

BIULETYN INFORMACYJNY ŚWIĘTOKRZYSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W KIELCACH

ESKULAP

ŚWIĘTOKRZYSKI

ISSN 1233-3972
NR 7-8 (407-408)
LIPIEC – SIERPIEŃ 2026



LEKARZ KONTRA ALGORYTM

CZYTAJ NA STRONACH 4-5

SAMORZĄD MŁODYCH

CZYTAJ NA STRONACH 18-21

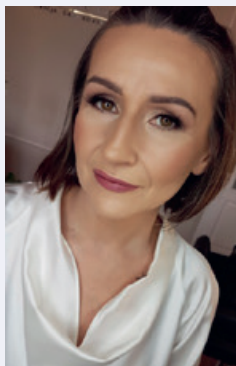
Szanowni Państwo,

gdy zamykamy kolejne wydanie „Eskulapa Świętokrzyskiego”, wyraźnie widać, jak szybko zmieniają się warunki, w których funkcjonuje dziś medycyna. Współczesna praktyka lekarska to nie tylko wiedza kliniczna i kontakt z pacjentem, ale również potrzeba sprawnego poruszania się w środowisku cyfrowym.

Dlatego znaczną część bieżącego numeru poświęciliśmy relacji między medycyną a nowymi technologiami. W artykule otwierającym numer przyglądamy się pytaniu o wpływ sztucznej inteligencji na pracę lekarzy i pokazujemy, że w praktyce jednym z największych obciążeń pozostają zadania administracyjne. Publikujemy również praktyczny materiał o tworzeniu skutecznych poleceń dla narzędzi AI, który pokazuje, jak wykorzystywać je do usprawnienia codziennej pracy i oszczędzania czasu.

Z technologią wiąże się także obecność lekarzy w internecie. W bloku „Lekarz w sieci” omawiamy rolę mediów społecznościowych z trzech perspektyw: komunikacyjnej, prawnej i środowiskowej. Pokazujemy znaczenie rzetelnych głosów eksperckich w przestrzeni publicznej, wyjaśniamy kwestie związane z zakazem reklamy usług medycznych oraz opisujemy doświadczenia młodych lekarzy, którzy łączą aktywność zawodową w sieci z troską o wiarygodność, bezpieczeństwo i dobrostan.

Obok tematów cyfrowych poruszamy również kwestie systemowe, z którymi



fot. Patrycja Gawlikowska

środowisko lekarskie styka się na co dzień. W „Kurierze ŚIL” informujemy między innymi o rządowej ustawie określanej jako „Lex Szarlatan”, lipcowej waloryzacji płac w ochronie zdrowia oraz prognozach OZZL dotyczących skutków niedoboru środków w NFZ. Jak co numer publikujemy też omówienie najnowszych zmian prawnych dotyczących różnych obszarów ochrony zdrowia, przygotowane przez radcę prawnego Mariusza Łabę.

W numerze nie zabrakło także tematów związanych z rozwojem zawodowym i działalnością środowiska medycznego w regionie. Relacjonujemy XIV Warsztaty Chirurgii Piersi w Świętokrzyskim Centrum Onkologii, podczas których prezentowano również rozwiązania z zakresu robotyki mikrochirurgicznej. Zamieszczamy

także podsumowanie 27. Kieleckiego Dnia Gastrologicznego autorstwa doktora Krzysztofa Bartosza oraz informacji o działaniach Zespołu Młodych Lekarzy, który rozpoczął pracę w nowym składzie.

Przekazujemy Państwu numer, w którym łączymy tematykę nowych technologii z zagadnieniami dotyczącymi codziennej praktyki lekarskiej. Zależało nam na zachowaniu równowagi między tekstami poświęconymi sztucznej inteligencji i cyfrowym narzędziom a materiałami odnoszącymi się do realnych wyzwań zawodowych. Mamy nadzieję, że takie zestawienie okaże się dla Państwa przydatne.

W numerze znalazło się również miejsce na lżejszy akcent. Na ostatnich stronach przygotowaliśmy dla Państwa krzyżówkę – tradycyjny element pisma, który pozostaje stałą częścią naszego wydania także w numerze poświęconym w dużej mierze tematowi cyfrowym.

Ponieważ zbliża się okres wakacyjny, w imieniu kolegium redakcyjnego życzę Państwu dobrego wypoczynku i czasu, który pozwoli nabrać sił przed kolejnymi miesiącami pracy.

Życzę Państwu ciekawej lektury,
Dorota Pacholec
Redaktor Naczelna

Lekarzu, lekarzu dentysto!

Zaktualizuj SWOJE DANE w Rejestrze Lekarzy:

- nr telefonu • adres zamieszkania • miejsce pracy • adres e-mail
- Aktualizacji można dokonać za pośrednictwem platformy e-izba

BIURO ŚWIĘTOKRZYSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ: al. ks. J. Popiełuszki 43, 25-155 Kielce, tel. 41 362 13 81, www.sil-kielce.pl, e-mail: sekretariat@sil-kielce.pl, konto nr 29 1240 4416 1111 0000 4965 4095.

Dyrektor biura: mgr Anna Zysk-Litwin, pn.-pt. w godz. 8⁰⁰-16⁰⁰, tel. 41 362 06 29.

Radca prawny: mgr Mariusz Łaba, udziela porad prawnych dla lekarzy w zakresie wykonywania zawodu lekarza (pn.-wt. 13⁰⁰-16⁰⁰, śr. 12⁰⁰-16⁰⁰, pt. 14⁰⁰-16⁰⁰).

Biuro rzecznika odpowiedzialności zawodowej: mgr Klaudiusz Kanclerz (pn.-pt. w godz. 8⁰⁰-16⁰⁰, tel. 41 368 75 67, 41 362 13 81, wew. 13).

Biuro Sądu Lekarskiego: mgr Anna Tkaczyk (pn.-pt. w godz. 8⁰⁰-16⁰⁰, tel. 41 362 13 81, wew. 19).

Księgowość: Lucyna Papis – główna księgowa, tel. 41 362 13 81, wew. 21, mgr Jadwiga Zielińska – księgowa, tel. 41 362 13 81 wew. 14, faks 41 362 15 00.

Rejestr lekarzy: mgr Beata Kuprian – prawa wykonywania zawodu, tel. 41 362 13 81, wew. 22 oraz 41 362 15 40, mgr Anita Dubiel – praktyki lekarskie, tel. 41 362 13 81, wew. 15.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej: dr n. med. Dorota Szyska-Skrobot.

Rzecznik Praw Lekarza: dr Urszula Chonin, dyżuruje w poniedziałki w godz. 14⁰⁰-16⁰⁰, tel. 661 313 309, u.chonin@interia.pl.

Pełnomocnik do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów:

dr Teresa Tymirńska-Tkacz, tel. 607 269 017, e-mail: odwyk12@onet.pl. Ewentualne spotkania po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym

Specjalista ds. obsługi medialnej: Dorota Pacholec, tel. 507 001 724

Eskulap Świętokrzyski. Wydawca: Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach, al. ks. J. Popiełuszki 43, 25-155 Kielce. **Redaguje kolegium w składzie:** Dorota Pacholec – redaktor naczelna, Paweł Barucha Urszula Chonin, Ruslan Hnatiuk, Barbara Kocela, Magdalena Korta, Ewelina Pyrzanowska, Marta Sitnik, dr n. med. Grażyna Staweta, dr n. med. Dorota Szyska-Skrobot, dr n. med. Adam Wróbel, Jadwiga Zielińska – sekretarz redakcji.

Skład, łamanie i szata graficzna: Paweł Kowalski, **Druk:** Wydawnictwo ESSI 3, Kielce, ul. Witosza 61D, w kooperacji z drukarnią KOLORAMI Kielce, ul. Magazynowa 6A. **Nakład:** 4780 egz. **Kontakt:** redaktor.eskulap@gmail.com, tel. 507 001 724

Zdjęcia i grafiki wykorzystane w publikacji: stock.adobe.com: okładka: Dr_Microbe; s. 4 – krissada, s. 24 – Bilal Ulker

UWAGA! Redakcja nie zwraca nadesłanych materiałów i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiacji i zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń. Przesłanie tekstu nie jest jednoznaczne z zagwarantowaniem jego publikacji. O ewentualnej publikacji decyduje Kolegium Redakcyjne.

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Przed nami dni o istotnym znaczeniu dla przyszłości naszego samorządu. Już 21 maja delegaci z całej Polski, w tym także nasza świętokrzyska reprezentacja, spotkają się na XVI Krajowym Zjeździe Lekarzy. Nie będzie to zwykłe spotkanie, lecz moment szczególny – czas wyboru nowych władz Naczelnej Izby Lekarskiej, który wyznaczy kierunek działań na najbliższą kadencję. Jedziemy tam z jasnym celem: zadbać o to, by głos świętokrzyskich lekarzy był silny i słyszalny przy podejmowaniu najważniejszych decyzji personalnych i strategicznych. Pisząc te słowa, jesteśmy jeszcze przed zjazdem i wyborami, ale gdy ten numer „Eskulapa” trafi do Państwa rąk, będziemy już w rzeczywistości powyborczej. Dlatego nowo wybranym władzom życzę przede wszystkim siły, determinacji i wytrwałości w codziennej pracy samorządowej na rzecz naszego środowiska, w realiach coraz bardziej obciążonego i niedomagającego systemu ochrony zdrowia.

Jako lekarki i lekarze praktycy najlepiej wiemy, że polska ochrona zdrowia od lat zmagają się z permanentnym kryzysem. Pałące problemy – od dramatycznych braków kadrowych, przez

chaos prawny, po niedofinansowanie procedur – nie mogą być dłużej zamiatane pod dywan ani przetrucane na barki lekarzy. W tej sytuacji samorząd tym bardziej powinien być dla naszego środowiska realnym wsparciem i tarczą.

Oddając w Wasze ręce najnowszy numer „Eskulapa Świętokrzyskiego”, znaczną część miejsca poświęcamy zagadnieniom technologii i cyfryzacji. Nie robimy tego z fascynacji gadżetami, ale z pragmatycznej konieczności. W dobie narastającej biurokracji i braków kadrowych, mądrze wdrożona cyfryzacja musi stać się naszym sojusznikiem, a nie kolejnym obowiązkiem. Na łamach biuletynu analizujemy, jak nowoczesne narzędzia mogą realnie odciążyć nas od żmudnej dokumentacji, by przywrócić to, co w naszym zawodzie najcenniejsze – czas dla pacjenta. Chcemy, aby Izba była dla Was przewodnikiem po tym cyfrowym świecie, wskazując rozwiązania, które zwiększają bezpieczeństwo pracy i ułatwiają codzienną praktykę.

Zanim jednak wejdziemy w okres jesiennej pracy, przed nami czas, który powinniśmy poświęcić sobie i swoim najbliższym. Życzę Wam, aby nadchodzące wakacje pozwoliły Wam choć na chwilę odciąć się od trudów



foto: Łukasz Szytchen

zawodowej codzienności. Tradycyjnie już, sezon letni zainaugurujemy wspólnie – zapraszam bardzo serdecznie na nasz Piknik Rodzinny. To nasz czas na integrację, swobodne rozmowy i budowanie tej niezbędnej nam wszystkim koleżeńskiej solidarności w nieformalnej atmosferze.

Dziękuję Wam za codzienne wsparcie dla samorządu i liczę na nasze wspólne spotkanie podczas pikniku. Odpoczywajcie, bo jesień zapewne postawi przed nami kolejne twarde wyzwania.

Z koleżeńskim pozdrowieniem,
dr n. med. Dorota Szyska-Skrobot
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
ŚIL w Kielcach

WITAMY W E-IZBIE

Serwisie Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach.

MOJE DANE

Czym jest e-Izba?

E-Izba to internetowa platforma stworzona z myślą o potrzebach środowiska medycznego. Stanowi nowoczesne centrum obsługi, dzięki któremu członkowie samorządu lekarskiego mogą w prosty, szybki i bezpieczny sposób zarządzać swoimi danymi w okręgowym rejestrze lekarzy.

Główne funkcjonalności e-Izby

- **Aktualizacja danych:** szybka edycja danych kontaktowych, adresu

korrespondencyjnego, numeru telefonu, e-mail oraz miejsca pracy.

- **Sprawdzanie składek:** wgląd w saldo zaległości składek oraz śledzenie historii zrealizowanych płatności.
- **Monitoring punktów edukacyjnych:** bieżące sprawdzanie liczby zgromadzonych punktów edukacyjnych w danym okresie rozliczeniowym.
- **Składanie wniosków on-line:** możliwość składania wybranych wniosków, np. o wybrane formy pomocy socjalnej.

Bezpieczeństwo i wygoda na pierwszym miejscu

Dostęp do platformy e-Izba jest możliwy przez Profil Zaufany. To rozwiązanie gwarantuje, że dane osobowe i zawodowe są w pełni chronione przed dostępem osób nieuprawnionych.

DLACZEGO SZTUCZNA INTELIGENCJA NIE ZASTĄPI LEKARZY, ALE ZMIENI WSZYSTKO?

Lekarz kontra algorytm

Czy sztuczna inteligencja (AI) zabierze lekarzom pracę? Pytanie, które jeszcze niedawno brzmiało jak wyjęte z literatury science fiction, dziś stanowi główną oś debaty o przyszłości ochrony zdrowia. Algorytmy nie są już tylko cichymi asystentami administracyjnymi – stają się aktywnymi uczestnikami procesów diagnostycznych i terapeutycznych. Zanim jednak środowisko medyczne zacznie obawiać się o swoje posady, warto spojrzeć na twarde dane. Okazuje się, że prawdziwym wrogiem lekarza nie jest krzemowy procesor, ale... papierologia a wyzwaniem starzejące się społeczeństwo.

Z prognoz Komisji Europejskiej wynika, że do 2030 roku europejskie systemy ochrony zdrowia będą musiały zmierzyć się z deficytem personelu medycznego sięgającym 4,1 miliona pracowników. Jednocześnie raporty NIK w Polsce nie pozostawiają złudzeń: prowadzenie dokumentacji i rutynowe czynności administracyjne pochłaniają blisko jedną trzecią całkowitego czasu przeznaczanego na poradę lekarską. W tym kontekście wdrożenie modeli językowych (LLM) do placówek medycznych przestaje być technologiczną fanaberią, a staje się dla Państwa jedynym infrastrukturalnym kołem ratunkowym.

Bezwzględna precyzja maszyny (i jej słabe punkty)

Nie da się ukryć, że w sterylnych, kontrolowanych warunkach laboratoryjnych maszyny zaczynają deklasować ludzką wiedzę ekspercką. Różnica w skuteczności bywa wręcz porażająca.

- W prestiżowym wyzwaniu diagnostycznym NEJM Image Challenge, model OpenAI osiągnął skuteczność na poziomie 94,0%.
- W tym samym teście doświadczony lekarz specjalista (attending physician) uzyskał wynik 70,5%, a studenci medycyny starszych lat – zaledwie 38,5%.
- Co więcej, większość błędów maszyny (aż 83,3%) wynikała nie z błędnego odczytania obrazu, lecz z drobnych przeoczeń logicznych, które



można było łatwo skorygować na poziomie programowania zapytań.

Zanim jednak oddadzą Państwo swoje stetoskopy algorytmom, trzeba przyrzeć się zjawisku nazywanemu „luką skuteczności”. W dermatologii, badanej przez naukowców ze Stanford University, AI osiągnęło wyższą swoistość niż certyfikowani lekarze (86,5% vs. 60,0%) przy identycznej czułości na idealnie doświetlonych zdjęciach. Kiedy jednak technologię tę udostępniono pacjentom robiącym zdjęcia zwykłymi smartfonami, parametry drastycznie spadły – czułość do 80%, a swoistość do 78%. Okazało się, że algorytm potrafi pominąć co piątego czerniaka, dając pacjentowi śmiertelnie niebezpieczne, fałszywe poczucie bezpieczeństwa.

Wniosek badaczy jest jednoznaczny: najskuteczniejszy model to „triage

hybrydowy” – synergia człowieka i maszyny. Algorytm dostrzega mikroskopijne korelacje pikseli, a lekarz nakłada na to wywiad z pacjentem, ocenę palpacyjną i profil genetyczny.

Syntetyczna empatia i pułapki umysłu

Zaskakująco, to komunikacja, a nie tylko twarda diagnoza, okazuje się nową domeną AI. W przełomowym badaniu nad systemem AMIE, algorytm został oceniony wyżej niż żywi lekarze na 30 z 32 osi klinicznych – w tym za empatię i wycucie taktu podczas przekazywania trudnych diagnoz. Przyczyna jest prozaiczna: model językowy nie odczuwa wypalenia zawodowego po trudnym, 24-godzinnym dyżurze i zawsze dysponuje perfekcyjnie ustrukturyzowanym, cierpliwym

komunikatem. Niemniej, jak pokazują analizy socjomedyczne, fizyczny gest i bycie ludzkim oparciem pozostają terapeutycznym absolutem, którego pacjenci kategorycznie wymagają od medyków.

Istnieją dwa potężne zagrożenia związane z wdrażaniem tej technologii, przed którymi środowisko medyczne musi się obronić.

1. Halucynacje algorytmiczne. Modele potrafią z ogromną pewnością siebie zmyślać literaturę medyczną, podawać błędne dawki leków i generować fikcyjne rekomendacje.
2. Utrata biegłości poznawczej (Cognitive Deskilling). Eksperti obawiają się, że studenci medycyny i młodzi rezydenci, polegając zbytnio na systemach, nie wykształcą niezbędnej „intuicji klinicznej”. Grozi to wykreowaniem pokolenia „lekarzy-techników”, bezradnych w obliczu rzadkich chorób czy awarii systemów informatycznych.

Kto zapłaci za błąd AI?

Przełom technologiczny wymusił rewolucję, ale dla ordynatorów i dyrekcji szpitali nadchodzące lata oznaczają twarde zderzenie z rzeczywistością. Choć w teorii unijne przepisy próbują regulować rynek sztucznej inteligencji, w praktyce diagnostyki klinicznej szpitale zostają z problemem same.

Twórcy oprogramowania medycznego doskonale się zabezpieczają, klasyfikując swoje algorytmy wyłącznie jako „systemy wspomaganie decyzji klinicznej”. Co to oznacza przy łóżku pacjenta? Jeśli algorytm popełni błąd, przeoczy zmianę nowotworową lub wyhalucynuje wynik, a lekarz oprze na nim swoją diagnozę, ciężar odpowiedzialności prawnej spada na szpital i medyka. Koncerny technologiczne zdejmują z siebie ryzyko, zastaniając się wymogiem tzw. nadzoru ludzkiego (human-in-the-loop) – w świetle prawa to nie maszyna leczy, lecz człowiek, który złożył ostateczny podpis pod diagnozą.

Szpital zapłaci za błąd algorytmu, ponieważ formalnie to lekarz popełnił błąd w sztuce, ufając maszynie.

Nowelizacja KEL: nowy Artykuł 12 znowelizowanego Kodeksu Etyki Lekarskiej daje lekarzom „podkładkę” do stosowania AI w diagnostyce. Wymaga to jednak transparentności – pacjent musi wiedzieć o wsparciu maszyny i wyrazić na to świadomą zgodę, a ostateczna decyzja wciąż należy wyłącznie do lekarza.

Świętokrzyskie na froncie innowacji

Aby zobaczyć te zmiany w praktyce, nie trzeba patrzeć za ocean. Województwo świętokrzyskie staje się poligonem doświadczalnym dzięki wdrożeniu programu InPlaMed-II (o budżecie przekraczającym 128,5 mln zł). Zmiany do 2028 roku obejmą 23 lokalne jednostki zdrowotne.

- Parrot AI. Inteligentny asystent lekarza opracowany przy współudziale kieleckiej Politechniki Świętokrzyskiej automatyzuje tworzenie transkrypcji z niezwykłą dokładnością (błąd WER zaledwie 10,93%), co

zdejmuje z lekarza ciężar sporządzenia notatek na klawiaturze.

- Chirurgia z wsparciem Rozszerzonej Rzeczywistości (AR). W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach przeprowadza się zabiegi protezoplastyki, gdzie chirurg korzysta z gogli AR. Algorytm weryfikuje precyzję cięć w nanometrycznych odległościach, zapobiegając błędom.
- Cyfryzacja onkologii. Świętokrzyskie Centrum Onkologii (ŚCO) inwestuje ponad 11 mln zł w precyzyjne moduły diagnostyki nuklearnej SPECT/CT wspomaganie kwantyfikacją cyfrową, co pozwoli szybciej i bezpieczniej lokalizować zrakowacię komórki.

Wnioski dla środowiska medycznego są jasne. Lekarz nigdy w historii nie przegra na arenie klinicznej z autonomicznym komputerem z chmury. Prawo, etyka i empatia wymagają obecności człowieka. Jednak każdy medyk musi pogodzić się z nową rzeczywistością: nie zastąpi Państwa sztuczna inteligencja, ale może zastąpić inny lekarz, który będzie potrafił tę technologię okiełznać i wykorzystać.

Dorota Pacholec

KOMUNIKAT

Zmiana zasad wysyłki „Eskulapa Świętokrzyskiego”

Informujemy, że zgodnie z uchwałą XLV Sprawozdawczo-Wyborczego OZL, od 1 stycznia 2027 r. wprowadzona zostanie nowa forma dystrybucji biuletynu.

Wersja papierowa: wysyłana automatycznie tylko do lekarzy seniorów 70+.

Wersja cyfrowa: podstawowa forma dla pozostałych członków ŚIL.

Osoby poniżej 70. roku życia, które chcą nadal otrzymywać wydanie drukowane, proszone są o zgłoszenie tego wyboru poprzez platformę e-Izba. Po zalogowaniu należy zaznaczyć odpowiednią opcję w swoim profilu.

Prosimy o dokonanie zmian na platformie przed końcem 2026 roku.

Wiosenny nabór na specjalizacje lekarskie w naszym województwie zakończony

Województwo świętokrzyskie wzmocni kadry medyczne dzięki zakończeniu wiosennego naboru na specjalizacje, w którym zakwalifikowano 76 lekarzy, w tym 52 przyszłych rezydentów. Jak podkreślała Angelina Kosiek, rzeczniczka Świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzkiego, jest to cykl uzupełniający względem głównego naboru jesienno, jednak pozwoli on nowej grupie medyków zdobyć niezbędne doświadczenie w regionalnych placówkach. Największy wyścig o miejsca odnotowano w obszarze radiologii i diagnostyki obrazowej, gdzie o trzy etaty starało się aż dziewięciu chętnych, a także w kardiologii i neurologii, gdzie liczba kandydatów znacznie przewyższała dostępną pulę. Choć medycyna rodzinna oraz anestezjologia i intensywne terapie cieszyły się pełnym obłożeniem, statystyki obnażają również braki w zainteresowaniu niektórymi dziedzinami. Niepokój budzi fakt, że do tegorocznego naboru na geriatrię, neonatologię czy chirurgię dziecięcą nie zgłosił się ani jeden lekarz, a onkologia kliniczna, medycyna ratunkowa i chirurgia ogólna przyciągnęły jedynie nielicznych kandydatów.

Nowoczesna sala badań klinicznych w ŚCO

Świętokrzyskie Centrum Onkologii (ŚCO) otworzyło nowoczesną salę badań klinicznych, która dzięki dofinansowaniu z Krajowego Planu Odbudowy oraz wsparciu samorządu województwa staje się nowym centrum wdrażania innowacyjnych metod leczenia. Inwestycja o wartości blisko sześciu milionów złotych pozwoliła na zakup najwyższej klasy sprzętu, w tym zaawansowanego aparatu USG i foteli zintegrowanych z systemem szpitalnym, co znacząco podnosi komfort pacjentów, eliminując konieczność przemieszczania się między oddziałami. Jak podkreśla dyrektor placówki, prof. Stanisław Góźdź, nowa przestrzeń to dla chorych przede wszystkim szansa na dostęp do najnowocześniejszych terapii, które nie są jeszcze powszechnie dostępne. Nowa sala może przyjąć jednocześnie osiem osób, a docelowo ma obsługiwać ponad stu pacjentów objętych programami badawczymi. Oprócz fizycznej modernizacji wprowadzono zaawansowane systemy informatyczne umożliwiające wizyty zdalne, co odciąża pacjentów w trakcie długotrwałego procesu leczenia. Marszałek Renata Janik zaznacza, że to kolejny krok w podnoszeniu jakości świadczeń medycznych w regionie, zapewniający chorym opiekę na najwyższym światowym poziomie.

Program lekowy AMD w Ostrowcu Świętokrzyskim

Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim intensyfikuje pomoc dla pacjentów zmagających się

z wysiękową postacią zwyrodnienia plamki żółtej (AMD). Oddział Okulistyczny prowadzi program lekowy finansowany przez NFZ, który zapewnia chorym dostęp do nowoczesnych iniekcji dożłokowych preparatami anty-VEGF, takimi jak Eylea, Beovu, Vabysmo czy Ximluci. Terapia ta jest procesem długofalowym, opartym na regularnych kontrolach i podawaniu leków bezpośrednio do oka, co ma na celu zahamowanie destrukcyjnego postępu choroby oraz realną poprawę komfortu widzenia. O skuteczności i zapotrzebowaniu na tę formę leczenia świadczą liczby: o ile w 2025 roku z programu korzystało około 120 osób, o tyle w kwietniu 2026 roku pod opieką specjalistów znajduje się już 145 pacjentów. Osoby zainteresowane dołączeniem do terapii powinny zgłosić się ze skierowaniem do Przyszpitalnej Poradni Okulistycznej, gdzie na podstawie profesjonalnego badania lekarz dokonuje kwalifikacji do bezpłatnego leczenia.

Nowe standardy w opiece okołoporodowej

Ministerstwo Zdrowia wprowadziło zmiany w standardach opieki okołoporodowej, których celem jest ujednoczenie jakości leczenia w całym kraju oraz poprawa dobrostanu matek i noworodków. Jednym z najważniejszych założeń nowych przepisów jest zwiększenie dostępności do znieczuleń, ze szczególnym uwzględnieniem znieczulenia zewnątrzoponowego, uznawanego za „złoty standard” w łagodzeniu bólu porodowego. Dr Magdalena Szczukocka ze Szpitala Kieleckiego podkreśla, że placówki dążą do zapewnienia tej formy pomocy każdej rodzącej, stosując jednocześnie bezpieczne metody farmakologiczne i niefarmakologiczne. Nowe wytyczne gwarantują również kobietom profesjonalne wsparcie psychologa oraz pomoc położnych, co przekłada się na realny komfort pacjentek, m.in. w zakresie nauki karmienia piersią czy pielęgnacji niemowlęcia. Istotną nowością jest także doprecyzowanie zasad kontaktu „skóra do skóry” – zgodnie z przepisami powinien on trwać nieprzerwanie co najmniej dwie godziny po narodzinach, o ile pozwalają na to warunki medyczne i wola matki.

Rozwój kieleckich szpitali w cieniu sporów o finansowanie z NFZ

Kieleckie placówki medyczne znajdują się w fazie intensywnego rozwoju infrastrukturalnego, co jednak idzie w parze z narastającą niepewnością finansową, o czym dyskutowano podczas obrad Komisji Zdrowia Rady Powiatu w Kielcach. Skala działalności ambulatoryjnej jest ogromna – w ciągu roku Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka udzieliło 26 tysięcy porad, a poradnie szpitala w Chmielniku obsłużyły 31 tysięcy pacjentów. Równolegle z rosnącym obciążeniem personelu postępuje modernizacja sprzętowa; placówki wzbogaciły się lub planują zakup m.in. laparoskopów 3D, tomografów

komputerowych oraz nowoczesnych waniń porodowych, co ma radykalnie skrócić ścieżkę diagnostyczną. Mimo tych sukcesów dyrektorzy jednostek alarmują w kwestii nierozliczonych nadwykonań, które szczególnie dotyczą Powiatowe Centrum Usług Medycznych (PCUM) przy ulicy Żelaznej. Niepokój budzą również nowe zasady NFZ, które zdaniem zarządzających faworyzują pozyskiwanie nowych pacjentów kosztem stabilnej opieki nad osobami już leczonymi. Wicestarosta Tomasz Dulny zapowiedział, że rok 2027 będzie czasem kluczowych inwestycji w PCUM, obejmujących remonty i zakup nowoczesnej aparatury RTG, przy jednoczesnym nacisku na zacieśnianie współpracy między placówkami, by stworzyć bardziej spójny system opieki dla mieszkańców regionu.



„Lex Szarlatan”

12 maja Rada Ministrów przyjęła projekt nowelizacji ustawy o prawach pacjenta, znany jako „Lex Szarlatan”, który ma na celu radykalne ukrócenie procedury oferowania niesprawdzonych metod leczenia oraz eliminację z przestrzeni publicznej osób podszywających się pod specjalistów. Nowe regulacje znacząco poszerzają kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta, umożliwiając mu nie tylko kontrolowanie podmiotów niezarejestrowanych w systemie ochrony zdrowia, ale także wydawanie publicznych ostrzeżeń przed praktykami zagrażającymi życiu. Kluczowym narzędziem stały się tzw. decyzje tymczasowe, które pozwalają na natychmiastowe wstrzymanie szkodliwych działań jeszcze przed zakończeniem formalnego postępowania. Aby nowelizacja stała się realnym straszakiem na oszustów, ustawodawca zdecydował o dwukrotnym podniesieniu kar finansowych – maksymalna grzywna za naruszenie zbiorowych praw pacjentów wyniesie teraz 1 mln zł, natomiast sankcja za utrudnianie pracy Rzecznikowi wzrośnie do 100 tys. zł. Zmiany te mają bezpośrednio chronić chorych przed manipulacjami i zniechęcaniem do leczenia opartego na aktualnej wiedzy medycznej. **Projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta po zeskanowaniu kodu QR:**



OZZL ostrzega przed „dziką prywatyzacją” ochrony zdrowia

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy (OZZL) alarmuje, że polska publiczna ochrona zdrowia znajduje się w fazie głębokiej erozji, która nieuchronnie prowadzi do niekontrolowanej prywatyzacji systemu. Głównym powodem kryzysu jest gigantyczny deficyt Narodowego Funduszu Zdrowia, który w 2026 roku ma sięgnąć 23 mld zł, przy jednoczesnym objęciu sektora tzw. stabilizującą regułą wydatkową, uniemożliwiającą doraźne dotowanie medycyny z budżetu państwa. Grażyna Cebula-Kubat,

przewodnicząca OZZL, zwraca uwagę, że próby ratowania finansów poprzez limitowanie badań diagnostycznych, takich jak rezonans czy endoskopia, uderzają bezpośrednio w bezpieczeństwo pacjentów i zmuszają lekarzy do pracy w warunkach wysokiego ryzyka klinicznego. Wydłużające się kolejki oraz brak realnego dostępu do diagnostyki sprawiają, że pacjenci są masowo wypychani do sektora prywatnego, co tworzy system dwuklasowy i łamie zasadę równego dostępu do leczenia. Związek podkreśla, że bez natychmiastowego wypracowania wieloletniej strategii państwa i jasnego określenia koszyka świadczeń gwarantowanych, publiczna służba zdrowia przestanie pełnić swoją funkcję, ustępując miejsca komercyjnym usługom poza kontrolą społeczną.



Waloryzacja płac w ochronie zdrowia

Zgodnie z ustawą o najniższym wynagrodzeniu zasadniczym, od 1 lipca 2026 roku pracownicy sektora medycznego otrzymają podwyżki wynikające z corocznej waloryzacji opartej na wzroście płac w gospodarce. Mimo wcześniejszych propozycji Ministerstwa Zdrowia, by przesunąć termin zmian na styczeń 2027 roku, ostatecznie utrzymano dotychczasowy harmonogram, a wskaźnik wzrostu wyniesie 8,82 proc. Na mocy nowych przepisów lekarze i dentyści ze specjalizacją będą zarabiać co najmniej 12 910,16 zł brutto, natomiast lekarze stażyści mogą liczyć na minimum 8458,38 zł. W grupie zawodowej obejmującej farmaceutów, fizjoterapeutów, diagnostów oraz pielęgniarki z tytułem magistra i specjalizacją, najniższe wynagrodzenie zasadnicze wzrośnie do poziomu 11 485,59 zł. Pielęgniarki i położne z licencjatem lub specjalizacją otrzymają pensje w przedziale od 8369 zł do 9081 zł, a opiekunowie medycyjni około 7657 zł. Należy podkreślić, że wskazane kwoty stanowią jedynie podstawę wynagrodzenia, która nie uwzględnia dodatków za staż pracy, dyżury nocne czy pracę w dni świąteczne.



Szkolenie dla OROZ i OSŁ w Kielcach

8 maja 2026 r. w siedzibie Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w Kielcach miało miejsce szkolenie pt. „Medotyka prowadzenia postępowań w sprawach medycznych” dla Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego Zastępców oraz Przewodniczącego Okręgowego Sądu Lekarskiego i członków Okręgowego Sądu Lekarskiego tejże Izby. W szkoleniu brało udział 36 osób. Tematyka szkolenia miała za zadanie przygotować OROZ ŚIL w Kielcach i jego Zastępców oraz Przewodniczącego i członków OSŁ ŚIL w Kielcach do merytorycznego rozpoznawania spraw w postępowaniach dyscyplinarnych. Poruszone zostały



następujące kwestie: prawne ramy wszczęcia postępowania wyjaśniającego, wyłączenie OROZ, terminy w postępowaniu przed OROZ i OSL, dowody w postępowaniu przed OROZ, wyłączenie sędziego OSL, uprawnienia stron postępowania, w szczególności prawo do obrony i uprawnienia pełnomocników stron, charakterystyka sporządzania wniosku o ukaranie, kontrola formalna wniosku o ukaranie przez OSL, przewód sądowy, w szczególności praktyka sali rozpraw, dowody w postępowaniu przed OSL, mediacja, wyrok i jego uzasadnienie, kontrola instancyjna i Kasacja do SN, w szczególności przymus adwokacki.



Globalny stan zdrowia 2026

Według najnowszego raportu „World Health Statistics 2026”, opublikowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), globalne postępy w ochronie zdrowia są poważnie zagrożone, a świat nie jest obecnie na drodze do osiągnięcia żadnego z Celów Zrównoważonego Rozwoju do

2030 roku. Choć ostatnia dekada przyniosła spektakularne sukcesy, takie jak spadek liczby nowych zakażeń HIV o 40% oraz poprawę dostępu do czystej wody i warunków sanitarnych dla ponad miliarda ludzi, ogólne tempo pozytywnych zmian drastycznie spowolniło, a w niektórych obszarach wręcz się cofnęło. Podczas gdy region afrykański wykazał imponującą dynamikę w zwalczaniu gruźlicy i HIV, globalna zachorowalność na malarię wzrosła o 8,5%, a anemia wciąż dotyka co trzecią kobietę w wieku rozrodczym, nie wykazując tendencji spadkowej. Sytuację pogarsza stagnacja w dążeniu do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (UHC) – alarmujące jest, że aż 1,6 miliarda ludzi żyje w ubóstwie wywołanym bezpośrednimi kosztami leczenia. Bilans ostatnich lat jest dodatkowo obciążony dziedzictwem pandemii COVID-19, która przyczyniła się do ponad 22 milionów dodatkowych zgonów i zniweczyła dekadę wzrostu średniej długości życia. Dyrektor Generalny WHO, dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, podkreśla, że kluczem do odwrócenia tych negatywnych trendów są pilne inwestycje w sprawiedliwe systemy opieki oraz naprawa krytycznych luk w raportowaniu danych medycznych, gdyż obecnie jedynie co trzeci zgon na świecie jest zgłaszany z precyzyjnym określeniem jego przyczyny.



Raport do pobrania:



Raport o statystykach zdrowia na świecie to coroczne zestawienie wskaźników zdrowotnych i związanych ze zdrowiem, publikowane przez Światową Organizację Zdrowia od 2005 r. Wydanie z 2026 roku konsoliduje dane dotyczące wskaźników zdrowotnych z Celów Zrównoważonego Rozwoju. Ocenia postępy w realizacji globalnie uzgodnionych celów, opisuje kluczowe wyzwania na nadchodzące lata oraz zawiera przegląd globalnych zagadnień zdrowotnych, takich jak oczekiwana długość życia w zdrowiu i przedwczesna umieralność, cele „Trzy miliardy” oraz nierówności w dostępie do szczepień.

XIV SYMPOZJUM SZKOLENIOWO-NAUKOWE KARDIOLOGIA DLA LEKARZA PRAKTYKA – CO NOWEGO W ROKU 2026?

Kurozwęki, 3 października 2026, godz. 9.00–15.00

Jak co roku zapraszamy do Kurozwęk, na symposium dydaktyczno-naukowe, w czasie którego przedstawimy wiedzę praktyczną, najnowsze wytyczne europejskie 2026 jak: rehabilitacja kardiologiczna, schorzenia sercowo-naczyniowe a przewlekłe choroby nerek, niewydolność serca, 5-ta uniwersalna definicja zawału mięśnia serca. Przedstawimy nowości i doniesienia, porozmawiamy o trudnościach terapii, przedstawimy kontrowersje, odpowiemy na Państwa pytania. Zarezerwujcie termin 3 października 2026 roku! Do zobaczenia w Kurozwękach!

**Zespół I Kliniki Kardiologii i Elektroterapii, WSzZ
Kielecki Oddział Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego,
Świętokrzyska Izba Lekarska**



PROGRAM

9.00–9.10 Powitanie uczestników

9.10–11.15 Nowe wytyczne europejskie 2026 już w polskiej „odślonie”

- 9.10 - 9.35 Niewydolność serca, co nowego w wytycznych polskich i europejskich?
- 9.35 – 10.00 Schorzenia sercowo-naczyniowe a przewlekła choroba nerek
- 10.00 – 10.25 5-ta uniwersalna definicja zawału mięśnia serca
- 10.25 – 10.50 Rehabilitacja kardiologiczna
- 10.50 – 11.15 Otyłość a schorzenia sercowo-naczyniowe

11.15–11.45 Przerwa

11.45–12.55 Codzienna praktyka kliniczna, najczęstsze wyzwania

- 11.45 - 12.15 Terapia hipotensyjna i hipolipemizująca 2026 – wytyczne ESC/PTNT pod lupą
- 12.15 - 12.35 Farmakoterapia antyarytmiczna 2026 praktyczne kompendium

12.35–12.55 Migotanie przedsionków w niewydolności serca – komu trzeba zrobić ablację, a komu nie?

12.55–13.30 Sesja pytań i odpowiedzi

**Program XI Świętokrzyskich
Dni Hipertensjologicznych 28 listopada 2026
GRAND HOTEL Kielce
ul. Henryka Sienkiewicza 78**



- Warsztaty echokardiograficzne: Badanie echokardiograficzne u pacjenta z nadciśnieniem tętniczym? Co powinno znaleźć się w opisie badania? Jak prawidłowo przeprowadzić diagnostykę przerostu lewej komory? Przerost fizjologiczny i w nadciśnieniu tętniczym vs. kardiomiopatia i amyloidoza serca.
- Nadciśnienie tętnicze wieku rozwojowego i młodych dorosłych – z perspektywy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
- Nadciśnienie tętnicze u pacjentki w ciąży i w połogu, co najtrudniejsze w terapii?
- Nadciśnienie tętnicze i uszkodzenie serca u chorego z zespołem sercowo-nerkowo-metabolicznym.
- Kardiomiopatia przerostowa z zawężaniem drogi odpływu (oHCM). Epidemiologia, patofizjologia i obraz kliniczny oHCM.
- Kardiomiopatia amyloidowa transtyretynowa (ATTR-CM). Obraz kliniczny, objawy wskaźnikowe („red flags”). Różnicowanie amyloidozy AL. vs. ATTR
- Kwalifikacja do programu leczniczego: oHCM i ATTR-CM. Kluczowe badania: scyntygrafia i echokardiografia.

PRZEGLĄD ZMIAN W PRAWIE MEDYCZNYM

Prawny kompas

Początek 2026 roku przyniósł szereg istotnych nowelizacji przepisów, które bezpośrednio wpływają na codzienną pracę placówek ochrony zdrowia. W najnowszym zestawieniu legislacyjnym podsumowujemy najważniejsze rozporządzenia – od modyfikacji w ratownictwie medycznym i medycynie pracy, przez nowe świadczenia w lecznictwie szpitalnym, aż po zmiany w opiece nad uchodźcami.

Ratownictwo Medyczne i Dyspozytornie

W obszarze ratownictwa medycznego wprowadzono odświeżone zasady dotyczące wizualizacji i administracji.

- **Oznakowanie zespołów:** 27 lutego 2026 r. weszła w życie zmiana dotycząca umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego. W oznakowaniu zespołów zastąpiono wyraz „czerwonego” wyrazem „niebieskiego”.
- **Organizacja dyspozytorni:** wprowadzono stanowiska administratora wojewódzkiego Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (z możliwością organizacji stanowiska poza dyspozytornią, jeśli warunki techniczne na to nie pozwalają) oraz pracownika administracyjnego do obsługi administracyjno-biurowej.

Nowości w Opiece Kardiologicznej

Rozwój Krajowej Sieci Kardiologicznej pociągnął za sobą konieczność doprecyzowania zasad sprawozdawczości i oceny jakości.

- **Wskaźniki jakości:** rozporządzenie z 2 lutego 2026 r. określiło wskaźniki jakości opieki kardiologicznej, w tym ich wartości minimalne

i docelowe, a także mierniki oraz sposoby ich obliczania.

- **Zakres wprowadzanych danych:** w marcu doprecyzowano szczegółowy zakres danych, które ośrodki kardiologiczne muszą wprowadzać do systemu Krajowej Sieci Kardiologicznej, a także terminy ich przekazywania.

Lecznictwo Szpitalne i Leki Doraźne

Ważne zmiany czekają szpitale w zakresie poszerzenia koszyka świadczeń gwarantowanych oraz zarządzania lekami ratującymi życie.

- **Nowe świadczenia gwarantowane:** od 1 maja 2026 r. do świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego dołączają *endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa* oraz *przezodbytnicza mikrochirurgia endoskopowa*. Rozporządzenie określa również warunki, po spełnieniu których świadczenia te będą realizowane.
- **Zestawy przeciwwstrząsowe:** wprowadzono nowy wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego i ratującego życie. Uchyłono dotychczasowy załącznik dotyczący leków podawanych przez pielęgniarkę i położną. Co ważne, leki z dotychczasowych zestawów mogą być stosowane do



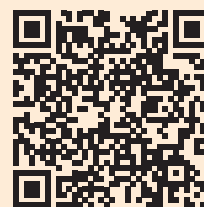
wyczerpania zapasów, chyba że wcześniej upłyne ich termin ważności.

Medycyna Pracy w nowej odświeżeniu

Lekarze medycyny pracy muszą przygotować się na zmiany w sposobie orzekania oraz modyfikacje w prowadzonej dokumentacji.

- **Badania i zalecenia:** orzeczenia będą wydawane po osobistym zbadaniu pacjenta, uwzględnieniu

WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH
WCHODZĄCYCH W SKŁAD
ZESTAWU PRZECIWWSTRZĄSOWEGO,
RATUJĄCEGO ŻYCIE



wyników badań dodatkowych i konsultacji oraz ocenie zagrożeń na stanowisku pracy. Wprowadzono również nowy obowiązek – lekarz musi wydać pacjentowi indywidualne zalecenia podjęcia działań prozdrowotnych, uwzględniające pozazawodowe aspekty zdrowotne.

- **Dokumentacja:** zmiany obejmują rodzaje i wzory dokumentacji medycznej prowadzonej przez służbę medycyny pracy.

Finansowanie Świadczeń i Zmiany Organizacyjne

Ministerstwo Zdrowia uregulowało również kwestie formalne związane z finansowaniem świadczeń, umowami z NFZ oraz opieką nad cudzoziemcami.

- **Opieka nad obywatelami Ukrainy.** Zmieniono zasady dotyczące oświadczeń o prawie do świadczeń – uchylono dotychczasowe wzory oświadczeń składanych m.in. przez obywateli Ukrainy objętych ochroną czasową. Uregulowano też tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej dla beneficjentów ochrony czasowej oraz cudzoziemców przetransportowanych w tym celu do Polski, a także zasady sporządzania kopii dokumentów uprawniających do tych świadczeń.
- **Konkursy ofert.** Zmodyfikowano przepisy o postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń (m.in. wymogi dotyczące wykształcenia członków komisji konkursowych i sposób publikacji ogłoszeń o rozstrzygnięciu). Do postępowań wszczętych wcześniej stosuje się przepisy dotychczasowe.
- **Inne zmiany.** Zmodyfikowano zakres i sposób rejestrowania informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców oraz określono

nowe sposoby naliczania opłat przewidzianych w ustawie o produktach biobójczych.

Ważne Teksty Jednolite

Warto odnotować, że ogłoszono teksty jednolite dla kluczowych aktów prawnych, w tym ustaw:

- o działalności leczniczej,
- o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Wydano także obwieszczenia z tekstami jednolitymi rozporządzeń dotyczących m.in. programu pilotażowego „Dobry posiłek w szpitalu”, standardów w anestezjologii i intensywnej

terapii, świadczeń opieki długoterminowej oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

MARIUSZ ŁABA
Radca Prawny

Radca prawny:
mgr Mariusz Łaba, udziela porad prawnych dla lekarzy w zakresie wykonywania zawodu lekarza pn.-wt. 13⁰⁰-16⁰⁰, śr. 12⁰⁰-16⁰⁰, pt. 14⁰⁰-16⁰⁰.

ZMIANY W PRAWIE MEDYCZNYM – WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH OMAWIANYCH W TEKŚCIE

Nowe i zmienione rozporządzenia Ministra Zdrowia:
<p>Produkty biobójcze: Rozporządzenie z 29 stycznia 2026 r. w sprawie opłat za czynności związane z dopuszczeniem produktu biobójczego do obrotu (Dz. U. z 2026 r., poz. 126).</p>
<p>Krajowa Sieć Kardiologiczna: Rozporządzenie z 2 lutego 2026 r. w sprawie wskaźników jakości opieki kardiologicznej (Dz. U. z 2026 r., poz. 134) oraz z 19 marca 2026 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych wprowadzanych do systemu KSK (Dz. U. z 2026 r., poz. 398).</p>
<p>Ratownictwo i Dyspozytornie: Rozporządzenia z 24 lutego 2026 r. zmieniające przepisy w sprawie oznaczenia systemu PRM i umundurowania (Dz. U. z 2026 r., poz. 227) oraz w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej (Dz. U. z 2026 r., poz. 231).</p>
<p>Cudzoziemcy i uchodźcy: Rozporządzenie z 26 lutego 2026 r. w sprawie wzorów oświadczeń o prawie do świadczeń (Dz. U. z 2026 r., poz. 251) oraz z 25 marca 2026 r. w sprawie finansowania świadczeń dla beneficjentów ochrony czasowej (Dz. U. z 2026 r., poz. 407).</p>
<p>Umowy z NFZ i konkursy: Rozporządzenia zmieniające ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń (Dz. U. z 2026 r., poz. 257), zakres informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców (Dz. U. z 2026 r., poz. 270) oraz sposób ogłaszania postępowań (Dz. U. z 2026 r., poz. 283).</p>
<p>Leki i leczenie szpitalne: Rozporządzenie z 24 marca 2026 r. w sprawie wykazu leków doraźnie dostarczanych i zestawów przeciwwstrząsowych (Dz. U. z 2026 r., poz. 429) oraz z 27 marca 2026 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2026 r., poz. 443).</p>
<p>Medycyna Pracy: Rozporządzenia z 20 marca 2026 r. w sprawie badań lekarskich pracowników (Dz. U. z 2026 r., poz. 458) oraz dokumentacji medycznej służby medycyny pracy (Dz. U. z 2026 r., poz. 459).</p>
Nowe Teksty Jednolite (Obwieszczenia)
<p>Ustawy: O działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r., poz. 156) oraz o refundacji leków i wyrobów medycznych (Dz. U. z 2026 r., poz. 253).</p>
<p>Rozporządzenia MZ w sprawie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programu „Dobry posiłek w szpitalu” (Dz. U. z 2026 r., poz. 214). • Standardów w anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2026 r., poz. 228). • Świadczeń w opiece długoterminowej (Dz. U. z 2026 r., poz. 250). • Kosztów niezależnych od parametrów (Dz. U. z 2026 r., poz. 375). • Opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2026 r., poz. 383). • Wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych (Dz. U. z 2026 r., poz. 466).

XXVII KONFERENCJA ASOCJACJI ECHOKARDIOGRAFII
POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO

Kielce stolicą kardiologii

W dniach 7-9 maja 2026 roku Kielce stały się miejscem wyjątkowego wydarzenia jakim jest coroczna Konferencja Asocjacji Echokardiografii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Konferencja echokardiograficzna realizując cele edukacyjne i naukowe, jest miejscem prezentacji wytycznych, prac oryginalnych i kazuistycznych, szkoleń i warsztatów, gromadząc bardzo dużą bo ok. 1,5 tysięczną rzeszę uczestników, prelegentów i wystawców.

Obok walorów naukowych i dydaktycznych konferencja służy integracji lekarzy, umożliwia wymianę doświadczeń, wskazuje najnowsze trendy w diagnostyce obrazowej serca i naczyń i jest najważniejszym wydarzeniem naukowo-szkoleniowym środowiska echokardiograficznego w kraju. Wybór Kielc na miejsce konferencji dowodzi silnej pozycji naukowej kardiologów kieleckich, a także dobrej infrastruktury i sprawności organizacyjnej Centrum Kongresowego Targów Kielce, które stały się miejscem tego wydarzenia. Prelegentami i prowadzącymi sesje byli wybitni polscy i zagraniczni kardiologowie i echokardiograficy, a wykłady, cieszące się ogromnym zainteresowaniem odbywały się równolegle na pięciu salach wykładowych.

Przewodniczącą Komitetu Organizacyjnego POLECHO 2026 była prof. Beata Woźakowska-Kapton, w skład

Komitetu wchodził: prof. Marianna Janion, Anna Polewczyk, Paweł Wątek, Janusz Sielski, dr Katarzyna Starzyk, Agnieszka Woronowicz-Chróściel, Radosław Bartkowiak, Paulina Krawczyk, Olaf Francik, Karol Garnuszek. Komitet Naukowy reprezentowali prof. Jarosław Kasprzak, Andrzej Gackowski, Tomasz Kukulski. Wydarzenie zyskało duże uznanie w oczach uczestników z całej Polski, stanowiąc również ważny element promocji regionu świętokrzyskiego. Warto przypomnieć, że w 1999 roku w Kielcach organizowana była pierwsza konferencja echokardiograficzna, do dzisiaj ciepło wspominana przez uczestników tego historycznego już wydarzenia. Historia zatoczyła koło i po 27 latach nasze miasto znowu przez 3 dni stało się najważniejszym punktem na echokardiograficznej mapie Polski.



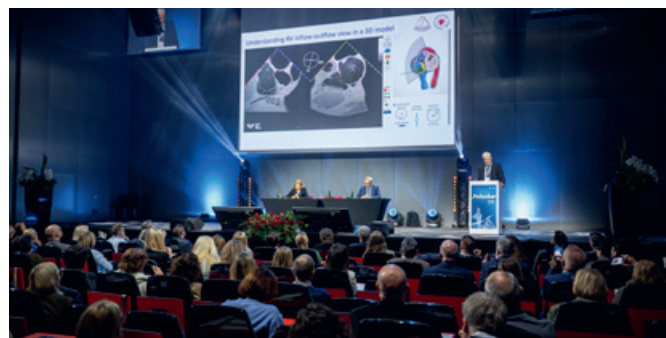
Wykładowcy i Komitet Organizacyjny Polecho 2026 przed Pałacem Biskupim w Kielcach



Prof. Victoria Delgado (Leiden University Medical Centre) przedstawia wykład nt. nowoczesnych metod przezcewnikowych naprawy zastawki mitralnej



Sala plenarna po brzegi wypełniona słuchaczami



Wykład prof. Andrzeja Gackowskiego (Kraków)



Sesja „Klubu 30”



Uczestnicy konferencji w przerwie obrad



Wykładowcy i prowadzący sesji Echo in percutaneous interventions



Warsztaty echokardiograficzne



Organizatorzy i wykładowcy po sesji kończącej Konferencję



Przerwa „na kawę”

SPRAWOZDANIE Z 27. KIELECKIEGO DNIA GASTROLOGICZNEGO

Wiedza, która zmienia praktykę

W dniu 28 marca 2026 r. odbyła się konferencja pod nazwą 27. Kielecki Dzień Gastrologiczny. W wydarzeniu uczestniczyło ponad 100 lekarzy różnych specjalności. Obrady prowadzili: dr n. med. Jacek Paluch, przewodniczący Zarządu Świętokrzyskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG-E), oraz dr hab. n. med. Tomasz Wollny, konsultant wojewódzki w dziedzinie gastroenterologii.

Czynniki środowiskowe a zapadalność na nieswoiste zapalenia jelit

Wykład na temat powiązań pomiędzy czynnikami środowiskowymi a nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit wygłosiła prof. dr hab. n. med. Małgorzata Zwolińska-Wcisło z Katedry Gastroenterologii i Hepatologii Collegium Medicum UJ. Obecnie obserwuje się wzrost zachorowań na te schorzenia. Wynika to z industrializacji, urbanizacji oraz „westernizacji” stylu życia w Europie Wschodniej, Azji i Ameryce Łacińskiej. Zmiana podstawy diety z roślinnej na produkty odzwierzęce (w szczególności na czerwone mięso), a także nadmiar wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, cukru rafinowanego, fruktozy, mąki wysokiego przemiału, żywności wysokoprzetworzonej oraz soli kuchennej, powodują zmianę mikrobioty jelitowej. Dochodzi do zaniku gatunków bakterii rozkładających błonnik do krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych (SCFA), takich jak *Prevotella* czy *Treponema spp.*, oraz do istotnego spadku liczby *Lactobacillus spp.*. Ponadto ksenobiotyki, czyli substancje pochodzące z zewnątrz (antybiotyki, pestycydy, dodatki do żywności), a także zanieczyszczenia powietrza, wody i ziemi wpływają destrukcyjnie na układ immunologiczny. W opozycji do tego stoi dieta śródziemnomorska – oparta na oliwie z oliwek (bogatej w polifenole),

nienasyconych kwasach tłuszczowych omega-3 (ryby, owoce morza), błonniku (warzywa, owoce) oraz białym mięsie. Taki model żywienia wywiera korzystny wpływ na mikrobiotę, poprawia integralność bariery jelitowej i może łagodzić przebieg nieswoistych chorób zapalnych jelit.

Postępowanie z pacjentem z podejrzeniem nieswoistej choroby zapalnej jelit

Dr n. med. Magdalena Kaniewska z Kliniki Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych PIM MSWiA w Warszawie przedstawiła aktualne wytyczne dotyczące rozpoznawania choroby Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Diagnostyka opiera się na analizie objawów klinicznych, badaniach laboratoryjnych, endoskopii z oceną histologiczną oraz badaniach obrazowych. U pacjentów z podejrzeniem nieswoistych zapaleń jelit jako badania pierwszego rzutu zaleca się wykonanie ileokolonoskopii z pobraniem wycinków, a także ultrasonografii jelit, enterografii rezonansu magnetycznego lub obu tych metod łącznie. W badaniach biochemicznych kluczowe znaczenie mają stężenie białka C-reaktywnego (CRP) oraz aktywność kalprotektyny w kale. Dodatkowo u osób ze świeżo rozpoznaną chorobą Leśniowskiego-Crohna należy wykonać endoskopię górnego odcinka przewodu pokarmowego,

a w przypadku obecności przetoki okołoodbytovej – ileokolonoskopię oraz badania obrazowe jelita cienkiego.

W łagodnym i umiarkowanym wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego rekomenduje się stosowanie doustnej mesalazyny w dawce 4 g/dobę (w pojedynczej dawce) przez co najmniej pół roku, co zmniejsza ryzyko nawrotu 2,5-krotnie. Minimalna stała dawka podtrzymująca w fazie remisji wynosi 2 g/dobę. W przypadku zmian zlokalizowanych dystalnie (tylko w odbytnicy) zaleca się podawanie mesalazyny w czopkach (1 g) lub we wlewkach (1–4 g). W okresie remisji należy badać poziom kalprotektyny w kale co pół roku, gdyż jest to bardzo czuły parametr aktywności zapalnej. Jeżeli leczenie mesalazyną nie przynosi remisji, wdraża się glikokortykosteroidy działające miejscowo (budezonid) lub ogólnoustrojowo (prednizon, metyloprednizon), dobierając lek w zależności od nasilenia objawów. Prednizon podaje się doustnie w dawce 0,8 mg/kg m.c. przez 5–6 tygodni, a następnie stopniowo (przez kolejne 6 tygodni) redukuje się dawkę o 5 mg co 5–7 dni, aż do całkowitego odstawienia. Po uzyskaniu remisji posterydowej zalecane jest podtrzymujące leczenie immunosupresyjne z zastosowaniem azatiopryny lub 6-merkaptopuryny. Przy nietolerancji tiopuryn alternatywą jest metotreksat. Jeśli u pacjenta utrzymuje się remisja, kontrolne badanie endoskopowe z pobraniem wycinków należy wykonać po 6–12 miesiącach. Według aktualnej wiedzy ultrasonografia jelit pozwala na lepszą ocenę gojenia ściany jelita i trafniejsze prognozowanie dalszego przebiegu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego niż sama ocena endoskopowa.

Cholestaza – wspólny problem pediatry, lekarza rodzinnego i gastroenterologa

Prof. dr hab. n. med. Irena Jankowska z Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” przybliżyła problematykę cholestazy u dzieci. Wśród objawów alarmowych wyróżnia się: żółtaczkę utrzymującą się powyżej 2 tygodni, odbarwione stolce, ciemny mocz, a także powiększenie wątroby i/lub śledziony, którym mogą towarzyszyć wymioty, zaburzenia świadomości, objawy neurologiczne i zaburzenia krzepnięcia. Wrodzona atrezja dróg żółciowych, będąca jedną z przyczyn cholestazy, wymaga szybkiej diagnostyki oraz pilnego leczenia operacyjnego (zabieg hepatoportoenterostomii), najlepiej przeprowadzonego do 6.–8. tygodnia życia. W późniejszym okresie schorzenie to może stanowić wskazanie do transplantacji wątroby. Inną przyczyną żółtaczki cholestatycznej u niemowląt są torbiele dróg żółciowych, które leczy się chirurgicznie poprzez resekcję, niekiedy połączoną z rekonstrukcją dróg żółciowych. Mogą one jednak przebiegać bezobjawowo przez wiele lat i zostać zdiagnozowane dopiero u dorosłych. Nieleczone torbiele prowadzą do zapaleń dróg żółciowych, kamicy i marskości wątroby, a ponadto zwiększają ryzyko wystąpienia raka dróg żółciowych (*cholangiocarcinoma*). Operacyjnego leczenia wymaga również dziecięca kamica żółciowa.

Najczęstszą uwarunkowaną genetycznie chorobą wątroby przebiegającą z cholestazą jest niedobór alfa-1-antytrypsyny (białka chroniącego m.in. płuca przed uszkodzeniami enzymatycznymi). Schorzenie to wynika z produkcji zmutowanego białka, które zalega w hepatocytach, prowadząc do ich destrukcji. W przypadku postępującego pogorszenia funkcji wątroby rozważa się jej przeszczepienie. Należy na nowe opcje terapeutyczne



daje fazirsiran – lek oparty na mechanizmie małego interferującego RNA (siRNA), który wycisza nieprawidłowy gen SERPINA 1 w wątrobie, hamując w ten sposób produkcję zmutowanej alfa-1-antytrypsyny.

Z kolei stwardniające zapalenie dróg żółciowych (dwukrotnie częstsze u mężczyzn) często współistnieje z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Choroba nierzadko ma skąpoobjawowy przebieg, charakteryzujący się przewlekłym świądem, szybkim męczeniem się oraz podwyższoną aktywnością GGT i fosfatazy zasadowej. Wystąpienie żółtaczki, gorączki i dolegliwości bólowych świadczy o znacznym zaawansowaniu procesu chorobowego. Złotym standardem diagnostycznym pozostaje cholangiopankreatografia rezonansu magnetycznego (MRCP). Zastosowanie kwasu ursodeoksycholowego poprawia parametry biochemiczne pacjentów, choć nie wpływa istotnie na wydłużenie ich życia. U około 10% chorych rozwija się *cholangiocarcinoma*. Należy pamiętać, że pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych zwiększa ryzyko wystąpienia raka jelita grubego u pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit, dlatego zaleca się u nich profilaktyczne wykonywanie kolonoskopii co 1–2 lata.

Czerwone flagi i fałszywe tropy – czy za krwistą biegunką stoi zawsze nieswoista choroba zapalna jelit?

Dr n. med. Przemysław Znamirski, specjalista chirurgii ogólnej i gastroenterolog, omówił diagnostykę na przykładzie 8 pacjentów zgłaszających się z krwistą biegunką. Prelegent uwytkłił ogromne znaczenie precyzyjnie zebranego wywiadu lekarskiego. Z danych wynika, że za 55% przypadków krwistych biegunek odpowiadają czynniki infekcyjne (bakterie, wirusy, pasożyty). Nieswoiste choroby zapalne jelit stanowią około 20% rozpoznań, niedokrwienne zapalenie jelit – 12%, nowotwory – 8%, a przyczyny polekowe, popromienne i inne odpowiadają za pozostałe 7% przypadków. Wykładowca stanowczo przypomniał o konieczności rutynowego przeprowadzania przez każdego lekarza badania *per rectum*.

W różnicowaniu krwistej biegunki istotne jest uwzględnienie zakażeń wywołanych przez zjadliwe szczepy *Escherichia coli* produkujące silne cytotoksyny, w tym szczepy wytwarzające toksynę Shiga (STEC – *Shiga Toxinogenic E. coli*) oraz werotoksynę (VTEC – *Verotoxin-producing E. coli*). Szczepy STEC klasyfikuje się ze względu na obecność antygenów somatycznych

(O) i wiciowych (H), dzieląc je na serogrupy (O) lub serotypy (O:H). Za szczególnie poważne powikłania odpowiada serotyp O157:H7. Do najczęstszych manifestacji zakażenia bakteriami STEC należy ostre zatrucie pokarmowe przebiegające z biegunką (nierzadko krwistą), bólem brzucha, nudnościami, wymiotami i gorączką. Chociaż w większości przypadków infekcja ma charakter łagodny i samoistnie ustępuje po kilku dniach, u pacjentów z grup ryzyka (małe dzieci, osoby starsze, pacjenci z obniżoną odpornością) może dojść do rozwoju zespołu hemolityczno-mocznicowego (HUS – *Hemolytic-Uremic Syndrome*). To rzadkie, lecz potencjalnie śmiertelne powikłanie charakteryzuje się występowaniem małopłytkowości, niewydolności nerek oraz niedokrwistości hemolitycznej. Pewne rozpoznanie jest możliwe dzięki analizie obejmującej wywiad chorobowy, badania laboratoryjne, posiewy kału, testy antygenowe, badania serologiczne, a także obrazowanie endoskopowe wraz z badaniem histopatologicznym.

Jakie pułapki czyhają na lekarza w procesie diagnostyczno-terapeutycznym choroby refluksowej?

Odpowiedzi na to pytanie udzieliła dr n. med. Maria Janiak z Katedry i Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Choć choroba refluksowa uchodzi za stosunkowo „prostą”, to w praktyce klinicznej kryje wiele pułapek. U połowy pacjentów skarżących się na zgagę w rzeczywistości występuje tzw. nadwrażliwy przełyk. Zbyt szybko włączamy leki z grupy IPP, zadowolając się doraźnym efektem, a nie weryfikujemy dokładnego fenotypu choroby. Empiryczna próba zastosowania IPP jako dowodu na obecność choroby refluksowej cechuje się wprawdzie wysoką czułością, ale niską swoistością – poprawa może nastąpić również



w przebiegu dyspepsji czynnościowej, nadwrażliwości przełyku lub stanowić jedynie efekt placebo.

Kolejną pułapką bywa nieprawidłowa interpretacja wyników gastroscopii, np. nadinterpretacja minimalnych zmian śluzówki (klasyfikacja Los Angeles – stopień A) lub ignorowanie nie nadżerkowej postaci choroby (NERD). Należy pamiętać, że prawidłowy obraz endoskopowy bez pobrania wycinków nie wyklucza stanu zapalnego. Bez biopsji łatwo przeoczyć eozynoflowe zapalenie przełyku, infekcje u pacjentów poddanych immunosupresji czy też uszkodzenia polekowe. Badanie histopatologiczne jest w tym kontekście niezbędne. Brak skuteczności terapii IPP może z kolei wynikać z błędnego przyjmowania leku (nie na czczo i bezpośrednio przed posiłkiem) bądź ze zbyt krótkiego czasu trwania leczenia. Częstym błędem jest również utrzymywanie zbyt długiej kuracji, bez prób redukcji dawki do najmniejszej skutecznej lub przejścia na kurację stosowaną na żądanie. Niewłaściwe jest opieranie się wyłącznie na supresji wydzielania kwasu – niekiedy korzystniejsze jest zastosowanie leków z grupy neuromodulatorów. Pod maską klasycznych objawów refluksowych mogą się ukrywać: NERD, refluks erozyjny, nadwrażliwy przełyk lub czynnościowe

pieczenie za mostkiem. Najczęstsze pomyłki diagnostyczne obejmują rozpoznanie GERD w sytuacjach, gdy dolegliwości wynikają z choroby wieńcowej, pierwotnych zaburzeń motoryki przełyku, gastroparezy czy patologii dróg żółciowych.

Badania czynnościowe przełyku – kiedy pogłębiać diagnostykę?

Dr n. med. Joanna Lesicka, gastroenterolog z ARS-MED GASTRO w Ostrowcu Świętokrzyskim, w przystępny sposób podzieliła się własnym, bogatym doświadczeniem w zakresie wykonywania i oceny badań czynnościowych przełyku. Złotym standardem w diagnostyce choroby refluksowej jest pH-impedancja, natomiast w różnicowaniu zaburzeń motoryki przełyku – manometria wysokiej rozdzielczości (HRM). Same objawy zgłaszane przez pacjentów (zwłaszcza pozaprzelykowe) nie dają wystarczających podstaw do pewnego rozpoznania GERD i wymagają obiektywizacji w badaniach czynnościowych. Nawet tak typowe symptomy jak zgaga czy regurgitacje tylko w 10% przypadków związane są z refluksiem kwaśnym, w 45% z refluksiem niekwaśnym, a w 45% pojawiają się bez związku z żarciem treści. Wśród objawów nietypowych (kaszel, odbijanie, chryпка) 2% koreluje

z refluksem kwaśnym, 23% z refluksem niekwaśnym, a aż 75% zgłaszanych dolegliwości jest niezwiązanych z refluksem.

Zgodnie z rekomendacjami PTG-E z 2022 roku wykonanie 24-godzinnej pH-impedancji lub klasycznej pH-metrii należy rozważyć u pacjentów z objawami nietypowymi, w przypadkach GERD opornego na leczenie farmakologiczne oraz u chorych kwalifikowanych do zabiegów antyrefluksowych. U chorych przed operacją antyrefluksową obowiązkowo należy wykonać również manometrię. U pacjentów zgłaszających ból w klatce piersiowej o niejasnej etiologii zaleca się natomiast przeprowadzenie gastrokopii uzupełnionej o powyższe badania czynnościowe.

Na podstawie konsensusu Lyon 2 przyjęto, że badanie endoskopowe stanowi podstawę do rozpoznania patologicznego refluku tylko w przypadku uwidocznienia zapalenia w stopniu B, C lub D wg klasyfikacji Los Angeles, a także stwierdzenia przełyku Barretta bądź zwężenia przełyku. Zmiany odpowiadające zapaleniu o typie A uznawane są w tym kontekście za niepewne. Istotna dla końcowej diagnozy jest ponadto ocena histopatologiczna bioptatów pobranych z przełyku. Prawidłowa i bezpieczna kwalifikacja chorego do zabiegu operacyjnego wymaga wykonania pełnego pakietu badań: gastrokopii z biopsją, pH-metrii lub pH-impedancji, manometrii wysokiej rozdzielczości, badania RTG przełyku z kontrastem oraz konsultacji z wykonaniem laryngoskopii.

Leczenie żywieniowe jako element prehabilitacji – rola gastroenterologa i lekarza rodzinnego w kompleksowym wsparciu chorego

Tematykę tę w sposób wyczerpujący omówiła dr n. med. Dagmara Bogdanowska-Charkiewicz z Kliniki Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych

USK w Białymstoku. Prehabilitacja odnosi się do kompleksowego, wielokierunkowego przygotowania pacjenta do planowanego zabiegu operacyjnego lub leczenia (np. onkologicznego). Proces ten trwa z reguły od 7 do 14 dni, a w niektórych przypadkach dłużej. Obejmuje on poprawę ogólnej kondycji fizycznej, optymalizację stanu odżywienia, wsparcie psychologiczne oraz powstrzymanie się od nałogów. Zasadniczym celem prehabilitacji jest zwiększenie rezerwy czynnościowej organizmu, co wymiennie zmniejsza ryzyko powikłań pooperacyjnych, warunkuje lepszą tolerancję ciężkiego leczenia (jak chemio- i radioterapia), skraca czas hospitalizacji oraz przyspiesza powrót do pełnej sprawności i zdrowia.

Włączenie adekwatnego wsparcia żywieniowego wymaga wcześniejszej starannej oceny stanu odżywienia chorego oraz sprawdzenia wydolności jego przewodu pokarmowego. Dzięki temu możliwe staje się prawidłowe dobranie diety oraz drogi jej podaży – od standardowej diety doustnej, poprzez stosowanie diet przemysłowych (polimerycznych) za pomocą zgębnika nosowo-żołądkowego, aż po wykorzystanie uzupełniającego lub całkowitego żywienia pozajelitowego. Różne schorzenia często narzucają konieczność stosowania diet o zróżnicowanym składzie i specyficznej kaloryczności.

Endoskopowe dostępy żywieniowe do przewodu pokarmowego – wskazania i opieka nad dostęпами

Praktyczną i niezwykle przydatną wiedzą z tego zakresu podzielili się ze słuchaczami dr n. med. Jacek Pałuch z Działu Diagnostyki i Terapii Gastroenterologicznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. Do wytworzenia sztucznych dostępow żywieniowych kwalifikują się pacjenci, u których stany kliniczne uniemożliwiają klasyczne odżywianie doustne,

ale funkcja resorpcyjna ich przewodu pokarmowego pozostaje w dużej mierze zachowana, a także chorzy, u których w przebiegu stanów ze wzmożonym katabolizmem dieta doustna nie pokrywa podstawowego zapotrzebowania organizmu.

Wybór właściwego dostępu jest ściśle uzależniony od planowanego okresu leczenia żywieniowego. Przy wsparciu krótkoterminowym (poniżej 30 dni) z reguły stosuje się zgębniki nosowo-żołądkowe lub nosowo-dwunastniczo-jelitowe. Natomiast przy przewidywanych terapiach długoterminowych (ponad 30 dni) wyłania się m.in.: odżywcza przetoka przełykową (ezofagostomię), przezskórną endoskopową gastrostomię (PEG), przezskórną jejunostomię (PEG-J) z przedłużeniem dostępu do jelita cienkiego, czy też bezpośrednią przezskórną endoskopową jejunostomię (D-PEJ). Prelegent wnikliwie omówił wskazania do zastosowania przezskórnej gastrostomii endoskopowej. Wykorzystując materiały filmowe o charakterze instruktażowym, zaprezentowano etapy przygotowania oraz poszczególne kroki operacyjne dla metod PEG PULL, PEG PUSH, PEG-J, PEJ i hybrydowych PEG. Na koniec dobitnie zaakcentowano fakt, że gwarantem prawidłowego i przedłużonego funkcjonowania dostępu, chroniącym przed powikłaniami, jest jego staranna pielęgnacja.

Podsumowanie

27. Kielecki Dzień Gastrologiczny zgromadził bardzo liczne grono lekarzy reprezentujących różne dyscypliny medyczne. Niezwykle interesujący, merytoryczny program, wystąpienia wysokiej klasy ekspertów w swoich dziedzinach oraz stymulujące do refleksji dyskusje jednoznacznie udowodniły, że zorganizowana konferencja z powodzeniem spełniła oczekiwania tak audytorium, jak i samych organizatorów.

dr n. med. Krzysztof Bartosz

Z NOWĄ ENERGIA

Spotkanie, które odbyło się 15 kwietnia, było dla nas ważne nie tylko ze względu na zmiany w składzie prezydium, ale także na obecność nowych członków. Nasz Zespół wiele zawdzięcza ustępującemu z funkcji Przewodniczącego w IX Kadencji Danielowi Karpińskiemu. Dzięki Niemu spotkaliśmy się po raz pierwszy cztery lata temu. Wprowadził nas w świat Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej, motywował do działania i zawsze służył radą. Obecnie pozostaje honorowym członkiem naszej Komisji.



Do prezydium Zespołu Młodych Lekarzy w X kadencji wybraliśmy: na przewodniczącego Macieja Lewandowskiego – rezydenta chirurgii dziecięcej, na zastępców Bartosza Czaję – specjalistę pediatrii oraz Piotra Śmiecha – lekarza dentystę, a na sekretarza Magdalenę Kortę – rezydentkę ginekologii i położnictwa.

Na spotkaniu pojawiły się osoby od dawna zaangażowane w działalność zespołu, jak i nowi członkowie, których przyjęliśmy z entuzjazmem. Liczymy już 13 osób! Omówiliśmy bieżące sprawy i plany na nadchodzący rok. Nie zabraknie spotkań integracyjnych i wydarzeń edukacyjnych. Tradycyjnie wczesną jesienią zapraszamy wszystkich na „Rajd na Start”.

Z niecierpliwością czekamy na realizację wspólnych projektów. I na nowe pomysły! Zachęcamy do śledzenia naszej strony na Facebook’u

Wyciągaj telefon, skanuj kod i wbijaj na nasz profil!

lek. Magdalena Korta

← **Kliknij, polub
i śledź nasze zmagania**

ZA NAMI KOLEJNA EDYCJA W ŁODZI

Relacja z Ogólnopolskiego Zjazdu Młodych Lekarzy

Koleżanki i Koledzy z Koła Młodych Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Łodzi włożyli ogrom pracy i serca w organizację tego wydarzenia, tworząc przestrzeń do wymiany doświadczeń i pomysłów. Program był intensywny, różnorodny i pełen wartościowych spotkań. Nie zabrakło także dodatkowych atrakcji jak zwiedzanie miasta z przewodnikiem, czy wizyta w planetarium.

Sobota była dniem wykładowym. Uczestnicy mieli okazję poznać projekt NIL IN skierowany do lekarzy interesujących się nowymi technologiami w medycynie. Webinary z ekspertami w ramach Wtorków z innowacjami, poradniki oraz konferencje to tylko

część działań realizowanych w ramach tej inicjatywy. Następnie odbył się wykład „SMK krok po kroku” który pomógł rozwiązać najczęstsze wątpliwości związane z funkcjonowaniem tej platformy. Zgłęбилиśmy także tajniki pozyskiwania funduszy unijnych. Duże zainteresowanie wzbudziła Mapa Wsparcia Szkolenia Specjalizacyjnego-interaktywne narzędzie stworzone z myślą o lekarzach podejmujących decyzję o miejscu odbywania szkolenia specjalizacyjnego na terenie województwa mazowieckiego. Umożliwia ono dostęp do informacji dotyczących m.in. dopłat do wynagrodzeń, dodatkowych świadczeń czy możliwości zakwaterowania. To realne wsparcie

zarówno dla rezydentów jak i szpitali poszukujących nowych pracowników. W trakcie dyskusji pojawiła się propozycja rozszerzenia projektu na kolejne województwa we współpracy z okręgowymi izbami lekarskimi.

Podczas warsztatów uczestnicy rozmawiali o tym, czym charakteryzuje się dobra inicjatywa, dyskutowali nad bieżącymi problemami ochrony zdrowia i wspólnie szukali możliwych rozwiązań. Jakie wnioski płyną ze zjazdu? Młodzi lekarze są zaangażowani, pełni pomysłów oraz gotowi aktywnie uczestniczyć w kształtowaniu przyszłości ochrony zdrowia w Polsce.

lek. Magdalena Korta

JAK ROZMAWIAĆ ZE SZTUCZNĄ INTELIGENCJĄ?

Sztuka promptowania

Stosy dokumentacji, konieczność pisania zaleceń zrozumiałym językiem, maile do administracji i ciągły brak czasu – to codzienność każdego młodego lekarza. Sztuczna inteligencja nie wypisze za Ciebie recepty ani nie zbada pacjenta, ale odpowiednio poprowadzona, może stać się Twoim darmowym asystentem administracyjnym. Warunek jest jeden: musisz nauczyć się z nią rozmawiać. Oto praktyczny poradnik, jak tworzyć prompty, które ułatwią Ci pracę, zamiast dodawać frustracji.

Anatomia prompta idealnego

Traktuj model językowy jak bystrogo, ale pozbawionego wiedzy o Twoim oddziale stażystę. Jeśli rzucisz mu w biegu: „Napisz zalecenia dla pacjenta z cukrzycą”, otrzymasz ogólnikowy, encyklopedyczny tekst. Aby uzyskać dobry wynik, Twój prompt powinien składać się z czterech elementów (w takiej formie, jak poniżej można go wpisać w okno czatu).

Rola: Kim mam być, pisząc ten tekst? (np. *Działaj jako doświadczony lekarz rodzinny z dużą empatią dla pacjenta.*)

Kontekst: W jakiej sytuacji się znajdujemy? (np. *Pacjent to 65-letni mężczyzna, nowo zdiagnozowana cukrzyca typu 2, bardzo oporny na zmianę diety.*)

Zadanie: Co dokładnie mam zrobić? (np. *Napisz listę 5 najważniejszych zaleceń dietetycznych.*)

Format: Jak ma wyglądać wynik? (np. *Użyj wypunktowań, prostego języka na poziomie ucznia szkoły podstawowej, unikaj medycznego żargonu, dodaj ton motywujący.*)

Trzy sprawdzone zastosowania AI w Twojej pracy

Gdzie sztuczna inteligencja sprawdzi się najlepiej na szpitalnym korytarzu lub w przychodni?

1. Tłumacz z „medycznego” na „ludzki” – Pacjenci często nie rozu-

mieją epikryz i zaleceń. Możesz wkleić skomplikowany opis procedury medycznej (pamiętając o anonimizacji!) i poprosić:

„Przeformułuj poniższy opis zabiegu cholezystektomii laparoskopowej tak, aby był w pełni zrozumiały dla 70-letniego pacjenta bez wykształcenia medycznego. Wyjaśnij trudne pojęcia w nawiasach i użyj uspokajającego tonu.”

2. Asystent biurowo-administracyjny

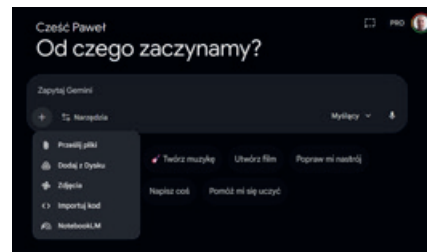
Młodzi lekarze tracą mnóstwo czasu na pisanie pism o przedłużeniu stażu, odwołań, czy maili do działu kadr.

„Działaj jako rezydent pediatrii. Napisz formalny, ale uprzejmy e-mail do dyrektora szpitala z prośbą o dofinansowanie udziału w obowiązkowym kursie specjalizacyjnym w Warszawie. Uzasadnij, że zdobyta wiedza przełoży się na podniesienie standardów opieki na oddziale. Zostaw puste nawiasy na daty i kwoty.”

3. Narzędzie do podsumowań literatury

Masz do przeczytania długą, wielostronicowy dokument, wytyczne PTK, a zaraz zaczynasz dyżur? Wklej tekst i sformułuj prompt:

„Streść powyższy tekst o nowych wytycznych leczenia nadciśnienia. Zrób to w formie tabeli. W lewej kolumnie wypisz sytuację kliniczną, w prawej zalecany lek pierwszego rzutu. Na koniec w trzech punktach wypisz najważniejsze różnice względem poprzednich wytycznych.”



Czerwone flagi – o czym musisz pamiętać!

Pomimo ogromnych możliwości, korzystanie ze sztucznej inteligencji w medycynie wiąże się z twardymi barierami, których pod żadnym pozorem nie należy przekraczać.

• Tajemnica lekarska i RODO:

NIGDY nie wpisuj do czatu danych osobowych pacjentów (imion, nazwisk, numerów PESEL, dokładnych dat urodzenia ani unikalnych szczegółów ułatwiających identyfikację). Zawsze przed wklejeniem tekstu np. z epikryzy, zanonimizuj go. Modele językowe przetwarzają wprowadzane dane.

• Zjawisko halucynacji

Sztuczna inteligencja nie „wie” niczego w ludzkim sensie – jedynie przewiduje kolejne słowa. Może z pełnym przekonaniem wymyślić nieistniejące badanie kliniczne, błędną dawkę leku lub fałszywe wytyczne. AI nie jest wyszukiwarką medyczną (jak PubMed) ani kalkulatorem dawek leków. Wszystkie informacje medyczne musisz weryfikować.

• Brak odpowiedzialności

Odpowiedzialność prawna i zawodowa za ostateczną decyzję kliniczną, jak i treść wydanego dokumentu, **zawsze** spoczywa na Tobie, a nie na narzędziu informatycznym.

Dobre promptowanie to jak nauka szycia chirurgicznego – początki są powolne i nieco frustrujące, ale z czasem staje się to automatycznym odruchem, który ratuje cenne minuty. Eksperymentuj, sprawdzaj, zmieniaj swoje zapytania i pozwól, aby technologia ułatwiła Ci najmniej lubianą część Twojej pracy.

Paweł Kowalski
specjalista AI

SZANSA, KONIECZNOŚĆ CZY PUŁAPKA?

Lekarz w sieci

System ochrony zdrowia przechodzi głęboką transformację cyfrową, która zmienia relacje na linii lekarz-pacjent. Media społecznościowe przestały być jedynie platformą rozrywkową, stając się kanałem edukacji medycznej, walki z dezinformacją, ale też budowania wizerunku zawodowego. Bierzymy ten fenomen pod lupę z trzech perspektyw: analitycznej, prawnej oraz praktycznej – oczami młodej lekarki.

Część I: Medycyna w erze algorytmów – analiza ilościowa i jakościowa

Autorka: Dorota Pacholec

Wirtualizacja opieki zdrowotnej jest dziś faktem dokonany: aż 40,2% Polaków korzysta z telemedycyny co najmniej raz na kilka miesięcy. Rynek medyczny uległ „klientyzacji”, w której pacjent poszukujący usługi kieruje się podobnymi ścieżkami zakupowymi jak klasyczny konsument – aż 79% z nich aktywnie szuka w sieci dowodów zaufania, informacji lub opinii o lekarzach przed podjęciem decyzji o wizycie.

Sukces komunikacji w sieci wymaga dziś precyzyjnego rozpoznania odbiorcy, bo platformy są silnie zsegmentowane. TikTok gromadzi głównie młodzież 15–24 oraz młodych rodziców 35–44, co czyni go naturalnym kanałem dla pediatrów i ginekologów. Z kolei Facebook i YouTube przyciągają coraz bardziej aktywnych użytkowników 55+, stanowiąc środowisko komunikacji dla specjalistów takich jak kardiologów, geriatrów czy reumatologów.

Na polskim rynku z sukcesem funkcjonują profesjonalni twórcy medyczni (jak Pan Tabletki czy Siostra Bożenna), których społeczności sięgają nawet setek tysięcy obserwujących. Analizy wyraźnie pokazują, że odbiorcy nade wszystko cenią autentyczność. Klasyczne, obszerne i statyczne poradniki ustępują z sukcesem miejsca dynamicznym formom wideo czy też „zakulisowym” materiałom nagrywanym z bloku operacyjnego. Bardzo skuteczne w przekazie okazują się też wpisy z użyciem branżowego żartu

i autoironii, które służą pacjentom jako skuteczny wentyl rozładowujący stres.

Niestety sieć zalana jest też niebezpiecznymi dezinformacjami medycznymi, a obawę przed manipulacją wyraża aż 85% Polaków. Dobitym przykładem destrukcyjnego działania cyberprzestępców był wykreowany przez systemy sztucznej inteligencji „doktor Adrian Halewski”. Ten fikcyjny byt zgromadził potężne grono 100 tysięcy naiwnych pacjentów, obiecując uleczenie z chorób w oparciu o „cudowny” suplement diety. W obliczu takich zagrożeń obecność prawdziwych i weryfikowalnych klinicystów w internecie staje się imperatywem etycznym stanowiącym bezpośredni bufor zdrowotnego bezpieczeństwa.

Lekarze aktywni w mediach społecznościowych ponoszą jednak wysokie koszty psychiczne, które coraz wyraźniej rysują się w badaniach. Aż 76% z nich odczuwa silny lęk związany z ryzykiem naruszenia prywatności i potencjalnym wyciekiem danych pacjentów. Kolejne 69% zgłasza narastające obciążenie emocjonalne wynikające z zacierania się granic między życiem prywatnym a presją nieustannej dostępności online – zjawiskiem określonym jako „role blurring”.

Część II: Lekarz w sieci – komentarz prawny

Autor: radca prawny ŚIL Mariusz Łaba

Zakaz reklamy usług medycznych wynika z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r., poz. 156), która przewiduje,

że podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych, których treść i forma nie mogą mieć cech reklamy (art. 14 ust. 1) oraz z Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowiącego załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maja 2024 r.



Drugi z wymienionych aktów prawnych w art. 71 1-2 stanowi, że lekarz tworzy swoją zawodową opinię na podstawie wyników swojej pracy, jest uprawniony do posługiwania się informacją o oferowanych usługach z zastrzeżeniem, że taka informacja będzie zgodna z zasadami etyki lekarskiej.

Informacja o oferowanych usługach oznacza każdą formę przekazu, której celem jest upowszechnianie wizerunku lekarza lub usług związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Lekarz ponosi również odpowiedzialność za informacje o oferowanych usługach publikowane przez osoby trzecie w jego imieniu lub na jego rzecz (art. 71 ust. 3–4). Niedopuszczalne jest natomiast wykorzystywanie autorytetu lekarza do promowania usług niezwiązanych z wykonywaniem zawodu lekarza (art. 71 ust. 5).

Czyni to zasadnym pytanie, co wobec tego jest dopuszczalne w zakresie informowania pacjentów

o oferowanych usługach. Odpowiedź na to pytanie znajduje się w uchwale nr 29/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy i lekarzy dentyistów świadczeń zdrowotnych.



Zgodnie z tym, co tam podano informacja podawana przez lekarza lub lekarza dentyistę powinna zawierać: tytuł zawodowy, imię i nazwisko lekarza, miejsce, dni i godziny przyjęć, a może zawierać: rodzaj wykonywanej praktyki zawodowej, stopień naukowy, tytuł naukowy, specjalizacje, umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, szczególne uprawnienia, numer telefonu i określenie cen i sposobu płatności w przypadku przekazywania tych informacji przez zamieszczanie ich na stronie internetowej praktyki zawodowej lub za pomocą specjalnych telefonów informacyjnych.

Takie informacje nie mogą nosić cech reklamy, a w szczególności nie mogą zawierać żadnej formy zachęty czy próby nakłonienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, informacji o metodach, ich skuteczności i czasie leczenia oraz obietnic i potocznych określeń, określenia cen i sposobów płatności z wyjątkiem tego, co podano wyżej, informacji o jakości sprzętu medycznego.

Część III: Social media – szansa czy zagrożenie? Perspektywa młodej lekarki

Autorka: lek. Ewelina Pyrzanowska

Z perspektywy najmłodszego pokolenia wchodzącego na rynek medyczny, budowanie widoczności w internecie przypomina balansowanie na krawędzi.

Niezależnie od formy działalności w social mediach (hobbystyczne tworzenie treści dla własnej przyjemności, przemysłowa strategia marketingowa) jej wady i zalety pozostają do siebie podobne.

Lekarze coraz częściej wykorzystują media społecznościowe do budowania relacji z pacjentami i środowiskiem, a także do prowadzenia szeroko zakrojonej edukacji zdrowotnej. Ocieplenie wizerunku poprzez pokazywanie „ludzkiej” strony naszej pracy obniża poziom lęku pacjentów i przełamuje tradycyjny, autorytarny model kontaktu. Publikowanie kulisów codziennej pracy pozwala też lepiej zrozumieć realia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Media społecznościowe pełnią także funkcję globalnego „pokoju lekarskiego”: ułatwiają networking, konsultacje trudnych przypadków i szybki dostęp do najnowszych wytycznych. Humorystyczne profile branżowe pomagają zachować równowagę psychiczną, a internet staje się przestrzenią ujawniania nieprawdopodobności, takich jak mobbing czy łamanie standardów pracy.

Najsilniejszym efektem naszej obecności w sieci pozostaje jednak masowa edukacja zdrowotna. W sytuacji niedostatku edukacji szkolnej to właśnie internet stał się głównym źródłem rzetelnych treści opartych na EBM. Lekarze skutecznie przeciwdziałają dezinformacji, obalają mity dotyczące szczepień i terapii oraz normalizują tematy wstydlive, które pacjenci często boją się poruszyć podczas wizyty.

Media społecznościowe często sprawiają wrażenie łatwego sposobu na dodatkowy dochód, jednak to złudzenie. Tworzenie e-booków, webinarów czy regularnych treści wymaga ogromu czasu, energii i znajomości zmiennych trendów. Łączenie tego z dyżurami odbija się na życiu prywatnym, a profesjonalna obsługa wizerunkowa generuje wysokie koszty. Do tego dochodzi fakt, że pierwsze propozycje współprac zwykle dotyczą suplementów wątpliwej jakości, których

lekarze nie powinni firmować nazwiskiem. W praktyce większość twórców działa więc z potrzeby edukowania i z naturalnej ekstrawersji, a nie dla zysku.

Poważnym obciążeniem są także wiadomości od pacjentów, którzy oczekują darmowych konsultacji o każdej porze. Musimy wyznaczać granice, bo media społecznościowe nie są przestrzenią do udzielania porad bez wywiadu i badania. Równocześnie wielu z nas mierzy się z „syndromem oszusta”, napędzanym przez idealizowane wizerunki kolegów po fachu, oraz z dylematem dotyczącym publikowania prywatnych treści, które mogą być później komentowane przez pacjentów i środowisko.

Kolejnym zagrożeniem jest presja kultury opinii: hejt, anonimowe ataki i krytyka, które potrafią realnie odbić się na zdrowiu psychicznym. Lekarze coraz częściej sięgają po narzędzia prawne, a podstawą staje się higiena cyfrowa i nieuzależnianie poczucia wartości od algorytmów. Problemem pozostają również błędne lub nieaktualne treści publikowane przez mniej doświadczonych twórców oraz skrajne przypadki wulgarnych materiałów, które naruszają etykę zawodową i godzą w dobro pacjentów.

Konkluzje wspólnej perspektywy, czyli 5 przykazań lekarza w sieci

- Opieraj się na rzetelnej wiedzy, zwalczaj dezinformację i nie obiecuj medycznych cudów.
- Bezwzględnie strzeż tajemnicy lekarskiej i pamiętaj o lęku pacjenta po drugiej stronie ekranu.
- Odpowiadasz za każdą treść opublikowaną pod Twoim nazwiskiem, w tym materiały od agencji PR.
- Nie krytykuj publicznie innych lekarzy i nie wykorzystuj autorytetu do taniej komercji.
- Bezwzględnie oddzielaj wirtualny dyżur od życia prywatnego, by chronić własną psychikę.

RADYKALNIE, PLASTYCZNIE, MIKROCHIRURGICZNIE

Nowoczesne technologie w walce z rakiem piersi

50 chirurgów onkologów z całej Polski uczestniczyło w XIV Warsztatach Chirurgii Piersi zorganizowanych przez Klinikę Chirurgii Onkologicznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii (17-18.04.2026). Tegoroczna edycja przebiegała pod hasłem: „Rak piersi, onkologia i plastyka”. Nowością była możliwość odbycia ćwiczeń na trenażerze robota mikrochirurgicznego.



Po raz 14 w Świętokrzyskim Centrum Onkologii spotkali się lekarze zajmujący się leczeniem raka piersi, zarówno usuwaniem choroby, jak i rekonstrukcją piersi. Jak poinformował prof. dr hab. n. med. Stanisław Góźdz, dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii, podczas warsztatów prezentowane są nowe techniki, wykorzystywane w chirurgicznym leczeniu raka piersi. - Jest to niezwykle wzbogacające pod względem wymiany doświadczeń, na pewno skorzystają na tym nasze pacjentki. Jest to również okazja do zapoznawania się z nowymi technologiami, jakimi są roboty mikrochirurgiczne, poprawiające komfort zabiegu chirurgicznego i pozwalające uniknąć obrzęku limfatycznego – powiedział.

Rekonstrukcje coraz lepsze, złotym standardem leczenie oszczędzające

Warsztaty składały się z części teoretycznej oraz praktycznej – na bloku operacyjnym.

Część praktyczna obejmowała cztery zabiegi podwójne: mastektomię podskórną prepektoralną obustronną z jednoczesną rekonstrukcją implantami u pacjentki z rakiem piersi (mutacja CHEK2+) oraz u pacjentki z mutacją BRCA1 (rekonstrukcja z wykorzystaniem tkanek własnych pacjentki), oraz symetryzację piersi u dwóch pacjentek po mastektomii.

Jak wyjaśnia dr n. med. Artur Bocian, specjalista chirurgii onkologicznej z Kliniki Chirurgii Onkologicznej

ŚCO: – Zabiegi mają nam pokazać, jak możemy te rekonstrukcje wykonać w sposób nowoczesny, dobry dla pacjentki i jak najlepszy onkologicznie. Jednocześnie korzystamy z wiedzy naszych przyjaciół, chirurgów plastycznych, zaproszonych na tę konferencję, żeby efekt leczniczy dla pacjentki był jak najlepszy, a ona była zadowolona. Połączenie chirurgii onkologicznej i plastycznej to obecnie jedyna słuszna droga, jaką możemy zaproponować pacjentce, żeby to leczenie było jak najbardziej zoptymalizowane, szyte na miarę i dopasowane do pacjentki.

Zabiegi rekonstrukcyjne są wykonywane w ŚCO od 15 lat. W tym czasie zmieniły się techniki, materiały wykorzystywane do rekonstrukcji. - Obecnie wykorzystujemy w zabiegach rekonstrukcyjnych nie tylko implanty, ale również tkanki własne pacjentek, korzystamy z różnych modyfikacji, zabiegów hybrydowych, które pomagają nam przeprowadzić zabieg tak, aby pacjentka wyglądała nawet lepiej niż przed leczeniem – mówi dr Artur Bocian.

Chirurdzy podkreślają, że złotym standardem w leczeniu raka piersi jest leczenie oszczędzające.

Chirurga wspiera robot mikrochirurgiczny

Nowością tegorocznych warsztatów było wykorzystanie mikrochirurgii robotycznej w leczeniu obrzęku limfatycznego, będącym późnym następstwem leczenia onkologicznego. Szacuje się, że to powikłanie dotyczy nawet 30-50 proc. pacjentek po leczeniu raka piersi. O nowych

możliwościach płynących z mikrochirurgii robotycznej mówił dr Daniel Maliszewski, specjalista chirurgii onkologicznej z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku, który od 2024 roku wykorzystuje robota mikrochirurgicznego w chirurgii rekonstrukcyjnej piersi oraz profilaktyce i leczeniu obrzęku limfatycznego u pacjentek z rakiem piersi. Robot pozwala na precyzyjne łączenie naczyń o przekroju poniżej 0,5 mm. Uczestnicy warsztatów mogli spróbować swoich sił w mikrochirurgii robotycznej na trenażerze robota mikrochirurgicznego.

Warsztaty Chirurgii Piersi organizowane przez Klinikę Chirurgii Onkologicznej ŚCO od 2011 roku, cieszą się ogromnym zainteresowaniem, zarówno chirurgów z Polski, jak i z innych krajów, ze względu na wysoki poziom merytoryczny i ciekawe studia przypadków. Wśród wykładowców tegorocznego kursu byli:

- dr n. med. Marek Budner, Breast Unit w Bad Saarow (Niemcy), wykład „Zapobieganie i leczenie złośliwości okołotoczkowej”,
- prof. dr hab. n. med. Rafał Matkowski, kierownik Oddziału Chirurgii Piersi – Breast Unit w Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii, wykład „Deeskalacja leczenia chirurgicznego raka piersi”,
- prof. dr hab. n. med. Marek Paul, specjalista chirurgii onkologicznej i plastycznej, wykładowca Harvard University w Bostonie, wykład „Symetryzacja piersi – rodzaj szypuły, jaki wybieramy”,
- dr hab. n. med. Diana Hodorowicz-Zaniewska, specjalista chirurgii onkologicznej i plastycznej, Breast Unit, UJ CM w Krakowie, wykład „Pre- czy subpektoralna rekonstrukcja piersi – co lepsze”.

Część sesji teoretycznej przeznaczono również na omówienie powikłań w zabiegach (tym razem z użyciem



implantów), co zawsze stanowi ogromną wartość edukacyjną dla uczestników warsztatów.

Rocznie w woj. świętokrzyskim notuje się ponad 700 nowych zachorowań na raka piersi. W Świętokrzyskim Centrum Onkologii rocznie

wykonywanych jest około 1000 zabiegów z zakresu chirurgii piersi. Ponad 70 % stanowią zabiegi oszczędzające. W ŚCO od 2015 r. funkcjonuje Breast Cancer Unit.

materiał prasowy ŚCO

ANTY-GONA

Zaledwie dwa lata po premierze arcydzieła Sofoklesa w warszawskim Teatrze Polskim, reżyserowanym przez Piotra Kurzawę, kliknąłem zakup biletu na festiwalowy przegląd w Łodzi, by tym razem klasyka przemówiła rapem i hip-hopem. Odkrywanie starych znaczeń w nowych odstonach jest doprawdy fascynujące. Odwaga twórców, łamanie reguł, konsekwencja środków wyrazu i doskonałe aktorstwo, pozwalają w wielu wypadkach, zrozumieć współczesny świat i ludzkie zachowania.



Podczas dyskusji prowadzonych po spektaklach najchętniej używam frazy, że „wszystko już było, ale...”. Ogrom literatury i intryg rozpisanych na prologi, akty, sceny i finały, wydaje się być już wielowiekowym katalogiem, trudnym do objęcia myślą, mową, felietonem i uczynkami kopistów. A mimo to powstają wciąż staro-nowe utwory. „Antygona” opowiada przecież spór sprzed trzech i pół tysiąca lat, na pierwszy rzut oka i ucha, nudny, kurtynowy i moralizatorski. Tak, wszystko już było, ale... jeśli zmieni się język, frazę, kontekst i sposób prezentacji, łatwiej zrozumieć, że wyciąganie wniosków z przeszłości jest nadal nieodrobioną lekcją. I mimo setek lat osiadania kurzu na greckich literach, nadal bratobójcze wojny, konflikty pokoleń, brak rozmów i mediacji, nakręcanie spirali nienawiści, prymitywne ambicje i zwykła żądza władzy, królują, niczym Kreon – dawniej król, dzisiaj prezydent albo prezes czy dyrektor.

Czy pojednania i kompromisy są możliwe? – pytałem dwa lata temu w Gazecie Lekarskiej. – Przez wiele lat wierzyłem w takie przemiany. Deus ex

Machina. Przebaczenie win syna marnotrawnego przez starego ojca. Bajkowa wspaniałomyślność władcy wobec różnorodności poglądów poddanych. Rezygnacja z zemsty i dominacji w imię wyższego dobra i wzajemnego szacunku. Zgoda z wyciągniętą ręką Boga. Fajne brzmi. I nic poza tym.

„Anty-gona” w reżyserii Jakuba Roszkowskiego przygotowana przez zespół Teatru Słowackiego w Krakowie to musicalowa adaptacja, która opowiada historię Ant w raperskim rytmie. Formuła z założenia wydaje się bliższa młodej widowni, ale to zbyt stereotypowe myślenie. Tekst Sofoklesa został przepisany przez BISZA, czyli Jarosława Jaruszewskiego, który z niewielkimi tylko przeinaczeniami, oddał w skandowanej mowie wiązanej, sens starożytnych słów i postaw. I mimo, że w oczywisty sposób ciśnie się na usta wyimek, że „wszystko już było”, gdy laboratorium teatralne w Gardzienicach od lat melorecytuje antyczne sztuki, to jednak rap i hip-hop, bliższe masowej widowni, mają szansę większego oddziaływania. Co autorzy doskonale rozumieją i wykorzystują z doskonałym efektem.

Scenografię krakowskiej „Anty-gony” buduje basen, docelowo wypełniony krwią, przypominający do złudzenia ogromny stół sekcyjny, gdzie wypreparowuje się emocje. Publiczność patrzy na niego z dwu stron.

Anna Piątkowska w recenzji krakowskiej interpretacji napisała: *Antygona ma zaledwie 18 lat (...). Rapuje o tym, jak wojna zmienia ich, młodych, wrażliwych ludzi, którzy boją się zabić pająka w zwierzęta, bo „wiemy o sobie tyle na ile nas sprawdzą”. Gdy ogłoszony zostaje koniec wojny, wątpi, bo wojna nigdy się nie kończy, robi zaledwie pauzę, w tej przerwie Ant musi pochować brata, który zginął. Historia banalna jak wszystkie: zły czas i miejsce. Polinejkes jest z tych przegranych, uważany za zdrajcę, jego ciała leżącego na Placu Wolności nie wolno pochować. Był zwykłym chłopakiem, marzył o tym, by odłożyć na BMW E34 i wycieczce na Malediwy, lubił Billie Eilish, stare anime i Barcelonę. (...) O jego śmierci nie napisze żaden portal – „był zwykłym chłopcem, żadnych dokonań, o których piszą brukowce”. Po prostu, kochał swoje miasto, kraju nie znał, póki nie zjeździł go czotgiem. To Antygona w realiach XXI wieku.*

W spektaklu ważniejszy od konfliktu racji jest konflikt pokoleń. Ant, jako niezależna i świadoma obywatelka, sprzeciwia się opresji starych mężczyzn. Choć ponosi klęskę, to pokazuje, że patriarchalny porządek, w którym nie ma żadnego prawa oprócz prawa silniejszych, nikomu nie sprzyja – ani ofiarom przemocy, ani jej sprawcom.

Śmierć Antygony jest skutkiem bratobójczej walki i ślepoty władzy, która nie widzi nic poza swoją nieomyślnością.

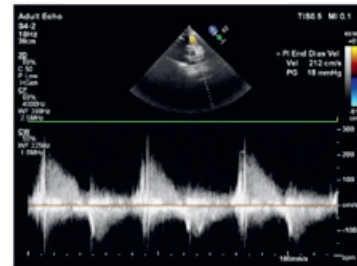
Upadek Samorządu Lekarskiego będzie skutkiem bratobójczej wojny i niekoleżeńkiego sporu o iluzję rządu dusz.

Taki staro-nowy scenariusz. A-gonia! Wszystko już było, czy wszystko dopiero przed nami?

Jarosław Wanecki
Ośrodek Kultury i Dziedzictwa
Historycznego NIL

Gdzie medycyna staje się sztuką

W dzisiejszym z informatyzowanym świecie, gdzie wiedza medyczna jest na wyciągnięcie ręki, łatwo zgubić się w gąszczu suchych wytycznych, algorytmów i akademickich podręczników. W tym kontekście **echokardioblog.pl** jawi się jako coś więcej niż tylko kolejne strony internetowe z przypadkami klinicznymi. To wirtualne sale seminaryjne, w których rzemiosło lekarskie spotyka się ze sztuką stając się nią, a pasja autorki staje się drogowskazem dla kolejnych pokoleń lekarzy.



Praca, misja...

Prowadzenie specjalistycznego bloga medycznego wymaga tytanicznej pracy i zaangażowania. Za każdym wpisem na *Echokardioblogu* kryją się godziny spędzone w pracowni, dziesiątki przeanalizowanych projekcji i chęć podzielenia się tym, co nierzadko umyka w standardowym opisie badania.

To nie tylko mechaniczne przekazywanie wiedzy, ale przede wszystkim **translacja własnego doświadczenia klinicznego**. To budowanie mostu pomiędzy teorią z książek a brutalną nieraz praktyką na oddziale. Wartość tej pracy jest nie do przecenienia – autorka oddaje swój prywatny czas, by inni mogli uczyć się na jej analizach, unikając błędów i szybciej dochodząc do diagnostycznej biegłości. To postawa, która buduje środowisko oparte na współpracy i dzieleniu się wiedzą, stanowiąc fantastyczny przykład mentoringu w sieci.

Gdy fizyka ultradźwięków spotyka się ze sztuką

Kardiologia, a w szczególności echokardiografia, to dziedzina wysoce wizualna. Odczytywanie obrazów serca na monitorze ultrasonografu to swoiste spotkanie ścisłej nauki z humanistyczną wrażliwością artystyczną, co blog świetnie punktuje.

- **Wizualna poezja anatomii:** płatki zastawek przypominające płynne ruchy skrzydeł, gra cieni i światła zależna

od echogeniczności tkanek, czy wreszcie hemodynamiczne strumienie krwi w badaniu Dopplerowskim, które na ekranie tworzą barwne, tętniące życiem obrazy – to wszystko wymaga specyficznego, niezwykle czułego spojrzenia.

- **Sztuka interpretacji:** lekarz wykonujący „echo” jest niczym krytyk sztuki analizujący wielowarstwowe płótno. Musi dostrzec niuanse – subtelne zaburzenia kurczliwości, minimalne węgacacje czy płyn w osierdziu – których nie zauważy niewprawne oko. Autorka bloga wciela się w rolę kustosza, który uczy, jak patrzeć na ten dynamiczny obraz, by w gąszczu pikseli zobaczyć pacjenta i jego problem.

Trudy nauki

Dla studentów medycyny i lekarzy rezydentów stawiających pierwsze kroki, echokardiografia bywa powodem ogromnej frustracji. Podręczniki pokazują idealne, statyczne przekroje, podczas gdy w rzeczywistości serce bije szybko, pacjent głęboko oddycha, a okno akustyczne (ze względu na budowę klatki piersiowej) potrafi być wyjątkowo trudne. I właśnie na tym polu *Echokardioblog.pl* pokazuje swoją największą moc.

- **Odczarowanie trudności:** młodzi adepci znajdują „żywe” przykłady z codziennej praktyki, blog ściąga echokardiografię z piedestału niedostępnej magii i czyni ją rzemiosłem możliwym do opanowania.

- **Nauka przestrzennego myślenia:** platforma oswaja z dynamiką obrazu,

wyjaśniając, jak zinterpretować to, co początkowo wydaje się tylko chaotycznym śnieżeniem na czarnym tle.

- **Budowanie pewności siebie:** pokazywanie trudnych, nieoczywistych przypadków oraz pułapek diagnostycznych daje uczącym się lekarzom sygnał, że *wątpliwości są naturalną częścią medycyny*. Kształtuje to pokorę wobec ludzkiego organizmu, ale jednocześnie zdejmuje z ramion paraliżujący strach przed nauką i popełnieniem błędów.

Podsumowując, **Echokardioblog.pl** to więcej niż cyfrowe notatki. To starannie prowadzona kronika lekarskiej uważności, w której obraz kliniczny staje się dziełem sztuki diagnostycznej. Dzięki wytrwałej pracy kolejne pokolenia kardiologów i internistów mogą patrzeć na bijące serce nie tylko przez pryzmat fizyki, ale z wrażliwością prawdziwego artysty medycyny.

Serce to coś więcej niż mięsień – to pulsujące centrum życia. Na blogu znajdziesz ciekawe obrazy serca, widziane przez pryzmat echokardiografii, a także moją drugą pasję – sztukę ikonopisarstwa. Czasem medycyna i sztuka spletają się w nieoczekiwany sposób. Zapraszam do odkrywania tej wyjątkowej perspektywy!

lek. Aneta Kucharczyk-Foltyn



Blizny hibacusha

Wydaje się
że większość mieszkańców
naszego Globu
bezwolnie powtarza
zwyczajną codzienność
i ogranicza się do patrzenia
jak czas odlicza dni
wyznacza granice
snu i czuwania
kształtuje nasze ciało
świadomość działanie
i nie obchodzi go wcale
nasz niepokój o potomnych
i przyszłość naszej Planety
w najlepszym zakątku
Galaktyki

ocaleni i naznaczeni hibacusha
po wybuchu jądrowym
nad Hiroszimą i Nagasaki
zmagają się z traumą lękiem
i uprzedzeniem społecznym
walczą o prawo
do normalnego życia
dla swoich dzieci

Pokojowa Nagroda Nobla 2024
dla NIHON HIDANKYO
przesłaniem dla świata
nigdy więcej
przestroga przeciwko przemocy

autorka: lek. Barbara Kocela

W tym roku minie 81 lat od czasu, gdy dwie amerykańskie bomby atomowe zabiły około 120 000 mieszkańców Hiroszimy i Nagasaki. Porównywalna liczba zmarła w wyniku poparzeń i obrażeń popromiennych w kolejnych latach po tym wydarzeniu. Dziś wyprodukowana bomba atomowa ma znacznie większą moc niszczycielską. Może zabić miliony ludzi i katastrofalnie wpłynąć na nasz klimat a nawet zniszczyć naszą cywilizację. Kilka państw nie ukrywa, że dysponuje taką bronią.

W pobliżu nas trwają wojny i dlatego warto uświadaczać, że broń jądrowa nie może być nigdy używana, jako przestroga dla wolnego świata. Pokojową Nagrodę Nobla w 2024 przyznał Komitet japońskiej organizacji Nihon Hidankyo za wysiłki w propagowaniu świata wolnego od broni jądrowej.

Hibakusha to ludzie ocaleni po wybuchu jądrowym, którzy zmagają się nawet obecnie z jego następstwami. Doznali strat na zdrowiu, traumy psychicznej, uprzedzenia społecznego, odsunięcia od pracy w niektórych zawodach czyli praca do normalnego życia. Często ich dzieciom odmawiano zatrudnienia z irracjonalnych obaw przed zaraźliwymi skutkami napromieniowania. Ich zeznania to znak i przestroga dla świata, argument przeciwko przemocy.

komentarz poetki lek. Barbary Koceli



W kleszczach potwora

Każdej nocy czuję, że umieram
Potworny ból przeszywa me serce, mnie całą
I choć żyć nadal by się chciało ...dłużej nie można
W tej udręce minęło już tysiąc nocy
A może więcej?

Staczam się z łóżka, błąkam po mrocznym pokoju
Z czymś walczę, drży mi serce, ciężkie stają się powieki
Uczucie grozy trwa dla mnie wieki
A gdy już na chwilę mija ten koszmar, ten lęk
Modląc się gorąco i szczerze, zasypiam wierząc, że
Może kiedyś, nieoczekiwanie przyjdzie ta noc i pragnieniem się stanie
A z rana w lustrze odbiją się radosne moje oczy i odetchnę z ulgą...

Koszmar się już skończył
I krzyknę żałośnie: „ty skręcony potworze”
Zraniłeś moje ciało i duszę – ukaraj go Boże!

autorka: lek. Zofia Polańska (Musiał)



Absolwenci Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie,
a obecnie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
roczniki: Lekarski 1969–1975, stomatologia 1970–1975 oraz lekarski 1970–1976,
stomatologia 1971–1976

Kochani, minęło ponad 50 lat, kiedy uroczycie w przepięknej sali naszego Rektoratu Pomorskiej Akademii Medycznej obecnie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w obecności naszych najbliższych odbieraliśmy z rąk Jego Magnificencji Rektora PAM dyplomy absolutoryjne.

Czas szybko mijał, wielu z nas już nie ma. Przerzedziły się nasze szeregi. Warto przypomnieć sobie tamte chwile i jeszcze raz popatrzeć na to miejsce, na tę salę, na koleżanki i kolegów. Posłuchać *Gaudeamus igitur* i *Gaude Mater Polonia* w wykonaniu chóru na naszą cześć. Założyć togę i na hasło – jak obecni absolwenci – rzucić czapki w górę, tak jak teraz jest to w zwyczaju. Pochwalić się przed bliskimi miejscem, gdzie studiowaliśmy, mieszkaliśmy i cieszyliśmy się młodością. Zobaczyć, co się zmieniło na naszej uczelni w Szczecinie, w Mieście i w którym przyszło spędzić Nam młodość. Zapraszam wszystkich absolwentów tych roczników do wzięcia udziału u uroczystościach odnowienia dyplomów organizowanego w porozumieniu z biurem promocji PUM. Uroczystości zaplanowano na wrzesień 2026 r.

Ze względu na specyfikę naszych roczników, większość z nas przyjechała do Szczecina z całej Polski. Po skończeniu studiów rozjechaliśmy się po Polsce i świecie, czasem z nakazu pracy, czasem za bliską osobą, a czasem szukając miejsca do zawodowego życia. Zapraszam do komitetu organizacyjnego, zwłaszcza ówczesnych działaczy Zrzeszenia Studentów Polskich, Rady uczelnianej i Komisji Kultury oraz starostów lat i grup. Wszystkich chętnych Państwa proszę o kontakt, tak, abyśmy stworzyli komitet organizacyjny. Wierzę że się uda, tak jak udawały się nam Dni Kultury studentów PAM-u.

Wówczas Halina Ey

Wiceprzewodnicząca komisji kultury Rady Uczelnianej ZSP w Szczecinie w latach 1973-1975.

Obecnie wiceprezes X kadencji OIL Szczecin (kontakt biuro OIL w Szczecinie)

Dr hab. n med. Halina Ey-Chmielewska

Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Sobkowie (Ośrodek Zdrowia w Sobkowie)
poszukuje lekarza dentysty/lekarki dentystki

do współpracy w ramach umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy. Zapewniamy korzystne warunki zatrudnienia i atrakcyjne wynagrodzenie.
Telefon do kontaktu: 669 374 408

**Zatrudnię stomatologa ogólnego
do nowoczesnego gabinetu w Opatowie.**

Mikroskop Zeiss, tomograf, młody zgrany zespół, wykonujemy również implanty i ortodoncję.
Godziny pracy do ustalenia.
Mateusz 519 791 230

W dniu 8 maja 2026 roku
zmarł nasz Kolega neurolog
dr Tadeusz Śmiałek

Pozostanie w naszej pamięci.

Wyrazy współczucia Rodzinie składają
Koleżanki i koledzy z Oddziału Neurologii
w Skarżysku-Kamiennej i Oddziału Kieleckiego
Polskiego Towarzystwa Neurologicznego

Wyrazy głębokiego współczucia
dr Urszuli Szklarz-Gałęzia
oraz dr Mieczysławowi Gałęzianemu

z powodu śmierci

MAMY I TEŚCIOWEJ

składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Zmarł nasz Kolega

dr Tadeusz Śmiałek

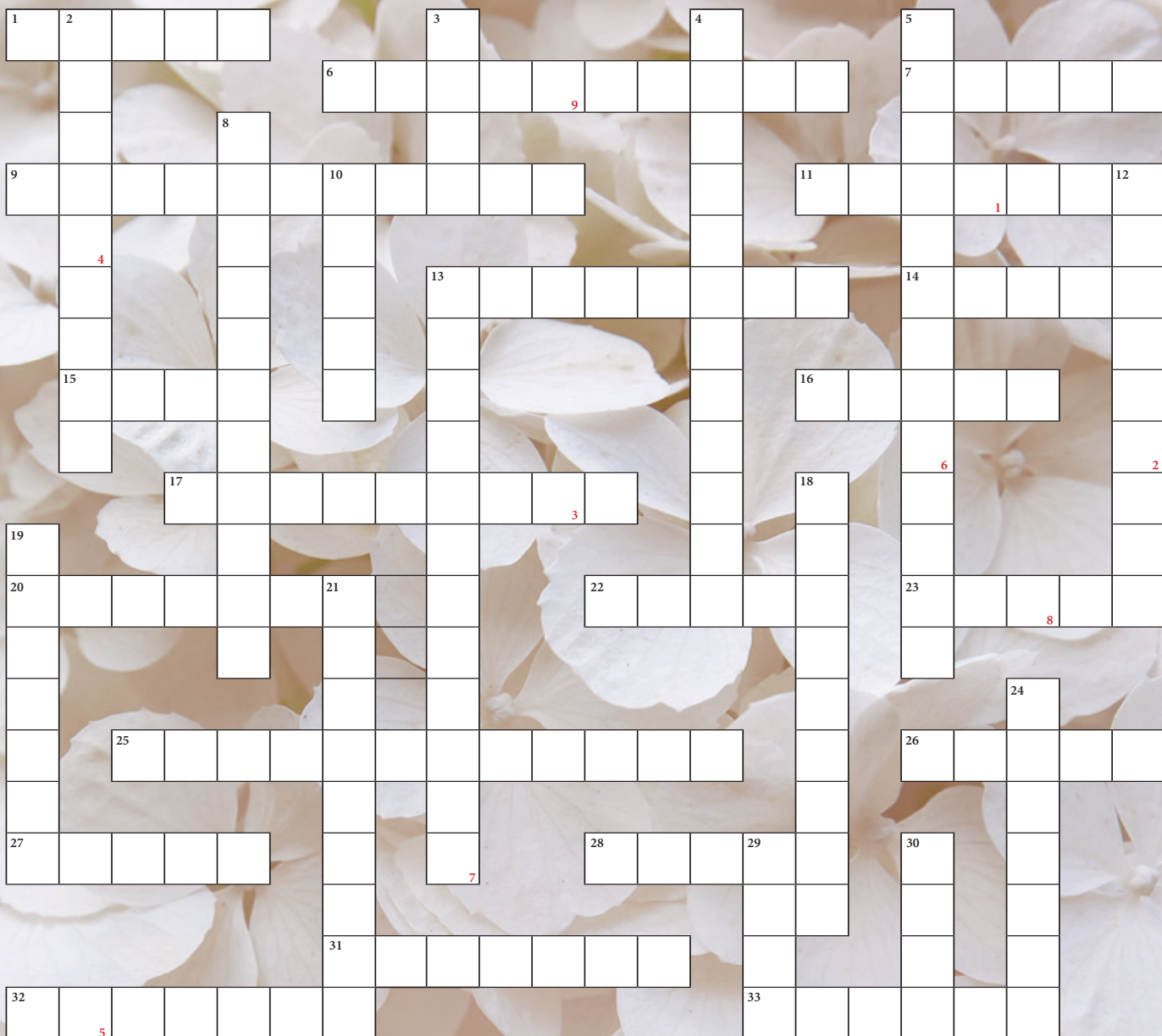
specjalista w dziedzinie neurologii
wyrazy współczucia oraz słowa wsparcia Rodzinie
Składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Wyrazy głębokiego współczucia koleżance
dr Joannie Szybkowskiej-Szkliniarz

z powodu śmierci **Męża**

składają

Koleżanki i Koledzy
z Kliniki Otolaryngologii,
Chirurgii Głowy i Szyi ŚCO w Kielcach



POZIOMO

PIONOWO

- 1 Opaska uciskowa przed kaniulacją żył.
- 6 Czucie opaczne (mrowienie, drętwienie).
- 7 Uszypułowany rozrost błony śluzowej.
- 9 Pierwotniak odkotowy; groźny w ciąży.
- 11 Wrodzony brak zawiązka narządu.
- 13 Autor opisu zespołu amnestycznego.
- 14 Jednostka osmolalności roztworu.
- 15 Wilfred, autor teorii psychoanalizy.
- 16 Fizjologiczna przerwa między zębami.
- 17 Bezsondowe badanie kwasowości żołądka.
- 20 Standard w uśmierzaniu silnego bólu.
- 22 Nieobsadzone stanowisko pracy.
- 23 Oman; roślina o działaniu wykrztuśnym.
- 25 Medyczne określenie kamicy żółciowej.
- 26 Anatomiczna nazwa okrężnicy.
- 27 Przewodząca wypustka neuronu; neuryt.
- 28 Obserwowalny wyraz emocji pacjenta.
- 31 Parzysty przewód w żeńskim układzie rozrodczym.
- 32 przewlekłe, zakaźne zapalenie spojówek i rogówki (znane też pod łacińską nazwą *trachoma*).
- 32 Léon, pionier badań wydolności nerek.

- 2 Kardiomiopatia stresowa; „złamanie serca”.
- 3 Skutek działania czynnika zewnętrznego.
- 4 Silny skurcz żwaczy; objaw tęcza.
- 5 Patologiczne powiększenie śledziony.
- 8 Łyzeczkowate wklęśnięcie paznokci.
- 10 Nierozpuszczalny w wodzie tłuszczowiec.
- 12 Ból pod wpływem lekkiego dotyku.
- 13 Niezstąpienie jąder do moszny.
- 18 Dojrzałe komórki tkanki kostnej.
- 19 Nagłe zamknięcie naczynia przez zator.
- 21 Uwolnienie stłumionych emocji.
- 24 Pozachromosomowe, koliste DNA bakterii.
- 29 Stan głębokiej utraty przytomności.
- 30 Przewlekła choroba weneryczna.

HASŁO:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Zwycięzcy z wydania 3–4: Magdalena K, Barbara G.
Gratulujemy! Nagrody wysłamy pocztą.