystkim integrację środowiska akademickiego. Dla studentów pierwszego roku to doskonała okazja, by w luźnej atmosferze poznać starszych kolegów i włączyć się w życie wydziału. Studenci wyższych roczników traktują imprezę jako symboliczną odskocznnię od trudów sesji i zajęć klinicznych.

Ogólnopolskie Forum Kół Naukowych i Mistrzostwa Polski w Szyciu Chirurgicznym 15-16 maja 2026

To będzie już szósta edycja akademickich Mistrzostw Polski w Szyciu Chirurgicznym studentów medycyny i druga odsłona Forum Kół Naukowych. Dwudniowe wydarzenie stało się już stałym punktem w kalendarzu



Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego. Program podzielono na dwie części: pierwszego dnia odbędą się zawody szcicia, drugiego interdyscyplinarna część konferencyjna, gdzie studenci zaprezentują swoje prace badawcze. Podczas Mistrzostw kilkusobowe drużyny z całej Polski będą musiały przejść kilka konkurencji. W poprzednich latach były to m.in. podstawowe zaopatrzenie rany, szcicie skóry i tkanki podskórnej, aż po zespolenie przewodu pokarmowego.

Wieczór Planszówkowy

W wolnym czasie studenci Uniwersytetu Zielonogórskiego integrowali się na Wieczorze Planszówkowym. Miłośnicy gier mieli okazję spotkać się w czerwcu w CafeNoir, gdzie nie brakowało emocji, dobrego towarzystwa i świetnej zabawy. Organizatorzy zapewniają, że to nie koniec takich spotkań. Kolejne edycje już wkrótce.

Stażowe Q&A – wszystko, co musisz wiedzieć o stażu

W sali wykładowej Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego 14 kwietnia 2025 odbyło się spotkanie ze studentami, którzy kończą sześciolateczne studia lekarskie. Prezes ORL dr Jacek Kotuła oraz wiceprezes dr Marzenna Plucińska oraz Prodziekan Wydziału Lekarskiego dr Bartosz Kudliński rozmawiali o zasadach stażu podyplomowego, niezbędnych formalnościach i wymaganiach związanych z rozpoczęciem dalszego szkolenia po studiach. Studenci ostatnich lat mieli możliwość zadawania pytań o kwestie organizacyjne, zakres obowiązków czy możliwości rozwoju zawodowego.

Planowana jest kontynuacja spotkań dedykowanych studentom kończącym kierunek lekarski.

Spotkanie dla studentek i studentów pielęgniarstwa „Moje PWZ i pierwsza praca”

Z inicjatywy studentów oraz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, 25 czerwca 2025 r. w Centrum Symulacji Medycznej odbyło się pierwsze spotkanie informacyjne dedykowane przyszłym

kadrom pielęgniarstwu. Wydarzenie miało na celu ułatwienie absolwentom wejścia na rynek pracy. Tematyka obejmowała kluczowe aspekty początków kariery: od procedury uzyskania Prawa Wykonywania Zawodu i roli samorządu zawodowego (OIPiP), przez adaptację w pierwszym miejscu pracy, aż po perspektywy dalszego rozwoju na studiach magisterskich.

W gronie prelegentów, którzy dzielili się swoją wiedzą i doświadczeniem, znaleźli się przedstawiciele środowiska akademickiego oraz klinicznego: dr n. biol. Justyna Jasik-Pyzdrowska (Prodziekan ds. Dydaktyki CM UZ), mgr Weronika Rozenberger (Naczelnia Pielęgniarki Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze) oraz absolwenci kierunku – lic. piel. Mikołaj Mazur i lic. piel. Liwia Roszak. Organizatorzy już teraz zapowiadają kolejną edycję spotkania w nadchodzących miesiącach.

Rozszerzenie egzaminów OSCE

Collegium Medicum rozszerza zakres egzaminów OSCE dla studentów kierunku lekarskiego po III, IV i ostatnim roku studiów medycznych.

Obiektywny Strukturyzowany Egzamin Kliniczny (OSCE) pozostaje najczęściej stosowaną metodą ewaluacji efektów kształcenia na uczelniach medycznych. Narzędzie to, wprowadzone przez Hardena w 1970 roku, umożliwia standaryzowaną ocenę umiejętności praktycznych w warunkach symulowanych. Podczas egzaminu w Centrum Symulacji Medycznych studenci wykonują zadania na poszczególnych stacjach, obejmujące m.in. badanie podmiotowe i przedmiotowe, monitorowanie czynności życiowych, sprawdzenie umiejętności rozumowania klinicznego oraz wykonywanie procedur technicznych. Istotnym elementem jest również sprawdzian umiejętności komunikacyjnych, w tym uzyskanie świadomej zgody na badanie czy edukację zdrowotną pacjenta. Każda czynność oceniana jest przez egzaminatorów na podstawie szczegółowych list kontrolnych, co gwarantuje obiektywność i powtarzalność procesu ewaluacji.

Z każdym kolejnym rocznikiem Uniwersytetu Zielonogórskiego zakres egzaminu praktycznego jest poszerzany o kolejne przedmioty. Od rocznika

2024/2025 zapowiadany jest egzamin końcowy oparty na siedmiu obszarach klinicznych. Są to choroby wewnętrzne, pediatria, medycyna ratunkowa, ginekologia i położnictwo, chirurgia, psychiatria oraz medycyna rodzinna.

Wydziałowa Rada Studentów Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego

WRS CM UZ, znana szerzej jako Rada Medyków, to organ samorządu studenckiego reprezentujący całą społeczność Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego. Jako jedyna taka Rada w strukturach Collegium, łączymy studentów wszystkich kierunków medycznych. Nasza praca opiera się na dwuletnich kadencjach – obecnie działamy już w ramach IV kadencji, podejmując różne inicjatywy od dydaktycznych przez administracyjne na rzecz społeczności akademickiej. Oczywiście studia to nie tylko nauka, dlatego dbamy o wzmacnianie więzi między studentami przez organizowanie spotkań i imprez dla wszystkich studentów naszego Wydziału.

W skład Rady wchodzi przedstawiciele kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii i ratownictwa medycznego:

Jacek Stelmaszczyk – przewodniczący

WRS

Natalia Torz – sekretarz WRS

Weronika Braeuer

Kornelia Branowicz

Michał Dąbrowski – przewodniczący komisji ds. Kontaktów Zewnętrznych

Laura Este

Maria Łuszczyn – przewodnicząca komisji ds. Nauki i Rozwoju

Michaela Jankowiak

Bogusława Krężel – przewodnicząca komisji ds. Integracji Wewnętrznydziałowej

Jakub Mazurek – przewodniczący komisji ds. Jakości Kształcenia

Katarzyna Nowakowska

Wiktoria Nowicka

Patrycja Pietrzak

Aleksandra Rogalińska – przewodnicząca komisji ds. Promocji i Wizerunku

Oliwia Łuba – delegatka kierunku fizjoterapia

Adam Zużewicz – delegat kierunku pielęgniarstwo.

Zielona Góra, 09.12.2025r.

ES.033.11.2025r.

**Okręgowa Izba Lekarska
ul. Stefana Batorego 71
65-735 Zielona Góra**

Szanowni Państwo,

narastająca liczba orzeczeń o potrzebie indywidualnego nauczania budzi mój niepokój i jednocześnie troskę o przyszłość uczniów w podległych mi szkołach. Indywidualne nauczanie często jest powodem braku codziennego, naturalnego kontaktu z rówieśnikami, izolacji i poczucia inności oraz trudności z powrotem do grupy rówieśniczej. Ponadto, uczeń kontynuujący naukę w trybie indywidualnego nauczania ma ograniczony dostęp do zasobów szkolnych (np. do specjalistycznych pracowni mieszczących się w szkole), uczeń jest pozbawiony zdrowej rywalizacji i motywacji grupowej.

Konsultacje z dyrektorami szkół wskazują jednomyślnie na trudny powrót uczniów z indywidualnego nauczania do systemu klasowo-lekcyjnego. W związku z tym, zwracam się do Państwa z prośbą, o całościowe spojrzenie na ucznia/pacjenta, nie tylko z punktu widzenia jego jednostki chorobowej, ale i jego rozwoju emocjonalno-społecznego po zakończonym leczeniu, w tym późniejszego powrotu do społeczności rówieśniczej.

Z wyrazami szacunku

STAROSTA

Tadeusz Pajdak

Umorzenie postępowania



HALINA ŁAZARUK

PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU
LEKARSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE

Umorzenie postępowania w orzecznictwie sądów lekarskich jest jedną z możliwych form zakończenia postępowania przed sądem dyscyplinarnym lekarzy i lekarzy dentystów; to instytucja kończąca postępowanie bez wydania orzeczenia o karze, stosowana w ściśle określonych sytuacjach.

Sąd lekarski może umorzyć postępowanie w przypadku przewinienia mniejszej wagi albo jeżeli orzeczenie kary wobec obwinionego byłoby niecelowe ze względu na rodzaj i wysokość kary prawomocnie orzeczonej za ten sam czyn w innym postępowaniu przewidzianym przez ustawy, a interes pokrzywdzonego temu się nie sprzeciwia. Taki zapis zawiera art. 82 punkt 2 Ustawy o Izbach Lekarskich. Postępowanie przed Sądem Lekarskim umarza się także w przypadku śmierci lekarza lub przedawnienia okresu karalności.

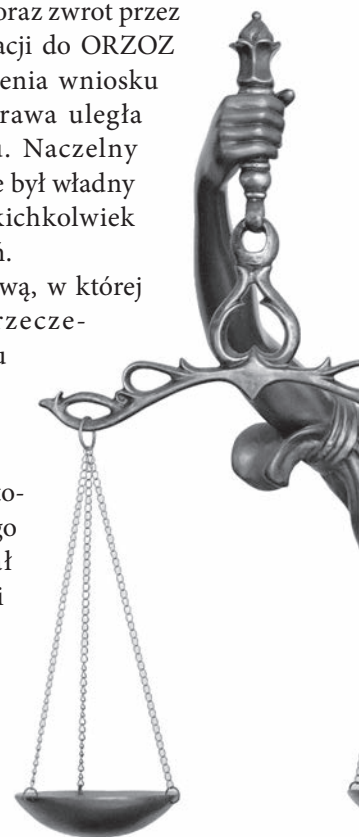
Na przestrzeni ostatnich kilku lat tylko jedno postępowanie zostało umorzone z powodu śmierci lekarza.

Przedstawię teraz kilka przypadków umorzenia postępowania, kiedy w uzasadnieniu przywołany został punkt drugi art. 82 z Ustawy o Izbach lekarskich z 9 grudnia 2009 r.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej postawił lekarzowi dentyście zarzut braku należytej staranności w postępowaniu diagnostycznym i leczniczym w trakcie leczenia implantologiczno-protetycznego. OSL wydał orzeczenie o umorzeniu postępowania, uznając przewinienie za czyn mniejszej

wagi. Od wydanego orzeczenia odwołanie do Naczelnego Sądu Lekarskiego złożył obwiniony lekarz. Z uwagi na wydłużony czas postępowania na etapie gromadzenia dowodów spowodowany między innymi oczekiwaniem na opinię biegłego oraz zwrot przez OSL dokumentacji do ORZOZ celem uzupełnienia wniosku o ukaranie, sprawa uległa przedawnieniu. Naczelny Sąd Lekarski nie był władny do podjęcia jakichkolwiek dalszych działań.

Kolejną sprawą, w której OSL wydał orzeczenie o umorzeniu postępowania, jest przypadek lekarza, który jako lekarz pogotowia ratunkowego wezwany został do pacjentki z napadem astmy oskrzelowej. Na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego ustalono, że lekarz zlecił podanie leków typowych w napadzie astmy oskrzelowej: Dexaven, Corhydron, Theospirex uznając, że to dostatecznie złagodzi napad duszności, nie podjął decyzji o przewiezieniu pacjentki do szpitala. Stan pacjentki nie ulegał



poprawie, rodzina nie wzywała ponownie pomocy. W drugiej dobie nastąpiło złamanie i pomimo szybkiej interwencji pogotowia i podjętych działań ratunkowych na SOR, kobieta zmarła. W konkluzji opinii sporządzonej na zlecenie prokuratury czytamy: „w świetle przedstawionych danych brakuje obiektywnych przesłanek do przyjęcia istnienia bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem lekarza pogotowia ratunkowego (...) zaistniałymi zaniechaniami diagnostycznymi i decyzyjnymi a zgonem pacjentki”. Sąd Rejonowy postępowanie karne wobec lekarza warunkowo umorzył na okres trzech lat próby.

Wcześniej o podejrzeniu popełnienia przewinienia zawodowego Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej powiadomiła pro-

kura-
tura.
OROZ
postawił
lekarzo-
wi zarzut
nienależy-
tego postę-
powa-
nia
diagnostycz-
no-lecznicze-
go podjętego
wobec pacjent-
ki, polegającego
na tym, że jako
lekarz pogotowia
ratunkowego, na
którym ciążył
obowiązek opieki
nad chorą,
w sposób
niedokład-

ny oraz pobieżnie przeprowadził badanie oraz nie uwzględnił istotnego pogorszenia zdrowia pacjentki uzasadniającego przewiezienie do szpitala. Okręgowy Sąd Lekarski – po ocenie zgromadzonego materiału dowodowego, w tym opinii biegłych, wysłuchaniu wyjaśnień obwinionego, uznając winę lekarza – wydał orzeczenie o umorzeniu postępowania z uwagi na czyn mniejszej wagi. OSL stwierdził, że okolicznością ograniczającą stopień przyczynienia się lekarza do niepomyślnego skutku było wydanie zalecenia kontroli w ramach POZ, a także postawa samej pacjentki i członków rodziny, którzy pomimo braku poprawy stanu zdrowia, a nawet progresji objawów, przez prawie dwie doby nie podjęli żadnych działań. Kolejny przykład umorzenia postępowania z uwagi na czyn mniejszej wagi to przypadek lekarza, któremu OROZ postawił zarzut nieudzielenia należytej pomocy i nienależytego postępowania diagnostyczno-leczniczego, polegającego na braku wykonania RTG w pierwszym i kolejnym dniu badania dziecka, a w konsekwencji braku właściwego unieruchomienia kończyny. Do Poradni Chirurgii Dziecięcej zgłosiła się matka z dwuletnim dzieckiem. Dziewczynka doznała urazu ręki, spadając z krzesła. Lekarz po zbadaniu dziecka zalecił miękki opatrunek i unieruchomienie kończyny za pomocą temblaka, nie widział konieczności wykonania zdjęcia RTG. Następnego dnia matka ponownie zgłosiła się z dzieckiem do poradni z powodu utrzymującego się bólu ręki (oświadczenie matki), domagając się wykonania zdjęcia. Dziewczynka nie miała założonego dzień wcześniej unieruchomienia. Lekarz nie zmienił decyzji, a matka udała się z dzieckiem do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Wykonane zdjęcie RTG wykazało minimalne śródkostne złamanie kłykcia boczno-kości ramiennej bez przemieszczenia. Założony został opatrunek gipsowy, leczenie przebiegło bez powikłań. W postępowaniu wyjaśniającym OROZ uzyskał opinię biegłej z zakresu Chirurgii Dziecięcej. Biegła w podsumowaniu swojej opinii stwierdziła brak prawidłowej diagnostyki w pierwszym i kolejnym dniu badania, a w konsekwencji brak właściwego unieruchomienia kończyny. Jednocześnie zgodziła się z wyjaśnieniami obwinionego lekarza,

że zrost kości może nastąpić samoistnie w ciągu dwóch tygodni bez unieruchomienia. Obwiniony lekarz, zeznając przed Sądem Lekarskim, powiedział, że jego wieloletnie doświadczenie kliniczne dotyczące złamań i urazów kostno-stawowych, połączone z dokładnym badaniem przedmiotowym i oceną funkcji, uzasadniało odstąpienie od wykonania zdjęć RTG. Zastosowane unieruchomienie wystarczyło i było wygodniejszym i bardziej optymalnym rozwiązaniem dla bardzo małego dziecka. Wobec przyznania się obwinionego do stawianych mu zarzutów i w świetle zebranych dowodów, Sąd uznał winę lekarza, a z uwagi na czyn mniejszej wagi postępowanie umorzył. Umorzenie postępowania w przypadku przewinienia mniejszej wagi orzekł także OSL wobec lekarza, który wysłał przez serwis internetowy Znany Lekarz wiadomość tekstową SMS o wulgarnej treści do pacjentów skonfliktowanego ze sobą lekarza, wykorzystując z przekroczeniem uprawnień uprzednio nadany mu dostęp do jego konta. Taki występek wyczerpuje znamiona przewinienia zawodowego z art.1ust 1-3 oraz art. 52 ust.1-2 Kodeksu Etyki Lekarskiej, którego fragmenty przytoczę: „Lekarze powinni okazywać sobie wzajemny szacunek (...) lekarz powinien zachować szczególną ostrożność w formułowaniu opinii o działalności zawodowej innego lekarza, w szczególności nie powinien publicznie dyskredytować go w jakikolwiek sposób”. Zebrany materiał dowodowy oraz treść wniosku o ukaranie jednoznacznie, w ocenie Sądu, wskazują na postępowanie niezgodne z zasadami etyki zawodowej, podważające zaufanie do zawodu. Sąd nie dał wiary wyjaśnieniom obwinionego, że wysłanie wiadomości do wielu osób z nie swojego konta było przypadkiem i uznał lekarza winnym zarzucanego mu czynu. Równocześnie postawa obwinionego w toku postępowania przed Sądem, wrażenie skruchy, uznanie swojego postępcu za nieliczący z powagą zawodu, przeprosiny skierowane do pokrzywdzonego dały Sądowi Lekarskiemu podstawę do umorzenia postępowania jako czynu mniejszej wagi.





KAROLINA LEWCZUK

LEKARZ ORZECZNIK ZUS,
SPECJALISTA PEDIATRII

JOANNA KIELAN

GŁÓWNY SPECJALISTA ZUS

Jednym z zadań Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jest przeprowadzanie kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich.

Uprawnienie to zapisane jest w art. 68 ust. 1 pkt 5 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 350).

Kontrolę w zakresie orzecznictwa realizuje lekarz orzecznik ZUS wobec osób ubezpieczonych, przebywających na zwolnieniach lekarskich.

Z wnioskiem o kontrolę może wystąpić:

- pracodawca, który ma podejrzenia o nieprawidłowym wykorzystaniu zwolnienia przez pracownika;
- Wydział Zasiłków ZUS, czyli organ wewnętrzny danego oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych zajmujący się weryfikacją prawidłowości i ustalania wypłaty świadczeń m.in. na podstawie ZUS ZLA wystawianego przez lekarza;
- Główny Lekarz Orzecznik, jeśli ma ku temu podstawy znajdujące odzwierciedlenie w rejestrowanych i prowadzonych sprawach służbowych.

Kontrola ZUS ZLA

W celu przeprowadzenia kontroli ZUS ZLA lekarz orzecznik w imieniu ZUS może m.in. zażądać od lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie udostępnienia dokumentacji medycznej stanowiącej podstawę wydania zaświadczenia lekarskiego lub udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie (na podstawie art. 59 ust. 1, ust. 2 i ust. 3 pkt 3 ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 501 – zwaną dalej „ustawą zasiłkową”).

Przypomnieć należy, że występując do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z wnioskiem o udzielenie upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich, każdy lekarz składa oświadczenie o zobowiązaniu do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów art. 54 ust. 1 ustawy zasiłkowej.

W związku z powyższym zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej z leczenia pacjentów oraz udostępniania jej na wniosek lekarza orzecznika ZUS.

W konsekwencji kontroli lekarz orzecznik może uznać zaświadczenie lekarskie za zasadne bądź nieprawidłowe. W przypadku orzekania na podstawie dokumentacji medycznej decydujące znaczenie ma rzetelność, integralność i autentyczność prowadzonego leczenia, wypełniające wszystkie elementy świadczenia zdrowotnego przewidziane w przepisach.

Zgodnie z art. 60 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy zasiłkowej, w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wystawianiu zaświadczeń lekarskich, w szczególności gdy zaświadczenie lekarskie zostało wystawione bez przeprowadzenia bezpośredniego badania ubezpieczonego lub bez udokumentowania rozpoznania stanowiącego podstawę czasowej niezdolności do pracy, Zakład Ubezpieczeń

Społecznych może, w formie decyzji, cofnąć upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich na okres nieprzekraczający 12 miesięcy od dnia, w którym decyzja stała się ostateczna.

Cofnięcie upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich wprawdzie nie pozbawia lekarza możliwości dalszego wykonywania zawodu (leczenia pacjentów), jednak znacznie utrudnia prowadzenie praktyki lekarskiej w sytuacji, kiedy stan pacjenta wymaga wystawienia zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy.

Co nowego w 2026 r.

7 stycznia 2026 r. Prezydent RP podpisał ustawę wprowadzającą zmiany oraz doprecyzowującą przepisy m.in. w zakresie zwolnień lekarskich i przeprowadzania kontroli prawidłowości ich wykorzystywania. Jednoznacznie wskazano na uprawnienie ZUS do kontrolowania w powyższym zakresie zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z tytułu opieki nad chorym członkiem rodziny. Wprowadzono także możliwość żądania przez ZUS od ubezpieczonego udzielenia wyjaśnień i informacji w sprawie na potrzeby kontroli zaświadczenia lekarskiego.

Doprecyzowano działania możliwe do podjęcia przez ZUS w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wystawianiu zaświadczeń lekarskich, a w szczególności wprowadzono możliwość udostępniania właściwym jednostkom organizacyjnym samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (dla celów postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza i lekarza dentysty) danych, informacji oraz dokumentów zgromadzonych przez ZUS w postępowaniach związanych z kontrolą zaświadczeń lekarskich oraz w postępowaniach związanych z cofnięciem upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich.

USG w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

Badanie tarczycy



MAGDALENA BETIUK-KWIATKOWSKA

SPECJALISTA
MEDYCYNY RODZINNEJ

W dniu 10.01.2026 odbyła się kolejna część 1. edycji kursu „USG w POZ”, zorganizowana przez Oddział Lubuski Kolegium Lekarzy Rodzinnych, przy wsparciu Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze. W szkoleniu uczestniczyli lekarze rodzinni, będący członkami naszej izby oraz członkami KLR. Szkolenie przeprowadził lek. **Bartłomiej Patka**, na co dzień pracujący w Szpitalu na Wyspie w Żarach, który od lat inicjuje szkolenia w zakresie umiejętności ultrasonografii wśród kolegów lekarzy. Spotkanie nie odbyłoby się, gdyby nie ogromne zaangażowanie Pana **Pawła Wilczyńskiego** – przedstawiciel firmy **MIRO i Fundacji „Mocni na Starcie”**.

Trzecia część kursu obejmowała szkolenie w zakresie badania

JUSTYNA RAJKIEWICZ

SPECJALISTA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
I MEDYCYNY RODZINNEJ

ultrasonograficznego tarczycy. Celem szkolenia było przełamanie pierwszego kontaktu z głowicą usg i przekazanie podstawowej wiedzy w szybkim diagnozowaniu podstawowych schorzeń gruczołu tarczowego, z którymi lekarze rodzinni spotykają się w codziennej pracy. Doktor **Bartłomiej Patka** w wyjątkowo przystępny, humorystyczny i prosty sposób przekazał nam wiedzę teoretyczną i praktyczną, okraszając ją przypadkami, wziętymi z codziennej praktyki. W części praktycznej mogliśmy, pod okiem prowadzącego, spróbować własnych sił na aparatach usg, trenując badanie tarczycy na pacjentach. Nieocenionym wsparciem był przedstawiciel **MIRO**, udostępniając siedem wysokiej klasy aparatów USG,

czuwając nad technicznym aspektem badania, odpowiadając na pytania dotyczące sprzętu. Spotkanie stało się okazją do nawiązania nowych znajomości, zarówno koleżeńskich jak i biznesowych. Lekarze Rodzinni mieli szansę poznać różne aparaty i ofertę ich zakupu.

Dziękujemy Prezesowi OIL w Zielonej Górze, panu doktorowi Jackowi Kotule, za udostępnienie sali szkoleniowej i wsparcie mentalne :)

Jako Oddział Lubuski Kolegium Lekarzy Rodzinnych zachęcamy dziś do aktywnego członkostwa. Chętnych Koleżanki i Kolegów lekarzy już dziś zapraszamy do zapisów do Kolegium.

Dziękujemy wszystkim uczestnikom oraz pacjentom. Za Wasze zaangażowanie, aktywność, humor, wytrwałość (6 godzin intensywnego skupienia) oraz pozytywny feedback.

Do zobaczenia niebawem!





**TENIS
TENIS
TENIS
TENIS**

Kalendarz turniejów PSTL w 2026 roku

Rok 2026 zapowiada się niezwykle aktywnie dla środowiska tenisowego lekarzy. W kalendarzu Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy znajdują się m.in.:

- ❑ XXXV Letnie Mistrzostwa Polski Lekarzy we Wrocławiu (4-7 czerwca)
- ❑ Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy w Wejherowie i Bolszewie (19-21 czerwca)
- ❑ IV Ogólnopolski Turniej Tenisowy Lekarzy „Medbledon” w Michałówku (10-12 lipca)
- ❑ „Legia Med. Open” w Warszawie (28-30 sierpnia)
- ❑ Światowe Mistrzostwa Lekarzy w Tenisie (WMTS) – planowane na październik 2026 r.
- ❑ XXVII Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lesznie (19-22 listopada)

Szczegółowe informacje dotyczące terminów i zapisów dostępne są na stronie internetowej PSTL.

Z głębokim smutkiem i żalem
składamy najszczerze kondolencje
Panu **doktorowi Szymonowi Jurdze**
z powodu śmierci

TATY

Rodzinie i Bliskim składamy
najszczerze wyrazy współczucia i wsparcia
w tych trudnych chwilach.
Współpracownicy Klinicznego Oddziału Neurologii
Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze

Z głębokim smutkiem i żalem
składamy najszczerze kondolencje
dla Pani Doktor
Eugenii Totczyk- Tyszko
z powodu śmierci

MĘŻA

Lekarze
Grupowej Praktyki Lekarskiej
w Sulechowie

Z głębokim smutkiem i żalem
składamy najszczerze kondolencje
Panu **doktorowi Adamowi Ciesielskiemu**
z powodu śmierci

TATY

Rodzinie i Bliskim składamy
najszczerze wyrazy współczucia i wsparcia
w tych trudnych chwilach.
Współpracownicy Oddziału Kardiologicznego
Wielospecjalistycznego Szpitala w Nowej Soli.

Z głębokim żalem i smutkiem
przyjeliśmy wiadomość, że w dniu
9 styczniaa 2026 r. zmarł

ś.p. dr Stanisław Kozakiewicz
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,
Freeipik i wolne media.

NA SPRZEDAŻ PRZYCHODNIA LEKARSKA

Zielona Góra - ul. Chynów-Bukowa

- budynek wolnostojący, ogrodzony
- pow. 210,92 m² (plus mała piwnica z osobnym wejściem)
- stan techniczny bardzo dobry
- niski koszt utrzymania
- wykonany w systemie bloczek komórkowy YTONG Energo
- dwa osobne, niezależne wejścia na parter i piętro
- ogrzewanie gazowe, nowy kocioł Buderus
- więźba tradycyjna, dach z dodatkowym zabezpieczeniem z polistyrenu
- okna plastikowe 2-szybowe
- z przodu budynku parking na 6 aut
- w sąsiedztwie przystanki autobusowe i szkoła podstawowa

Kontakt: **Krzysztof** tel. **601 913 700**



CENA
2 387 000,00 PLN
do negocjacji

V OGÓLNOPOLSKI TURNIEJ TENISA LEKARZY WEJHEROWO & BOLSZEWO

- 
- ❑ **WEJHEROWSKIE KORTY TENISOWE** Wejherowo • ul. Kalwaryjska
www.kortywejherowo.pl
oraz
 - ❑ **MORSKIE TOWARZYSTWO TENISOWE** Bolszewo • ul. Zamostna
www.morskiett.pl
Dodatkowe informacje na: www.oil-zgora.org

**19-21
czerwca
2026 r.**

Bal Lekarzy

2026

