

BIULETYN INFORMACYJNY ŚWIĘTOKRZYSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W KIELCACH

ESKULAP

ŚWIĘTOKRZYSKI

ISSN 1233-3972
NR 9-10 (403-404)
WRZESIEŃ - PAŹDZIERNIK 2026



Merytorycznie o chirurgii robotycznej

CZYTAJ NA STRONACH 4-7

Szanowni Państwo,

Oddajemy w Państwa ręce kolejne, jesienne wydanie „Eskulapa Świętokrzyskiego”. Jako redaktor naczelna z nieślabnącym zaangażowaniem i uwagą przyglądam się Państwa pracy, starając się, aby biuletyn był rzetelną platformą wymiany myśli i wiernym kronikarzem samorządowej codzienności.

W bieżącym numerze poruszamy tematy niezwykle aktualne i ważne dla środowiska. Znajdą w nim Państwo m.in. wywiad z dr. Pawłem Renkielskim, w którym merytorycznie i bez uprzedzeń przyglądamy się dynamicznemu rozwojowi chirurgii robotycznej. Z kolei w obszernej analizie narracji medialnej i politycznej wokół zarobków lekarzy, dekonstruujemy krzywdzący dyskurs publiczny, który nieraz maskuje rzeczywisty kryzys finansowania Narodowego Funduszu Zdrowia. Temat ten nierozzerwalnie łączy się z mocnym apelem ze strony 25, o zawodową solidarność w obliczu rosnącej agresji ze strony pacjentów – dziś, bardziej niż kiedykolwiek, przypominamy, że „lekarz lekarzowi człowiekiem”.

Sporo miejsca w tym wydaniu poświęcamy również młodym medykom, którzy stawiają swoje pierwsze zawodowe kroki. Publikujemy praktyczny *savoir-vivre* lekarza stażysty oraz pełen refleksji i trafnego humoru „Pamiętnik młodego lekarza”. Nie zabrakło też fotorelacji z pierwszego, pełnego słońca sphywu kajakowego zorganizowanego przez Zespół Młodych Lekarzy.

Z zakresu medycyny klinicznej polecam



fot. Patrycja Gawlikowska

uwadze opracowanie na temat sytuacji epidemiologicznej gruźlicy u dzieci w naszym województwie. A na chwilę wytchnienia proponujemy Państwu kulturalny powrót do lata i relację Jarosława Waneckiego z plenerowych spektakli szekspirowskich.

Przed nami także istotny czas zmian organizacyjnych. Zgodnie z uchwałą ostatniego Okręgowego Zjazdu Lekarzy ŚIL, od stycznia 2027 roku „Eskulap Świętokrzyski” przechodzi na nową formę dystrybucji. Wersja papierowa będzie

kierowana domyślnie wyłącznie do naszych Seniorów (lekarzy 70+), którzy niezmienne będą otrzymywać ją pocztą. Pozostałych członków Izby zapraszamy do lektury biuletynu w wygodnym formacie cyfrowym – na stronie internetowej Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej oraz w aplikacji mobilnej.

Oczywiście szanujemy Państwa przyzwyczajenia, dlatego wszyscy ci z Państwa, którzy chcą nadal otrzymywać „Eskulapa” pocztą w formie tradycyjnej, będą mieli taką możliwość. Warunkiem jest jednak zgłoszenie tego faktu do końca grudnia 2026 roku. Wybór wersji papierowej można zaznaczyć w opcjach na platformie e-Izba.

Nieustająco zapraszam do wspólnego współtworzenia biuletynu, nadsyłania własnych tekstów i propozycji tematów.

Życzę Państwu ciekawej lektury,

Dorota Pacholec
Redaktor Naczelna

WAŻNY KOMUNIKAT REDAKCJI

Lekarzu, lekarzu dentysto! Jeżeli masz mniej niż 70 lat

i od 1 stycznia 2027 roku nadal chcesz otrzymywać papierową wersję biuletynu „Eskulap Świętokrzyski”, prosimy o dopełnienie ważnej formalności.

Do 31 grudnia 2026 roku koniecznie zaloguj się do platformy e-Izba i zaznacz opcję chęci dalszego otrzymywania naszego pisma w formie drukowanej. Brak zaznaczenia tej opcji we wskazanym terminie będzie oznaczał automatyczną rezygnację z tradycyjnej wysyłki pocztowej. Zadbaj o to już dziś i zaktualizuj swoje preferencje na platformie e-Izba, abyśmy mogli nieprzerwanie dostarczać biuletyn prosto do Twoich rąk!



Szczegółowa instrukcja – czytaj na str. 13

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, Krzysztof Bidas, Urszula Chonin, Barbara Kocela, Marta Sitnik, Grażyna Sławeta, Dorota Szyska-Skrobot, Janusz Wiśniewski, Jadwiga Zielińska – sekretarz redakcji.

Skład, łamanie i szata graficzna: Paweł Kowalski, **Druk:** Wydawnictwo ESSI 3, Kielce, ul. Witosa 61D, w kooperacji z drukarnią KOLORAMI Kielce, ul. Magazynowa 6A. **Nakład:** 4850 egz.

Kontakt: redaktor.eskulap@gmail.com, tel. 507 001 724

Zdjęcia i grafiki wykorzystane w publikacji: okładka – Doktor Paweł Sękowski, for. Mariusz Uss, zdjęcia na stronach 4–7 – Mariusz Uss, s. 11 – FotoDax, BartekMagierowski, s. 15 – wygenerowane przez AI, s. 16 – Dorota Pacholec, stock.adobe.com: s. 17 – AgataK, s. 22 – Dr_Microbe, s. 24 – Stock Spectrum, s. 25 – Romolo Tavani

UWAGA! Redakcja nie zwraca nadesłanych materiałów i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiacji i zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy!

Nadchodzący październik to dla naszego samorządu czas szczególnej zadumy. Mija właśnie pierwsza rocznica śmierci dr. Włodzimierza Gajewskiego. Aby upamiętnić jego ogromne zaangażowanie i nieocenioną działalność samorządową na rzecz środowiska lekarskiego w województwie świętokrzyskim, w siedzibie naszej Izby uroczyste odsłoniemy pamiątkową tablicę. O szczegółach tego wydarzenia będziemy informować na naszej stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych, a obszerną relację z uroczystości zamieścimy w kolejnym wydaniu „Eskulapa Świętokrzyskiego”.

Choć nieubłagane żegnamy czas wakacji i sezonu urlopowego, mam nadzieję, że letnie miesiące pozwoliły Wam na złapanie oddechu. Pięknym akcentem kończącego się lata były Igrzyska Lekarskie w Cetniewie. Było to wydarzenie niezwykle, które po raz kolejny udowodniło, jak nieoceniona jest nasza integracja środowiskowa. Obserwowanie sportowej rywalizacji opartej na zasadach fair play, a przede wszystkim wzajemnego wsparcia i budowania koleżeńskich więzi, było doświadczeniem głęboko poruszającym. W tym miejscu pragnę przekazać najserdeczniejsze gratulacje wszystkim uczestnikom i medalistom tegorocznych zmagania. Szczególne wyrazy uznania i podziękowania kieruję do reprezentantów Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej – jesteśmy dumni z Waszych osiągnięć, ogromnego zaangażowania i godnego reprezentowania naszego regionu na sportowej arenie.

Jesień to w naszym środowisku tradycyjnie czas powitania nowych twarzy. Właśnie dołączyli do nas lekarze stażyści, którzy dopiero rozpoczynają swoją zawodową drogę. Chciałabym zwrócić się w tym miejscu do naszych doświadczonych koleżanek i kolegów – Wasza rola jako mentorów i mistrzów sztuki lekarskiej jest w tym

procesie nie do przecenienia. Proszę, otoczcie młodszych kolegów wsparciem. Z kolei Was, drodzy stażyści, gorąco zachęcam: nie bójcie się pytać. Czerpcie pełnymi garściami z ogromnej wiedzy i doświadczenia starszych stażem kolegów, bo to od nich uczycie się nie tylko rzemiosła medycznego, ale także empatii i niezwykle ważnej etyki naszego zawodu.

Ta solidarność międzypokoleniowa i zawodowa jest nam dziś potrzebna bardziej niż kiedykolwiek. Z rosnącym niepokojem i stanowczym sprzeciwem obserwuję próby robienia z lekarzy kozłów ofiarnych, na których zrzuca się winę za postępujący upadek systemu opieki zdrowotnej. Nie jesteśmy i nigdy nie byliśmy źródłem finansowej katastrofy w publicznej ochronie zdrowia. Pamiętajmy jednak, aby na te niesprawiedliwe oskarżenia nie reagować agresją. Ataków nie powinniśmy odpychać atakiem. Bezproduktywną konfrontację i kontratakowanie musimy zastąpić rzetelną edukacją pacjentów oraz decydentów. Wracając do naszej samorządowej codzienności, z ogromną satysfakcją oddajemy w Wasze ręce nową aplikację Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej. Mamy nadzieję, że to nowoczesne narzędzie usprawni komunikację i odciąży Was organizacyjnie (czytaj na str. 13). Jednocześnie z radością przypominam, że rozpoczęliśmy budowę naszej nowej infrastruktury, która na kolejne dekady zapewni nam godne i nowoczesne warunki do pracy oraz spotkań. Z myślą



fot. Łukasz Styczeń

o ciągłym rozwoju otwieramy również nowy sezon w naszym Ośrodku Szkoleniowym, z bogatą ofertą kursów odpowiadającą na Wasze codzienne potrzeby kliniczne.

Mimo że przed nami czas wytężonej pracy zawodowej, my już teraz przygotowujemy się do kolejnych ważnych wydarzeń organizacyjnych i integracyjnych. Z myślą o najmłodszych planujemy tegoroczne spotkanie mikołajkowe, a w głowach mamy już także pierwsze przygotowania do kolejnej edycji Balu Lekarza, który będzie doskonałą okazją do wspólnego świętowania. Dziękuję Wam za codzienne wsparcie i liczę na niezmienną solidarność w naszym samorządowym działaniu.

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

Uroczyste odsłonięcie tablicy upamiętniającej Doktora Włodzimierza Gajewskiego

odbędzie się 15 października 2026 roku

w siedzibie Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej.

Szczegółowe informacje zostaną opublikowane na stronie Izby
oraz w mediach społecznościowych.

O chirurgii robotycznej bez mitów i uprzedzeń

Skalpel, laparoskop i da Vinci

Medycyna od zawsze rozwija się na styku sprawdzonych tradycji i śmiałych innowacji. Zaledwie kilka dekad temu laparoscopia budziła w środowisku medycznym naturalne pytania, by z czasem stać się powszechnie uznanym standardem. Dzisiaj w podobnym, przełomowym momencie znajduje się chirurgia robotyczna. Wprowadzaniu tak zaawansowanych technologii zawsze towarzyszy wielowątkowa dyskusja. W środowisku medycznym naturalnie przenikają się różne perspektywy – z jednej strony głęboki szacunek do klasycznej, wypracowanej przez mistrzów szkoły chirurgicznej i sprawdzonych metod laparoskopowych, z drugiej zaś otwartość na nowe narzędzia, które oferują niespotykaną dotąd precyzję. Ta różnorodność spojrzeń to niezwykle wartościowe zjawisko. Nie dzieli ona środowiska, lecz stanowi doskonały punkt wyjścia do merytorycznej, opartej na faktach rozmowy o tym, jak optymalnie łączyć wiedzę operatora z możliwościami nowoczesnego sprzętu.

Szczególnie cenny głos w tej dyskusji płynie z naszego regionu. Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach zajmuje dziś jedną z czołowych pozycji w ogólnopolskich rankingach efektywności zabiegowej z wykorzystaniem systemów robotycznych. Sukcesy kieleckiego ośrodka pokazują, że doskonałe wyniki onkologiczne są efektem synergii – harmonijnej współpracy całego zespołu operacyjnego i technologii na najwyższym poziomie.

Zapraszamy Państwa do lektury wywiadu z doktorem **Pawłem Renkielskim**, z którym wspólnie przyjrzymy się faktom, obalimy narosłe wokół robotyki mity i poszukamy złotego środka. To zaproszenie do rzetelnej analizy, która – mamy nadzieję – okaże się inspirująca zarówno dla doświadczonych praktyków, jak i młodych lekarzy kształtujących swoją ścieżkę zawodową.

DP: Panie Doktorze, zacznijmy od samego początku. Czy to przypadek, że ten najsłynniejszy na świecie system chirurgiczny nosi imię Leonarda da Vinci – genialnego umysłu renesansu, inżyniera i perfekcyjnego anatom? Zanim przejdziemy do twardych

danych klinicznych, wyjaśnijmy lekarzom niezwiązanym na co dzień z bliskim zabiegowym, czym właściwie jest ta platforma. Dlaczego potoczne określanie jej „robotem” – co wielu osobom wciąż sugeruje samodzielność maszyny – bywa krzywdzące dla operatora i jak to innowacyjne urządzenie staje się w istocie perfekcyjnym przedłużeniem kunsztu siedzącego za konsolą chirurga?

PR: To rzeczywiście nieprzypadkowy patronat. Da Vinci jako inżynier i artysta renesansu wyprzedzał swoją epokę wieloma wizjonerskimi projektami. My, korzystając z tego narzędzia, wciąż na nowo odkrywamy jego możliwości i zastosowania, których jeszcze niedawno nie znaliśmy.

Trzeba jednak przyznać, że taka nazwa to również rozsądny, długofalowy zabieg marketingowy. Trudno konkurować z takim skojarzeniem – jak nazwać kolejne urządzenie tego typu, żeby nie wypadło błado przy tak mocnej marce? Einstein? Cezar? Warto, by na rynku pojawiali się kolejni producenci – konkurencja motywuje do rozwoju i, mam nadzieję, z czasem obniży koszty tej technologii.



Na zdjęciu: doktor Paweł Renkielski

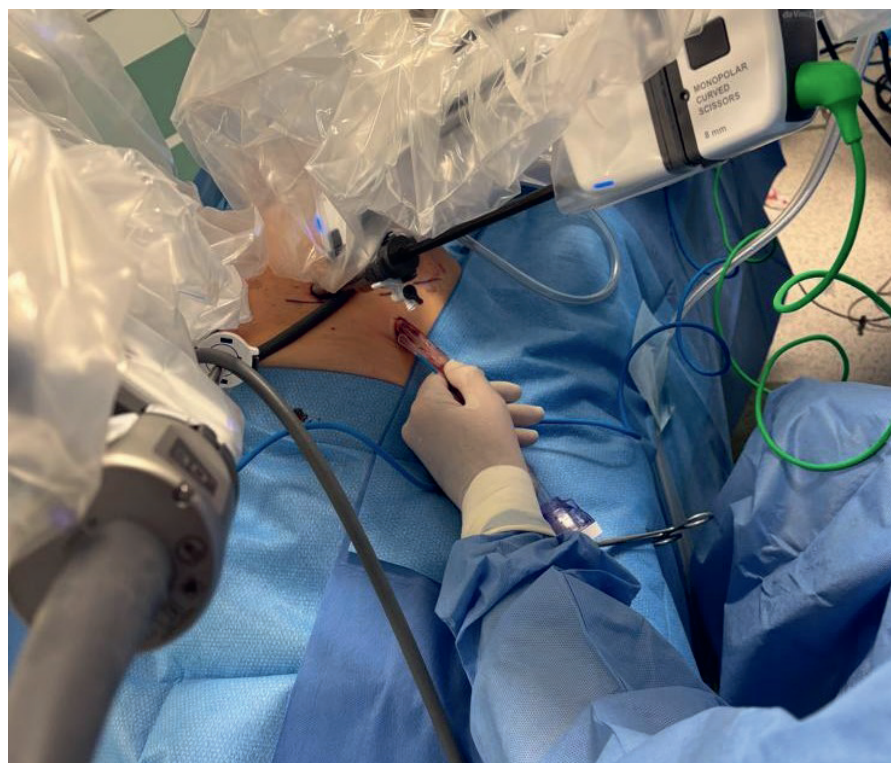
Zgadzam się też, że w polskich realiach słowo „robot” bywa odbierane z rezerwą, niemal jak coś obcego – i towarzyszy mu niezasłużona opinia narzędzia bezosobowego, pozbawionego ludzkiego nadzoru. A przecież to tylko maszyna, która wiernie wykonuje polecenia operatora. To trochę jak z nowoczesnym myślicielem: jego systemy korygują drobne, mimowolne drżenia ręki pilota, pozwalając mu w pełni skupić się na zadaniu. Nikt rozsądny nie twierdzi, że maszyna z okresu pierwszej wojny światowej, całkowicie zależna od umiejętności pilota, była przez to „bardziej autentyczna”. To od nas, lekarzy, zależy, czy pacjenci otrzymają rzetelną i prawdziwą wiedzę o aparaturze, którą się posługujemy.

DP: Przejdźmy teraz do najczęstszego zarzutu ze strony sceptyków. Wielu z nich twierdzi, że „robot to tylko droga zabawka, a sprawny operator zrobi dokładnie to samo dobrym laparoskopem”. Jak z perspektywy sali

operacyjnej znaleźć kompromis w tym sporze, doceniając mistrzów klasycznej laparoskopii, a jednocześnie udowadniając wyższość systemu da Vinci w konkretnych przypadkach? Sceptycy pytają również o to, jak bezpiecznie operować, skoro chirurg nie czuje oporu tkanki pod palcami? Entuzjaści odpowiadają krótko: oczy zastępują nam dłonie. Gdzie leży prawda? W jaki sposób zespół na Państwa bloku operacyjnym nauczył się rekompensować brak *haptic feedback* trójwymiarowym obrazem i czy to rzeczywiście wystarczy, by nie uszkodzić delikatnych struktur? Kolejny mocny argument oponentów to czas. Panuje przekonanie, że samo przygotowanie pacjenta i dokowanie robota drastycznie wydłuża pobyt na sali. Jak brutalnie wyglądała ta rzeczywistość po wypracowaniu obecnej, pełnej rutyny przez kielecki zespół ŚCO?

PR: Proponuję prosty eksperyment. Proszę unieruchomić sobie oba nadgarstki temblakiem i spróbować umyć zęby, wytrzeć talerz albo poprasować. Dla bardziej ambitnych – niech spróbują szydełkować albo robić na drutach. To najprostszy sposób, żeby poczuć różnicę między laparoskopią a chirurgią robotową.

Argument „dotykowy” – że chirurg musi coś namacać i poczuć w rękach – słyszę często od pacjentów. A przecież większość z nas prowadzi samochód, chodzi do kina, porozumiewa się



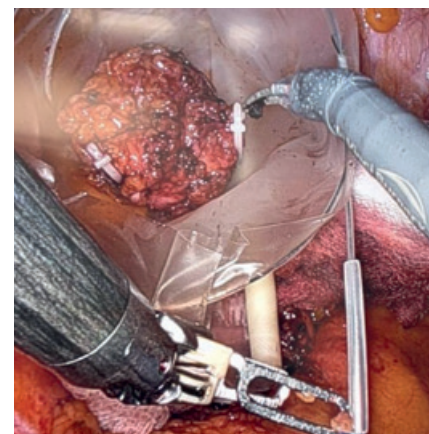
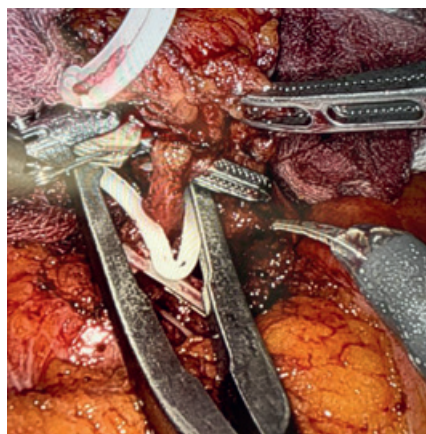
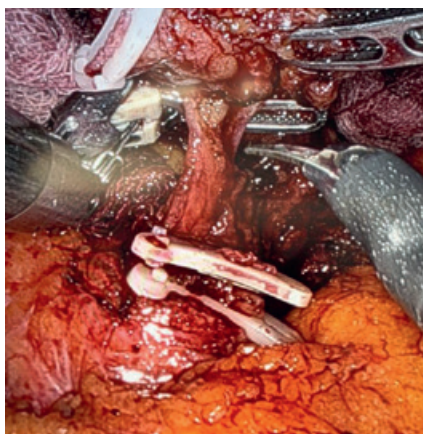
Pole operacyjne

z otoczeniem głównie wzrokiem. Nie neguję, że dotyk manetki skrzyni biegów czy oparcia wygodnego fotela ma swoją wartość. Ale w chirurgii jesteśmy przede wszystkim wzrokowcami, nie „macaczami” – a obraz w powiększeniu 3D daje informacje, których dotyk nigdy by nam nie dostarczył.

Co do czasu – każdy z nas widział start myśliwca z lotniskowca, powrót promu kosmicznego albo pit stop w Formule 1. Przygotowanie systemu do pracy to właśnie taki zbiorowy wysiłek zespołu anestezjologicznego

i operacyjnego – wielokrotne trenowanie tych samych sekwencji ruchów, aby maksymalnie wykorzystać czas na sali. Dla doświadczonego, zgranego zespołu przygotowanie robota trwa dziś wyraźnie krócej niż otwarcie metodą klasyczną, a tylko nieco dłużej niż przygotowanie do laparoskopii. Właśnie nad tym najbardziej pracujemy, żeby kolejne procedury stawały się rutyną.

Wracając do boksu w Formule 1 – proszę sobie wyobrazić, co by się działo, gdyby każdy mechanik działał „po



Klipsowanie w trakcie operacji robotycznej



Doktor Paweł Renkielski za sterami robota

swojemu”, bez planu i standardu. My takie standardy mamy – i to na szeroką skalę, bo ŚCO jako jeden z krajowych liderów dysponuje pięcioma oddziałami wykorzystującymi robota. Tak szerokie zastosowanie tej technologii ma miejsce tylko w kilku ośrodkach w Polsce.

DP: Czasem słyszy się, że robot nadaje się tylko do prostych przypadków, a gdy w onkologii robi się naprawdę

trudno, i tak trzeba pacjenta „otworzyć”. Spójrzmy na anatomię: w których przestrzeniach – np. w ciasnej miednicy mniejszej – robot faktycznie daje chirurgowi możliwości wręcz nieosiągalne dla klasycznych i laparoskopowych technik? Oponenci wątpią, czy maszyna pozwala na równie radykalną limfadenektomię i wyczyszczenie łoży, co wprawna ręka. Co mówią codzienne doświadczenia Państwa zespołu na temat precyzji preparowania węzłów chłonnych i ochrony spłotów nerwowych?

PR: Do zadań trudnych trzeba używać nowoczesnego oręża – jak wspomniany wcześniej myśliwiec F-16, a nie aeroplanu z pierwszej wojny światowej. Prawdą jest jednak, że zrosty po wcześniejszej chirurgii albo bardzo zaawansowany stopień choroby mogą uniemożliwić użycie robota i wymusić postępowanie klasyczne. Każdy operator, w miarę zdobywania doświadczenia, ogranicza liczbę zabiegów wymagających konwersji do techniki otwartej.

Dobrym przykładem jest tu liczba konwersji podczas zabiegów wykonywanych wspólnie z panem profesorem Budzyńskim, naszym mentorem. Przez około 2,5 roku regularnej wspólnej pracy – a zapewniam Państwa, że na jego wizyty przygotowujemy najtrudniejsze przypadki – liczba konwersji wyniosła zero. To nieprzypadkowe: liczba konwersji jest na świecie jednym z podstawowych wskaźników doświadczenia operatora.

Robot to precyzyjne narzędzie, przeznaczone do pracy w jednym, zawężonym polu operacyjnym w danym momencie. I właśnie to małe, ale za to optycznie powiększone pole może początkowo powodować dyskomfort u mniej wprawionych operatorów. Osobiście uważam, że chirurgia robotowa ma przewagę nad laparoskopową w praktycznie każdej okolicy anatomicznej. Jedyną istotną przewagą laparoskopii, którą zauważyłem, stosując obie techniki naprzemiennie przez ostatnich 15 lat, jest szybkość zmiany pola operacyjnego.

Co do czyszczenia łoży – kluczowe znaczenie ma to, czy odbywa się ono w powiększeniu, czy bez niego. Nerwy widoczne w powiększeniu można oszczędzić. Te niewidoczne – łatwo uszkodzić.

DP: Sceptycy ostrzegają, że chirurg w konsoli staje się samotnym wilkiem, fizycznie i mentalnie odcięty od pacjenta. Czy w praktyce sali operacyjnej obala się ten mit? W jaki sposób buduje się to absolutne zaufanie do asysty i instrumentarzystek stojących bezpośrednio przy stole? Największa obawa przeciwników technologii: a co, gdy dojdzie do masywnego krwawienia? Zanim odpięcie robota, pacjent się wykrwawi. Jak w rzeczywistości – sekunda po sekundzie – wyglądają procedury awaryjne i konwersja do zabiegu otwartego w sytuacjach krytycznych?



Pielęgniarka instrumentariuszka śledzi na monitorze przebieg operacji

PR: Na sali operacyjnej nikt nie jest samotny. Wszyscy tworzymy zgrany, wspierający się zespół, a sam system jest wyposażony w głośniki i mikrofon, które ułatwiają komunikację. Dodatkowo wszystkie osoby na sali mogą na bieżąco, w pełni transparentny sposób obserwować postęp operacji na ekranach. To zresztą cenię sobie najbardziej – chirurgia bez sekretów, z możliwością dokumentowania każdego etapu zabiegu i wracania do niego w analizach, zawsze w najlepszym interesie pacjenta.

Krwawienie zawsze może wystąpić podczas operacji i bywa trudne do opanowania – niezależnie od techniki. Na ponad 200 zabiegów, które wykonałem po powrocie do kraju, tylko raz musiałem zmienić technikę na otwartą z powodu trudnego do opanowania krwawienia – dotyczyło to resekcji fragmentu wątroby.

DP: Siedzący przy konsoli operator bywa żartobliwie nazywany „graczem komputerowym”. Zwolennicy ripostują: to eliminacja drżenia rąk i ulga dla kręgosłupa. Jak ta fizyczna wygoda i nowa ergonomia realnie przekładają się na jakość decyzji chirurgicznych i precyzję ruchów chirurga w piątej czy szóstej godzinie trudnej onkologicznie operacji? Młodzi lekarze często boją się, że przy robocie będą tylko „patrzyć w monitor”, podczas gdy przy klasycznym stole szybko dostaliby hak do ręki. Jak przekonać młodych lekarzy w naszym regionie, że chirurgia robotyczna nie jest zamkniętym klubem dla wybranych, i jak w praktyce włącza się ich w bezpieczny trening? Czy w ogóle ich trzeba do tego przekonywać?

PR: Nie mam doświadczenia w grach komputerowych, więc trudno mi porównywać do nich swoją pracę. Wiem natomiast, że jesteśmy starzejącą się populacją chirurgów, a zachowanie zdrowia i dobrej kondycji tych, którzy wciąż operują, jest bezcenne. Chirurg pracujący w pozycji siedzącej,



Operatorzy przed zabiegiem, od lewej doktor Paweł Renkielski, doktor Paweł Sękowski

z licznymi punktami podparcia, może dłużej i efektywniej utrzymać koncentrację niż przy klasycznym stole.

Jeśli zaś chodzi o zachęcanie młodych koleżanek i kolegów do zawodu – wydaje mi się oczywiste, że wolą pracować z nowoczesnymi narzędziami niż bez nich. Nie trzeba ich do tego długo przekonywać, wystarczy dać im szansę bezpiecznego, stopniowego treningu przy doświadczonym zespole.

DP: Podsumowując naszą dyskusję w tym wydaniu – celem przecież nie jest wyrzucenie do kosza tradycyjnych metod. Jaki kompromis środowiskowy powinien zostać przyjęty, aby robotykę traktować po prostu jako najwyższej klasy narzędzie w rękach sprawnego zespołu? I jakiego kolejnego przełomu w tej technologii spodziewać w najbliższych latach?

PR: Chirurgia musi na nowo stać się atrakcyjnym zawodem – nawet jeśli oznacza to wysokie koszty. Robot jest drogi, droga jest też jego obsługa, i to niestety dzieli środowisko chirurgiczne. Cena zakupu bywa barierą nie do pokonania dla wielu ośrodków. Ale patenty wygasają, na rynek wchodzi nowi producenci – i trudno dziś przewidzieć, jak sytuacja będzie wyglądać za kilka kwartałów.

Co do dalszej przyszłości – nie mam wątpliwości, że w pewnym momencie roboty będą operować w pełni autonomicznie. Skoro pozwalamy się już przewozić autonomicznym taksówkom i uznajemy to za bezpieczne, to i ten kierunek rozwoju wydaje się nieunikniony. Zresztą autonomiczne roboty operują już dziś – tyle że jeszcze nie ludzi.

Rozmawiała Dorota Pacholec

Zgłoś swój TOP TEMAT do „Eskulapa”!

Jeśli macie pomysł na ważne, aktualne lub po prostu ciekawe zagadnienie, o którym powinniśmy napisać – dajcie nam znać! Zapraszamy wszystkich lekarzy oraz lekarzy dentystów do współtworzenia biuletynu.

Propozycje tematów prosimy przysyłać bezpośrednio do redakcji na adres e-mail: redaktor.eskulap@gmail.com. Czekamy na Wasze inspiracje!

Prezydent RP nadał tytuły profesorskie kieleckim lekarzom

Prezydent RP nadał tytuły profesora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu dwójgu lekarzom związanym z Uniwersytetem Jana Kochanowskiego w Kielcach (UJK) oraz Świętokrzyską Izbą Lekarską. Nominację profesorską otrzymała prof. dr hab. n. med. Beata Kręcis – specjalistka w zakresie alergologii, dermatologii i medycyny pracy, kierująca Kliniką Dermatologii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach oraz pełniąca funkcję prorektor ds. medycznych UJK. Tytuł ten uzyskał również prof. dr hab. n. med. Piotr Sobolewski – neurolog specjalizujący się w leczeniu udarów mózgu, ordynator Oddziału Neurologii Szpitala Specjalistycznego w Sandomierzu oraz dziekan sandomierskiej filii UJK. Informacja o przyznaniu tzw. profesury belwederkiej została oficjalnie opublikowana w Monitorze Polskim oraz podana do wiadomości publicznej w lipcu 2026 roku. Składamy Pani Profesor i Panu Profesorowi oficjalne i serdeczne gratulacje oraz życzymy dalszych sukcesów na polu naukowym, klinicznym i dydaktycznym, a także satysfakcji z codziennej pracy na rzecz pacjentów.

Pierwsze wodowanie Zespołu Młodych Lekarzy

Trasa rzeką Czarną Nidą, na odcinku od Marzysza do Bieleckich Młynów, okazała się niezwykle malownicza, ale i... wymagająca prawdziwie chirurgicznej precyzji. Prawie 9 kilometrów omijania naturalnych przeszkód i nawigowania między zwalonymi konarami sprawiło, że manewrowanie kajakiem przypominało momentami poruszanie się po wyjątkowo skomplikowanym polu operacyjnym.

Po intensywnym wiosłowaniu, na zmęczonych, ale uśmiechniętych uczestników czekało ognisko. Terapia ciepłem i odpowiednio dobranym poczęstunkiem okazała się w stu procentach skuteczna w leczeniu powysiłkowych spadków energii. Pierwszy spływ zorganizowany przez Zespół Młodych Lekarzy można oficjalnie uznać za w pełni udany zabieg integracyjny – rokowania na przyszłość są wyborne!

Zachęcamy do śledzenia profilu Zespołu Młodych Lekarzy. Obserwujcie nas uważnie, bo w planach mamy kolejne aktywne recepty na spędzanie wolnego czasu poza salami oddziałów!

lek. dent. Piotr Śmiech



Fot. ZML ŚÍL

Specjalistyczny zespół aHUS Unit w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym

W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach utworzono wielodyscyplinarny zespół aHUS Unit. Jego głównym zadaniem jest jak najszybsze ustalenie przyczyny choroby oraz rozpoczęcie odpowiednio dobranego leczenia u pacjentów z rzadkimi, gwałtownie rozwijającymi się schorzeniami z grupy mikroangiopatii zakrzepowych (TMA). W przebiegu tych chorób w małych naczyniach krwionośnych powstają zakrzepy, co może prowadzić do niszczenia czerwonych krwinek, spadku liczby płytek krwi oraz uszkodzenia kluczowych narządów, takich jak nerki, serce i mózg.



Fot. Media społecznościowe WSZ w Kielcach

Specjaliści z aHUS Unit będą zajmować się szybkim różnicowaniem i rozpoznawaniem konkretnych postaci TMA, do których należą:

- atypowy zespół hemolityczno-mocznicowy (aHUS),
- zakrzepowa plamica małopłytkowa (TTP),
- zespół hemolityczno-mocznicowy związany z zakażeniem bakteryjnym (STEC-HUS).

W skład nowo powstałego zespołu wchodzi specjalistów z wielu dziedzin medycyny:

- nefrolog: dr n. med. Paweł Wróbel, lek. Katarzyna Kuźmiak, lek. Alejandro Coloma oraz lek. Dagmara Jabłońska,
- hematolog: dr n. med. Paweł Steckiewicz,
- anestezjolog: lek. Michał Smoleński,
- specjalistka medycyny ratunkowej: lek. Olga Koślak,
- neurolog: lek. Paweł Szadkowski,
- ginekolog-położnik: lek. Tomasz Domański,
- diagnosta laboratoryjny: mgr Agnieszka Wtorek,
- farmaceutki: mgr Elżbieta Kałużna-Cebula oraz mgr Aleksandra Suchcicka.

Pracę całego zespołu koordynują dr n. med. Paweł Wróbel oraz lek. Katarzyna Kuźmiak. Jednostka aHUS Unit pozostaje w stałej gotowości do konsultowania i przyjmowania w trybie pilnym pacjentów kierowanych z innych placówek medycznych. Szpitale i oddziały kierujące pacjentów mogą kontaktować się z zespołem pod numerami telefonów: 41 367 12 37 oraz 41 367 12 23.

Nowy pawilon Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Ostrowcu Świętokrzyskim



Fot. Media społecznościowe WS w Ostrowcu Świętokrzyskim

Wielospecjalistyczny Szpital w Ostrowcu Świętokrzyskim oficjalnie zakończył rozbudowę Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. Dzięki inwestycji do użytku oddano nowy pawilon, który pozwoli na objęcie całodobową opieką długoterminową dodatkowych 25 pacjentów. Nowy budynek został zaprojektowany z myślą o najwyższych standardach opieki. W jego wnętrzu przygotowano kilkanaście dwuosobowych sal chorych, z których każda wyposażona jest w pełen węzeł sanitarny. Ponadto w pawilonie znalazła się nowoczesna sala zabiegowa oraz przestrzeń dedykowana rehabilitacji – sale fizjoterapii i terapii zajęciowej. Znaczące powiększenie bazy lokalowej i doposażenie placówki było możliwe dzięki dofinansowaniu ze środków Krajowego Planu Odbudowy (KPO). Projekt zrealizowano w ramach przedsięwzięcia pod nazwą: „Zwiększenia dostępności do opieki długoterminowej w ramach rozbudowy i wyposażenia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Wielospecjalistycznego Szpitala w Ostrowcu Świętokrzyskim”. Zrealizowana inwestycja stanowi kolejny etap podnoszenia jakości usług medycznych w regionie. W uroczystym otwarciu nowego obiektu wzięli udział liczni goście, w tym przedstawiciele władz państwowych, wojewódzkich i samorządowych. W wydarzeniu uczestniczyli przedstawiciele gmin, komendanci lokalnej policji i straży pożarnej, dyrektorzy okolicznych instytucji, pracownicy szpitala oraz media.

Studencki doktorat z wyróżnieniem

W dniu 19 maja 2026 r. Jakub Janczura, student VI roku kierunku Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, obronił z wyróżnieniem rozprawę doktorską pt. „Stłuszczeniowa choroba wątroby u chorych z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby”. Promotorem pracy była prof. dr hab. n. med. Dorota Zarębska-Michaluk, a promotorem pomocniczym dr n. med. Krystyna Dobrowolska. Jakub Janczura jest siódmą osobą w Polsce, która obroniła doktorat przed ukończeniem studiów medycznych. Jego dotychczasowy dorobek naukowy obejmuje 32 publikacje (w tym 15 przygotowanych wyłącznie w gronie studenckim pod jego przewodnictwem),

których łączny Impact Factor wynosi 61, suma punktów MNiSW to 1885, a wskaźnik H-index wynosi 6. W ramach działalności badawczej współtworzył wieloosrodkowe projekty z ośrodkami w Polsce i we Włoszech oraz wygłaszał wykłady na ogólnopolskich wydarzeniach medycznych, m.in. podczas 8. i 9. Forum Wirusologicznego oraz XXXIV Konferencji Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego. Dodatkowo w kadencji 2024/2025 był przewodniczącym Studenckiego Towarzystwa Naukowego Collegium Medicum UJK, a obecnie kieruje Kołem Chorób Zakaźnych i Hepatologii Ogólnej. Otrzymał m.in. Nagrodę i Stypendia Rektora, Stypendium Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz stypendium Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego finansujące staż naukowy w Mediolanie. Po ukończeniu studiów planuje podjąć pracę naukową i kliniczną w krakowskim ośrodku zajmującym się chorobami wątroby.

Krzysztof Łupina

Świętokrzyskie Centrum Geriatrii w Staszowie oficjalnie otwarte

W Staszowie oddano do użytku Świętokrzyskie Centrum Geriatrii. Nowy obiekt wybudowano w zaledwie osiem miesięcy dzięki dofinansowaniu z KPO. Jest to największa inwestycja z KPO spośród 10 szpitali w województwie świętokrzyskim. Dzięki niej liczba łóżek dla pacjentów geriatrycznych wzrosła z 34 do 55, a komfort pobytu uległ poprawie poprzez zmniejszenie liczby łóżek w salach z pięciu do trzech. Przyjęcia pacjentów rozpoczną się 1 lipca.

W uroczystym otwarciu wzięli udział m.in. wiceminister zdrowia Katarzyna Kacperczyk, wojewoda świętokrzyski Józef Bryk, starosta staszowski Romuald Zgrzywa, dyrektor lecznicy Paweł Wojtasik oraz świętokrzyski konsultant w dziedzinie geriatrii, lek. Tomasz Ambryszewski, który podkreślił problem deficytu specjalistów w regionie, przypominając, że w województwie świętokrzyskim na 100 tysięcy mieszkańców przypada zaledwie 0,5 geriatry. Władze powiatu oraz dyrekcja szpitala zapowiadają współpracę z Uniwersytetem Jana Kochanowskiego w Kielcach w zakresie kształcenia młodych lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów i opiekunów medycznych. Ponadto nowy budynek został konstrukcyjnie przygotowany do rozbudowy – w przyszłości planowane jest stworzenie drugiego piętra, na którym miałby powstać Zakład Opiekuńczo-Leczniczny.



Fot. Red.

Najważniejsze informacje i wytyczne prawne w codziennej praktyce

Procedury dotyczące stwierdzania zgonu

W związku z napływającymi od lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej informacjami dotyczącymi wątpliwości związanych ze stwierdzaniem przez lekarzy zgonu udostępniamy szczegółowe zasady postępowania oraz uregulowania prawne dotyczące procedury stwierdzania zgonu. Przygotowany dokument systematyzuje aktualne wymogi formalne, stanowiąc praktyczne wsparcie i odpowiedź na najczęstsze wątpliwości pojawiające się w pracy środowiska medycznego.

Zasady i tryb stwierdzania zgonu są regulowane przez przepisy z lat 50. i 60. ubiegłego wieku co niekiedy utrudnia ich stosowanie w aktualnej organizacji systemu ochrony zdrowia.

Stwierdzenie zgonu jest czynnością o charakterze medycznym, prawnym i dokumentacyjnym. Jej skutkiem jest nie tylko potwierdzenie śmierci człowieka, lecz także uruchomienie procedur związanych z rejestracją zgonu w urzędzie stanu cywilnego, pochówkiem, statystyką publiczną, ewentualnym postępowaniem epidemiologicznym albo postępowaniem karnym.

Lekarz dokonujący tej czynności musi ustalić dwie kwestie:

1. fakt zgonu, czyli nieodwracalne ustanie funkcji życiowych;
2. przyczynę zgonu, o ile może ją ustalić na podstawie dokumentacji medycznej, wywiadu, oględzin zwłok i okoliczności śmierci.

Nie należy utożsamiać zwykłego stwierdzenia zgonu z procedurami stwierdzania śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia na potrzeby pobrania narządów. Te ostatnie są regulowane szczególnymi przepisami i mają odrębny, bardziej sformalizowany charakter.

Podstawowymi aktami prawnymi regulującymi przedmiotowe kwestie są:

1. ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. z 2026r. poz. 37 ze zm.);
2. ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r.

o cmentarzach i chowaniu zmarłych (w szczególności art. 11)(Dz. U. z 205 r. poz.1590);

3. rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 sierpnia 1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny(Dz.U. z 1961 r. Nr 39, poz.202);
4. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2023 r. w sprawie wzoru karty zgonu(Dz.U. z 2023r. poz. 2734).

Przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie regulują szczegółowo wszystkich technicznych elementów zwykłego stwierdzenia zgonu w domu, zakładzie opiekuńczym albo innym miejscu. Wyznaczają jednak podstawowe standardy działania lekarza.

Wykonywanie zawodu lekarza obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje. Lekarz powinien wykonywać swoje czynności zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

W odniesieniu do stwierdzenia zgonu oznacza to w szczególności obowiązek:

- osobistej oceny stanu osoby zmarłej;
- działania w granicach własnych kompetencji;
- wykorzystania dostępnej dokumentacji medycznej;

- uwzględnienia znanych lekarzowi informacji o ostatniej chorobie;
- unikania dowolnego lub automatycznego wpisywania przyczyn zgonu;
- zawiadomienia właściwych organów, gdy okoliczności zgonu mogą wskazywać na przestępstwo lub chorobę zakaźną.

Osoby właściwe do ustalenia zgonu i jego przyczyny określają przepisy ww. ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Zgodnie z jej art. 11 ust. 1 zgon i jego przyczynę ustala:

1. lekarz leczący chorego w ostatniej chorobie;
2. kierownik zespołu ratownictwa medycznego, jeżeli zgon nastąpił w trakcie akcji medycznej prowadzonej przez zespół ratownictwa medycznego.

Pierwszeństwo ma zatem lekarz, który sprawował opiekę nad pacjentem w okresie jego ostatniej choroby. Chodzi o lekarza mającego wiedzę o stanie zdrowia chorego, przebiegu choroby, wcześniejszych rozpoznaniach oraz leczeniu.

W razie niemożności zastosowania tego podstawowego trybu stwierdzenia zgonu i jego przyczyny powinno nastąpić w drodze oględzin dokonywanych przez lekarza. Jeżeli lekarza nie ma, oględzin może dokonać inna osoba powołana do tego przez właściwego starostę. Ustawa wyraźnie wskazuje, że koszty oględzin i wystawienia świadectwa nie mogą obciążać rodziny zmarłego.

Pojęcie „lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie” należy rozumieć funkcjonalnie. Jest nim lekarz, który rzeczywiście sprawował opiekę nad pacjentem w związku z chorobą poprzedzającą zgon i posiada

informacje pozwalające na ocenę jego stanu zdrowia.

Może nim być w szczególności:

- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej;
- lekarz prowadzący leczenie specjalistyczne;
- lekarz opieki długoterminowej;
- lekarz hospicjum domowego;
- lekarz zakładu opiekuńczo-leczniczego;
- lekarz oddziału szpitalnego, jeżeli pacjent zmarł podczas hospitalizacji.

W przypadku gdy pacjent pozostawał pod opieką lekarza, ale zgon nastąpił nagle, w nietypowych okolicznościach lub z towarzyszeniem obrażeń, lekarz powinien zachować szczególną ostrożność. Sam fakt przewlekłej choroby nie wyklucza możliwości śmierci z innej przyczyny, w tym z przyczyny urazowej albo przestępczej.

Ustawa przewiduje szczególną kompetencję kierownika zespołu ratownictwa medycznego. Dotyczy ona sytuacji, w której zgon nastąpił w trakcie akcji medycznej prowadzonej przez zespół ratownictwa medycznego.

Kierownik zespołu ratownictwa medycznego stwierdza wówczas zgon i jego przyczynę w zakresie wymaganym ustawą oraz wypełnia kartę zgonu.

Jeżeli występują okoliczności wymagające dalszego postępowania, w szczególności potrzeba skierowania zwłok do zakładu medycyny sądowej albo prosektorium szpitalnego, ustawodawca przewiduje odrębny tryb przekazania dokumentacji i dalszego wydania karty zgonu.

Stwierdzenie zgonu powinno opierać się na osobistych oględzinach zwłok. Oględziny powinny umożliwiać lekarzowi:

- potwierdzenie ustania czynności życiowych;
- ocenę, czy występują cechy śmierci;
- ustalenie albo przybliżone określenie czasu zgonu;
- ocenę widocznych obrażeń, śladów przemocy lub innych nietypowych okoliczności;



- analizę możliwego mechanizmu śmierci;
- ocenę danych potrzebnych do wystawienia karty zgonu;
- ustalenie, czy istnieje podejrzenie choroby zakaźnej;
- ustalenie, czy zachodzi uzasadnione podejrzenie przestępstwa.

Zakres oględzin powinien być adekwatny do sytuacji. Lekarz nie wykonuje na miejscu sekcji zwłok ani czynności właściwych dla medycyny sądowej, lecz powinien dostrzec i odpowiednio ocenić okoliczności mogące wymagać zawiadomienia Policji lub prokuratora.

Ponadto przepisy rozporządzenia w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny również określają zasady ustalania zgonu. Stosownie do § 2 wystawienie karty zgonu jest obowiązkiem lekarza, który ostatni w okresie

30 dni przed dniem zgonu udzielał choremu świadczeń lekarskich.

Jeżeli zwłoki zostały poddane sekcji, lekarz, o którym mowa w ust. 1, przed wystawieniem karty zgonu powinien zapoznać się z protokołem sekcji.

Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się, jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu było przestępstwo. W takim wypadku kartę zgonu wystawia lekarz, który na zlecenie sądu lub prokuratora dokonał oględzin lub sekcji zwłok.

W przypadku gdy nie ma lekarza zobowiązanego do wystawienia karty zgonu w myśl § 2 ust. 1 bądź lekarz taki zamieszkuje w odległości większej niż 4 km od miejsca, w którym znajdują się zwłoki, albo z powodu choroby lub z innych uzasadnionych przyczyn nie może dokonać oględzin zwłok w ciągu 12 godzin od chwili wezwania, kartę zgonu wystawia:

- 1) lekarz, który stwierdził zgon będąc wezwany do nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania,
- 2) lekarz lub starszy felczer albo felczer zatrudniony w przychodni bądź ośrodku zdrowia lub jego placówce terenowej (wiejski, felcherski punkt zdrowia) i sprawujący opiekę zdrowotną nad rejonem, w którym znajdują się zwłoki,
- 3) położna wiejska, jeżeli nastąpił na terenie gromady zgon pozostającego pod jej opieką noworodka przed upływem 7 dni życia, a najbliższa przychodnia lub ośrodek zdrowia jest oddalony o więcej niż 4 km.

Po stwierdzeniu zgonu i jego przyczyny osoba uprawniona ma obowiązek wypełnić kartę zgonu. Karta zgonu jest wydawana w jednym egzemplarzu podmiotom uprawnionym do pochowania zwłok.

Karta zgonu składa się z trzech części:

- części przeznaczonej do zarejestrowania zgonu;
- części przeznaczonej dla administracji cmentarza;
- części przeznaczonej dla potrzeb statystyki publicznej.

Jeżeli lekarz albo inna osoba dokonująca oględzin poweźmie pewność lub uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu była choroba zakaźna podlegająca obowiązkowemu zgłoszeniu, powinien niezwłocznie zawiadomić właściwego państwowego inspektora sanitarnego.

Informacja o zgonie w wyniku choroby zakaźnej powinna zostać zaznaczona w części II karty zgonu przeznaczonej dla administracji cmentarza.

Obowiązek ten ma znaczenie nie tylko statystyczne. Służy także ochronie sanitarnej osób mających kontakt ze zwłokami, personelu medycznego, pracowników zakładu pogrzebowego oraz administracji cmentarza.

Natomiast w przypadku gdy lekarz podczas oględzin poweźmie

uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu było przestępstwo, powinien zawiadomić Policję albo prokuratora.

Podejrzenie przestępstwa może wynikać między innymi z:

- widocznych obrażeń nie pasujących do deklarowanego przebiegu zdarzenia;
- śladów przemocy;
- nietypowego miejsca znalezienia zwłok;
- podejrzenia zatrucia;
- niejasnych albo sprzecznych relacji osób obecnych;
- nagłego zgonu bez uchwytnej przyczyny;
- podejrzenia samobójstwa;
- zgonu po wypadku;
- śmierci osoby zależnej, małoletniej albo pozostającej pod opieką innych osób.

Lekarz nie jest organem prowadzącym postępowanie karne i nie przesądza, że doszło do przestępstwa. Jego obowiązkiem jest jednak reagowanie wtedy, gdy istnieje uzasadnione podejrzenie takiego zdarzenia.

W razie podejrzenia przestępstwa pochowanie zwłok wymaga zezwolenia prokuratora.

Osoby stwierdzające zgon i jego przyczynę są obowiązane udzielać, na żądanie właściwych organów, wyjaśnień dotyczących faktu zgonu i jego przyczyny.

Jeżeli zmarły pozostawał w ostatniej chorobie pod opieką lekarską, wyjaśnienia mogą również dotyczyć przebiegu tej choroby. Ustawa stanowi, że informacje te są objęte tajemnicą prawnie chronioną i mogą być wykorzystywane dla potrzeb statystyki publicznej oraz w postępowaniu sądowym.

Lekarz powinien zatem przechowywać dokumentację i sporządzać wpisy medyczne w sposób pozwalający odtworzyć podstawy rozpoznania przyczyny zgonu.

Jeżeli nie można ustalić albo potwierdzić tożsamości osoby zmarłej na podstawie dokumentów, karta zgonu

może zostać sporządzona z uwzględnieniem dostępnych danych.

W przypadkach przewidzianych ustawą, dotyczących interwencji zespołu ratownictwa medycznego, kartę zgonu osoby o nieustalonej tożsamości wypełnia lekarz zakładu medycyny sądowej albo lekarz szpitala, w którym funkcjonuje prosektorium.

Nieprawidłowe stwierdzenie zgonu albo nierzetelne wypełnienie karty zgonu może prowadzić do odpowiedzialności:

- zawodowej przed organami samorządu lekarskiego;
- cywilnej, gdy wskutek zawnionego działania lub zaniechania powstała szkoda;
- karnej, w szczególności w razie poświadczenia nieprawdy w dokumencie albo zaniechania obowiązku zawiadomienia o podejrzeniu przestępstwa w sytuacji przewidzianej prawem;
- administracyjnej lub organizacyjnej, w zależności od miejsca wykonywania zawodu i rodzaju zatrudnienia.

Odpowiedzialność może wchodzić w grę zwłaszcza wtedy, gdy lekarz:

- stwierdził zgon bez faktycznego badania;
- zaniechał oględzin mimo istniejących wątpliwości;
- wpisał przyczynę zgonu bez podstaw medycznych;
- pominął widoczne obrażenia albo inne istotne okoliczności;
- nie zawiadomił organów ścigania mimo uzasadnionego podejrzenia przestępstwa;
- sporządził dokument zawierający dane niezgodne z rzeczywistością.

Każdy przypadek wymaga jednak indywidualnej oceny, z uwzględnieniem okoliczności śmierci, dostępnej dokumentacji, stanu wiedzy lekarza oraz zakresu naruszenia obowiązków.

Radca Prawny
Ewa Witkowicz

APLIKACJA MOBILNA ŚIL

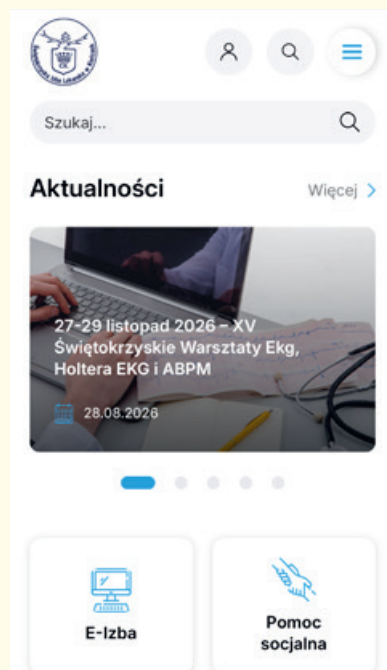
Instrukcja pobierania i instalacji aplikacji mobilnej Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Urządzenia z systemem Android (smartfony i tablety):

1. Otwórz aplikację Sklep Play na swoim urządzeniu.
2. W pasku wyszukiwania w górnej części ekranu wpisz nazwę: Świętokrzyska Izba Lekarska.
3. Wybierz właściwą aplikację z wyświetlonej listy wyników.
4. Kliknij przycisk Zainstaluj.
5. Po zakończeniu procesu pobierania kliknij Otwórz, aby uruchomić aplikację.

Urządzenia z systemem iOS (iPhone, iPad):

1. Otwórz aplikację App Store na swoim urządzeniu.
2. Wybierz ikonę lupy (Szukaj) znajdującą się w prawym dolnym rogu ekranu.
3. W polu wyszukiwania wpisz nazwę: Świętokrzyska Izba Lekarska.
4. Znajdź aplikację na liście i kliknij przycisk Pobierz (lub ikonę chmurki, jeśli aplikacja była pobierana już w przeszłości).
5. Potwierdź instalację za pomocą Face ID, Touch ID lub hasła do swojego konta Apple ID, jeśli system o to poprosi.
6. Po zainstalowaniu kliknij Otwórz, aby włączyć aplikację.

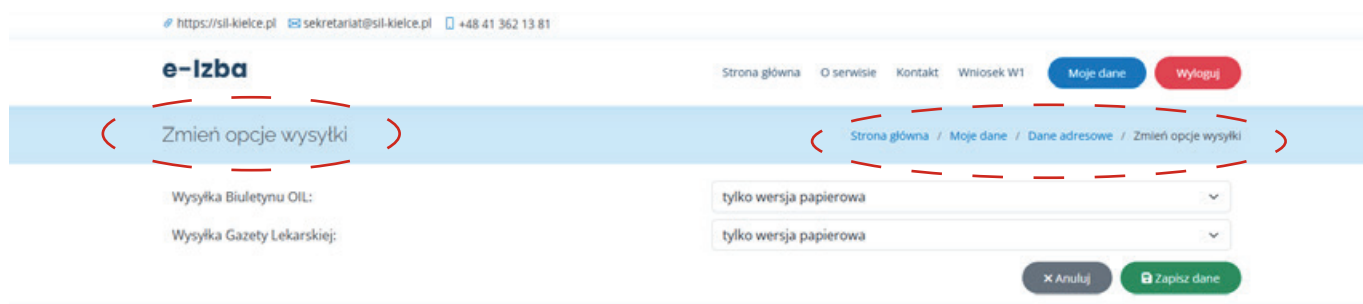


Ważny komunikat redakcji

Lekarzu, lekarzu dentysto!

Jeżeli masz mniej niż 70 lat i od 1 stycznia 2027 roku nadal chcesz otrzymywać papierową wersję biuletynu „Eskulap Świętokrzyski”, prosimy o dopełnienie ważnej formalności.

Do 31 grudnia 2026 roku koniecznie zaloguj się do platformy e-Izba i zaznacz opcję chęci dalszego otrzymywania naszego pisma w formie drukowanej. Brak zaznaczenia tej opcji we wskazanym terminie będzie oznaczał automatyczną rezygnację z tradycyjnej wysyłki pocztowej. Zadbaj o to już dziś i zaktualizuj swoje preferencje na platformie e-Izba, abyśmy mogli nieprzerwanie dostarczać biuletyn prosto do Twoich rąk!



Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach

Al. Ks. Jerzego Popiełuski 43, 25-155 Kielce

WWW: <https://sil-kielce.pl>

e-Mail: sekretariat@sil-kielce.pl

Telefon: +48 41 362 13 81

© Copyright LTC Sp. z o.o.

Jak zaktualizować preferencje? (Instrukcja krok po kroku):

Zeskanuj kod QR lub wejdź na platformę e-Izba: <https://oilkielce.eizba.finn.pl/>

1. Zaloguj się na swoje konto za pomocą Profilu Zaufanego.
2. Wejdź w zakładkę „Moje dane”.
3. Kliknij ikonę „Dane adresowe”.
4. Przy „Wysyłka biuletynu OIL” wybierz ikonę „Zmień opcje wysyłki”.

Z dostępnych opcji wybierz tę, którą jesteś zainteresowany:

*nie otrzymuję

*tylko wersja papierowa

*tylko wersja elektroniczna

*wersja papierowa + wersja elektroniczna



Analiza narracji medialnej i politycznej wokół zarobków lekarzy w Polsce

Dekonstrukcja dyskursu publicznego

Dyskusja publiczna dotycząca systemu ochrony zdrowia w Polsce stanowi niepokojące studium zmiany paradygmatu komunikacyjnego. Analiza przestrzeni medialnej i politycznej ujawnia radykalną transformację wizerunku pracownika ochrony zdrowia – od heroizacji do stygmatyzacji. Główną osią konfliktu stały się zarobki lekarzy. Zebrany materiał wskazuje jednak, że dyskusja ta nie jest izolowanym sporem ekonomicznym, lecz narzędziem przykrywającym głęboki, strukturalny kryzys finansowania Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), rosnące zadłużenie szpitali i drastyczne braki kadrowe.

Obserwujemy zderzenie dwóch ram interpretacyjnych (framing). W pierwszej, polityczno-medialnej, zarobki lekarzy przedstawiane są jako ogólnosystemowa patologia pochłaniająca budżety szpitali. W drugiej, medycznej kontrnarracji opartej na danych, upubliczniane anomalie płacowe to zaledwie margines, a rzeczywistym problemem jest chroniczne niedofinansowanie sektora i wadliwa wycena świadczeń.

Konstrukcja lekarza-milionera jako narzędzie inżynierii społecznej

Dyskusja została zainicjowana przez sprofilowane publikacje śledcze, w tym głośny przypadek w Szpitalu Południowym. Zastosowano mechanizm *pars pro toto* – pojedynczy, skrajny przypadek wyeksploatowano do uwiarygodnienia tezy o powszechnym „bizancjum lekarskim”. Lekarze na kontraktach B2B zaczęli być portretowani jako kasta dyktująca warunki zdesperowanym dyrektorom szpitali.

Narracja ta przeniosła się na najwyższe szczeble władzy, służąc budowaniu kapitału politycznego.

Z punktu widzenia krytycznej analizy, figura „lekarza-milionera” pełni funkcję socjotechnicznego bufora, przekierowującego gniew społeczeństwa – frustrację kolejkami i zamykaniem oddziałów – z niewydolnych instytucji państwowych na konkretną grupę zawodową.

Demistyfikacja budżetowa

Kluczowym argumentem w tej narracji jest rzekomy drenaż finansów publicznych przez płace. Politycy wielokrotnie wskazywali, że koszty wynagrodzeń pochłaniają lwią część budżetów szpitali. Dane przeczą jednak tej retoryce. Średni udział wynagrodzeń całego personelu (55% budżetu) wpisuje się w standardy państw OECD. Koszt wynagrodzeń samych lekarzy to niepełna 23% szpitalnych budżetów. Raporty wykazują ponadto, że obciążenie to drastycznie różni się w zależności od typu placówki – najwyższe jest w szpitalach powiatowych (25,82% budżetu na pensje lekarskie), a najniższe w specjalistycznych instytucjach. Zniekształcona narracja ma jasny cel polityczny: poszukiwanie legitymizacji dla planów zahamowania wzrostu płac.

Katastrofa finansowa NFZ i dylematy wycen

Aby zrozumieć ostre ataki na środowisko medyczne, należy spojrzeć na strukturalną katastrofę finansową państwa. Szacuje się, że deficyt NFZ w latach 2025-2027 utrzyma się na poziomie 21-23 mld zł, a do 2028 r. skumulowana luka może przekroczyć 200 mld zł. Składka zdrowotna drastycznie nie nadąża za „inflacją medyczną”. System opiera się na kroplówce z budżetu państwa, co w obliczu unijnej procedury nadmiernego deficytu zmusza rząd do cięć.

Według Związku Powiatów Polskich winę za zadłużanie szpitali (91% kontrolowanych placówek powiatowych ma straty) ponosi uporczywy brak właściwej wyceny świadczeń przez AOTMiT. Zamiast rewidować taryfikator, władze narzucają stawki degresywne na procedury ratujące życie (kary za nadwykonania), zmuszając dyrektorów do wydłużania kolejek lub pogłębiania długów.

Limity, inwigilacja i panoptikon PESEL

Na fali wrogiej narracji decydenci uzyskali mandat na wprowadzanie



opresyjnych zmian legislacyjnych. Projekty zakładają m.in. ustawowy limit stawek, limity czasu pracy (do ok. 320 godzin) czy „przywiązanie” lekarza do jednej placówki. Retoryka ta pomija fakt, że dla mniejszych szpitali powiatowych atrakcyjniejsze stawki to jedyne narzędzie pozyskania specjalistów; bez nich oddziały na prowincji czeka zamknięcie.

Zwieńczeniem strategii inwigilacji było uruchomienie Centralnego Rejestru Umów (CRU) oraz podpisanie tzw. ustawy „PESEL-owej”, zmuszającej do comiesięcznego raportowania danych placowych w powiązaniu z numerem PESEL medyka.

Podsumowując, medialno-polityczna narracja wobec zarobków lekarzy posłużyła do maskowania potężnego regresu wydolności państwa. Dalsza eskalacja tego konfliktu zdemontuje podstawy publicznej opieki, wypychając kadrę do sektora komercyjnego lub za granicę. Dopóki władza nie zastąpi stygmatyzacji zawodowej realną

naprawą strukturalną, system będzie skazany na postępujący paraliż.

Erozja zaufania i eskalacja agresji

Stygmatyzująca narracja, ukierunkowana na zysk polityczny, przynosi tragiczne w skutkach efekty uboczne na poziomie codziennej praktyki klinicznej. Wykreowanie wizerunku „lekarza-biznesmena” bezpowrotnie niszczy podstawę procesu leczenia, jakim jest zaufanie i przymierze terapeutyczne. Chory, poddany medialnej indoktrynacji sugerującej, że system upada przez finansową zachłanność personelu, trafia do gabinetu czy na Szpitalny Oddział Ratunkowy z apriorycznym nastawieniem wrogim i życzeniowym.

Społeczna frustracja – w rzeczywistości wynikająca z wielomiesięcznych kolejek, odwoływanych zabiegów i braków sprzętowych – znajduje bezpośrednie ujście w atakach na pracowników ochrony zdrowia. Środowisko

medyczne notuje drastyczny wzrost aktów agresji werbalnej i fizycznej, a także skarg. Medyk, zamiast partnerem w ratowaniu zdrowia, staje się w oczach pacjenta chciwym funkcjonariuszem opresyjnego systemu. Ten rozpad więzi społecznych stanowi bezpośrednie zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i dramatycznie przyspiesza proces wypalenia zawodowego kadry.

Podsumowanie

Medialno-polityczna narracja wobec zarobków lekarzy posłużyła do maskowania potężnego regresu wydolności państwa. Dalsza eskalacja tego konfliktu zdemontuje podstawy publicznej opieki, wypychając kadrę do sektora komercyjnego lub za granicę. Dopóki władza nie zastąpi stygmatyzacji zawodowej realną naprawą strukturalną, system będzie skazany na postępujący paraliż.

Dorota Pacholec

Odsłonięcie pomnika dr. Władysława Buszkowskiego w Kielcach

Pamięć o wybitnym pediatrze utrwalona w brązie

22 kwietnia 2026 roku odbyło się uroczyste odsłonięcie pomnika dr. Władysława Buszkowskiego – wybitnego kieleckiego pediatry i inicjatora budowy pierwszego szpitalika dziecięcego w naszym mieście. Monument, zlokalizowany na nowo zagospodarowanym skwerze przy ul. Langiewicza, to hołd dla lekarza, który swoje zawodowe powołanie i serce oddał najmłodszym pacjentom.

Wspólna inicjatywa dla zachowania pamięci

Koncepcja upamiętnienia dr. Buszkowskiego zrodziła się z inicjatywy Marszałek Województwa Świętokrzyskiego, Renaty Janik, i szybko zyskała poparcie powołanego w tym celu Komitetu Społecznego. Dzięki dotacji przekazanej w 2025 roku przez Samorząd Województwa oraz zaangażowaniu władz Kielc, które przeznaczyły na ten cel działkę, udało się stworzyć miejsce niezwykle. Nad wiernością historyczną całego procesu czuwała prof. Urszula Oettingen, historyk z Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach.

Wzruszające spotkanie pokoleń

Gościem honorowym wydarzenia był wnuk Doktora, Marek Buszkowski, któremu towarzyszyły córka oraz siostrzeniec. W swoim wzruszającym przemówieniu podkreślił, że uroczystość jest dla niego niejako „pierwszym spotkaniem” z dziadkiem. Zbiegło się ono w czasie z 90. rocznicą powstania Szpitalika. Rodzinne pamiątki po wybitnym lekarzu spłonęły w czasie Powstania Warszawskiego, jednak pamięć o nim przetrwała. Dziś portret dr. Buszkowskiego zdobi wnętrza nowej siedziby kieleckiego Szpitala Dziecięcego, przypominając kolejnym pokoleniom medyków o jego dziedzictwie.

W uroczystości wzięty również udział dzieci – uczniowie Szkoły Podstawowej nr 13 w Kielcach, co nadało wydarzeniu szczególnego, międzypokoleniowego charakteru.

Lekarz, żołnierz, przyjaciel dzieci

Autorem pomnika i koncepcji całego skweru jest ceniony kielecki rzeźbiarz, Sławomir Micek. Jak sam podkreśla, zależało mu, aby przestrzeń ta była dedykowana najmłodszym, którzy zawsze znajdowali się w centrum uwagi dr. Buszkowskiego.

Kompozycja rzeźbiarska to odlany w brązie, naturalnej wielkości wizerunek lekarza stojącego na kamiennym podestacie. Doktor został uwieczniony w rozpiętym kitlu lekarskim, spod którego wyłania się mundur wojskowy – symboliczne połączenie dwóch wymiarów jego służby. Medyk osłuchuje stetoskopem trzymanego na ramieniu małego chłopca. Z prawej strony wspina się na palcach dziewczynka, wręczając mu bukiet polnych kwiatów w geście wdzięczności za odzyskane zdrowie, a kolejny chłopiec podaje mu kamyczek.

Otoczenie pomnika również zostało zaprojektowane z myślą o małych odkrywcach. W kamienne głązywkomponowano poidelka dla ptaków i rzeźby zwierząt. Skarpę ukształtowano tarasowo, wyposażając ją w ławki sprzyjające spotkaniom i odpoczynkowi,



a o piękną, roślinną oprawę skweru zadbała Geonatura Kielce.

Uhonorowanie zaangażowanych

Uroczystość zakończyła się wręczeniem okolicznościowych medali, które w uznaniu zasług przekazał płk Stanisław Kania, prezes Zarządu Związku Żołnierzy WP. Wśród wyróżnionych znaleźli się przedstawiciele władz, kultury, edukacji oraz – co szczególnie ważne dla naszego środowiska – kieleckiej medycyny. Medale otrzymali: Marszałek Renata Janik, Prezydent Kielc Agata Wojda, Wojewódzki Konserwator Zabytków Krzysztof Myśliński, dyrektor WDK Magdalena Fogiel-Litwinek, prof. Urszula Oettingen, prof. Wojciech Kiebzak, dr n. med. Zdzisław Domagała, dr Elżbieta Kołodziej, dr Beata Gładysiewicz, artysta Sławomir Micek, Beata Kania ze Związku Strzeleckiego w Kielcach, dyrektor I LO Ewelina Pazera oraz wnuk Doktora, Marek Buszkowski.

Skwer przy ulicy Langiewicza zyskał nie tylko wspaniały monument, ale stał się żywym miejscem pamięci o człowieku, który budował podwaliny świętokrzyskiej pediatrii.

Doktor Barbara Kocela

Savoir-vivre lekarza stażysty

Nowa pieczętka odebrana, scrubs wyprasowany, stetoskop, notes i długopis czekają na pierwszy dzień stażu. A Ty, jak odnajdziesz się w nowej roli? Zamiast zamartwiać się na zapas, rozszyfruj akronim STĄŻYSTA.

odtworzyć przebieg postępowania. Nieraz usłyszysz: „Czego nie zapisano, tego nie wykonano”.

S jak SZACUNEK

Zwróć uwagę, że wartość naszego zawodu buduje nie tylko wiedza, ale również szacunek do pacjenta i wszystkich członków zespołu. Zawsze przedstawiaj się, podając imię i nazwisko, oraz informuj, że jesteś lekarzem stażystą.

T jak TRANSPARENTNOŚĆ

Linformuj pacjenta o kolejnych etapach diagnostyki i leczenia. To wzmacnia zaufanie i umożliwia zaangażowanie chorego w proces leczenia. Kiedy czegoś nie wiesz, nie bój się powiedzieć: „Nie wiem, sprawdzę to”.

A jak AKTYWNOŚĆ

Wychodź z inicjatywą i angażuj się w pracę oddziału. Interesuj się wynikami badań, stanem pacjenta i dalszym postępowaniem. Zadawaj pytania i szukaj na nie odpowiedzi. W razie wątpliwości konsultuj się z opiekunem lub bardziej doświadczoną osobą. W codziennej pracy korzystaj z dostępnych narzędzi, które mogą ułatwić Ci podejmowanie decyzji – aplikacji z dawkowaniem leków, uproszczonych schematów postępowania w stanach nagłych czy własnych notatek. Taka postawa zwiększa bezpieczeństwo pacjenta.

Ż jak ŻARGON

Unikaj medycznych sformułowań i mów zrozumiałym dla pacjenta językiem. Dostosuj sposób komunikacji do wieku, wykształcenia i możliwości pacjenta. Upewnij się, że zrozumiał przekazywane informacje. Im większą



wiedzą medyczną dysponujesz, tym prościej i przystępniej potrafisz wytłumaczyć pacjentowi nawet najbardziej skomplikowane zagadnienia.

Y jak YIN I YANG

Sbaj o równowagę między pracą a życiem osobistym: znajdź czas na odpoczynek, sen i spotkania z bliskimi. Rozwijaj swoje pasje. Dzięki temu łatwiej zachowasz energię i motywację do pracy, lepiej poradzisz sobie ze stresem i zachowasz empatię wobec pacjentów. Wypoczęty i skoncentrowany lekarz jest również bardziej uważny, co sprzyja podejmowaniu trafnych i bezpiecznych decyzji medycznych.

S jak SUMIENNOŚĆ

Przychodź punktualnie do pracy i dotrzymuj ustalonych terminów. Wykonuj powierzone Ci obowiązki rzetelnie i z należytą starannością. Dbaj o to, aby prowadzona przez Ciebie dokumentacja była kompletna, dokładna i czytelna. Jest ona Twoją tarczą – nie tylko zapewnia ciągłość i bezpieczeństwo leczenia, ale również pozwala

T jak TAJEMNICA

Omawiaj przypadki kliniczne wyłącznie z osobami uczestniczącymi w procesie leczenia i nigdy w miejscach publicznych. Szanuj prywatność i intymność pacjenta. Nie udzielaj informacji o stanie jego zdrowia osobom nieupoważnionym. Tajemnica zawodowa to nie tylko obowiązek prawny, ale fundament budowania relacji lekarz-pacjent.

A jak AUTOREFLEKSJA

Analizuj własne działania, wyciągaj wnioski zarówno z sukcesów, jak i porażek. Przyjmuj merytoryczne uwagi bez osobistej urazy i staraj się otwierać na nowe wyzwania. Nikt nie oczekuje od Ciebie nieomyślności, szczególnie na początku drogi zawodowej. Liczy się zaangażowanie i chęć do nauki.

Początki bywają pełne emocji, ale pamiętaj – każdy lekarz kiedyś stawiał swoje pierwsze kroki. Wiedza i doświadczenie przyjdą wraz z praktyką.

Do zobaczenia w szpitalu!

lek. Magdalena Korta

Z pamiętnika młodego lekarza

Troski i radości stażysty i rezydenta

Halo, to ja?

Zostałam lekarzem, wołają do mnie Pani Doktor... wyprasowałam pięknie fartuch, przypięłam plaketkę i dumnie wkroczyłam w moje pierwsze miejsce pracy. Szybko okazało się, że nie znam odpowiedzi na większość zadawanych przez pacjentów pytań (kiedy wyjdziemy?, czy mogę coś zjeść?, jak odebrać płytę z MR?, jak długo te objawy się wycofują?), i niestety czasem okazuje się, że udzielając odpowiedzi bez konsultacji z kimś starszym, narobię bigosu (nakarmię pacjenta przed planowanym badaniem w znieczuleniu – no bo przecież przed punkcją lędźwiową można jeść). Więc na zawołanie „Pani Doktor...” rozglądam się za kimś starszym, chodzę za starszymi koleżankami jak cień i podsłuchuję w celach edukacyjnych, zadaję dużo pytań i dalej cytuję Sokratesa pod nosem.

Początki pieczętki

Po szczegółowej analizie dostępnych modeli i kolorów, a także wyborze koloru atramentu, mogłam używać mojej pierwszej pieczętki. Mała, różowa (a jaka?), mieszcząca się w kieszeni. Z przyjemnością podbijałam ją pod pierwszymi własnoręcznymi (tak, pisanymi odręcznie) obserwacjami. Nie bałam się jej używać, do głowy mi nie przyszło, jak ten drobny napis, odbity błękitnym tuszem na stronach historii choroby, może mnie zaprowadzić przed oblicze Straszego Pana Prokuratora. A zaprowadził – na szczęście tylko w roli świadka, ale co schudłam ze stresu, to moje. Nauczyłam się wtedy zasady, że bardzo szczegółowo opisuję badanie i wywiad. Gdyby nie dość szczegółowy opis pacjenta w historii choroby, za nic w świecie nie pamiętałabym tego jednego z setek pacjentów

przyjmowanych w trybie planowym, którego losy potoczyły się niepomysłnie już pod moją nieobecność. Jednak to moja pieczętka figurowała w rubryce lekarza przyjmującego i prowadzącego... od tamtej historii Pieczętka Mocy nabrała nowej MOCY.

Sprzętowy surwiwal

Wiedza teoretyczna o medycynie to jedno, ale jak zlecić badanie, które chce wykonać u pacjenta? Na którym druczku? A gdzie te druczki leżą? A tego badania nie ma na tym druczku, a bo to do innego laboratorium... ech. Tego, gdzie się co wysyła, gdzie to kliknąć w systemie, co można razem, a co trzeba osobno, w jeszcze jakie próbówki te badania pobrać, a czy mogą być zamrożone, nauczyłam się po prostu pracując i popełniając błędy. Zdarzało się, że trzeba było pobrać drugi raz. Albo trzeci. Czasem obdzwaniałam inne oddziały celem pozyskania tajemnej wiedzy, jak zlecić badanie, którego na co dzień nie zlecam. Często wspinałym źródłem wiedzy i pomocy były panie pielęgniarki. Jednak najgorszym pogromcą lekarza okazuje się drukarka o oślim usposobieniu, która zjada cały papier i nic nie oddaje, a zegar tyka...

Papierologia stosowana

Ile by się człowiek nie cieszył, że bada, wybadał, zdiagnozował, potwierdził diagnozę, wyleczył, to i tak 75% roboty to papiery. Nudna robota, wymagająca dużej dokładności. Co napiszesz, to prawda, czego nie napiszesz – nie zostało zbadane. Tu mógłby wrócić temat pieczętki, więc nie będę się rozpisywać. Dokumentacja jest bardzo ważna. Nawet jeśli masz drukarkę-pożeracza, system się leniwi, wszystkie

komputery zajęte, lasy płoną... Historia choroby musi być zamknięta.

Pierwszy dyżur

I poszłam na pierwszy dyżur. Miało być fajnie. Zostałam lekarzem dyżurnym. Już dużo umiem, wiem, gdzie się zleca badania, jak się je wykonuje, jak przygotować pacjenta do badania, potrafię już rozpoznać większość chorób i stanów, które przydarzają się dzieciom na moim oddziale. Miałam notatki od starszych kolegów: jakie badania zlecać, jak dawkować leki (tak, nie było Empendium, tylko takie grube książki, jakoś Pharmindex się to nazywało, już nikt tego nie pamięta). No i skoro pozwoliło mi szefostwo dyżurować, to znaczy, że obdarzyli mnie zaufaniem – dam sobie radę. Dałam, ale drogo mnie to kosztowało. Nie wzięłam pod uwagę, że pracę, którą na co dzień wykonuje cały zespół, będę musiała wykonać sama. Ponadto jestem gadułą. Z wizytą poranną zeszło mi do szesnastej, o posiłkach nie wspomnę, bo ich nie było. Jak skończyłam już „poranną” pracę, stwierdziłam, że zacznę już może wieczorną, skoro tyle mi schodzi.

Głodowe igrzyska

Szybko okazało się, że spośród różnych problemów na dyżurach na pierwszy plan wysuwa się problem głodu... i nie chodzi o głód na świecie, tylko o głodnego dyżurnego. A jak człowiek głodny, to i zły (potem mówią, że doktor był nieuprzejmy). Robiąc kroki (a więc sport jest) po oddziałowym korytarzu, wielokrotnie mówię sobie – jeszcze tylko załatwię to zlecenie, sprawdzę, czy pacjent z „jedynki” się poprawił i czy „czwórka” sika, i pójde do tej już dwukrotnie odgrzewanej zupy w dyżurkowej mikrofalówce.

Wtedy okazuje się, że jeszcze coś... i coś... i ktoś tylko chciał zapytać... Zdarzyło mi się straszyć ratownika dyżurującego ze mną na Izbie Przyjęć, że jak nie zrobimy przerwy, to będzie mnie leczył z hipoglikemii albo policję na mnie pacjenci wezwą, bo już bełkotam i ręce mi się trzęsą. Są też inne potrzeby, które odwlekam. Pewnego dyżuru matka mojego małego pacjenta zapytała, czy nie boję się tak w ciąży dyżurować na takim ważnym oddziale... To był pęcherz.

Nocne mary

W nocy strach ma większe oczy... Problemy, które w ciągu dnia rodzice ignorowali, w nocy rosną. Dlatego najczęściej w nocy pojawiają się pacjenci z dolegliwościami od... wstaw dowolne (np. tygodnia, miesiąca, rana). Pacjent o 2:00 w nocy, ze strasznie wielkim kleszczem w pępku, który okazał się pestką arbuza (tak, jadł arbuza tego dnia; tak, robił awanturę w IP). Pacjenci po pobycie w tropikach, z już rozpoznaną i leczoną gripą, którzy stwierdzili, że „może jednak to malaria?”. I cóż może zrobić taki dyżurny? Robić swoje. Więc zwykle grzecznie robiłam swoje bez zbędnych komentarzy. Ci normalniejsi pacjenci zwykle, gdy emocje ustąpiły, refleksjonowali się; ci mniej stabilni emocjonalnie i tak by nie zrozumieli...

Dyplomacja ekstremalna

To jest temat na esej psychologiczny. Każdy po latach wypracowuje swoją metodę – jak nie dać sobie wejść na głowę pacjentom. Po pierwsze musisz wiedzieć, co robisz i po co. Jakie są wskazania do badania, jakie przeciwwskazania i co ci wykonanie danego badania da. Jeżeli wyglądasz na osobę, która wie, co robi, a w dodatku naprawdę wiesz, co robisz, dyskutant szybko się podda. Klientów awanturujących się nie obsługujemy, jeżeli nie są to pacjenci – wypraszamy. Jeżeli są to pacjenci, to trzeba stwierdzić, czy przyczyną awantury

są zaburzenia świadomości (pacjent nie wie, co robi), czy pacjent jest po prostu takiej konstrukcji psychicznej. Chorych leczymy. Po czasie stwierdziłam, że czyjeś zachowanie nie świadczy o mnie, tylko o nim. Najlepszą metodą okazało się bycie skatą i powtarzanie swojego zdania jak mantry, aż się znudzą.

Doktor Google

Nastały czasy, że pacjenci wiedzą lepiej. Zwłaszcza pewna grupa zawodowa, która i tak zawsze wie lepiej (nie będę zdradzać, żeby nie było, że kogoś dyskryminuję ze względu na wykształcenie, dowiecie się na pewno). Można się z nimi nie zgadzać, tłumaczyć, podawać argumenty, obrażać się. A można zauważyć pewną życiową prawdę. Dr Google nie reanimuje.

Małe triumfy

Powoli, wraz z upływającym czasem, zaczęłam zdawać sobie sprawę, że coś tam jednak umiem. Klocki zaczęły do siebie pasować. Przyszli młodszy koledzy do pracy i to ja im teraz pokazywałam, jak namówić drukarkę do współpracy. Ktoś mnie pytał o opinię. Planowałam diagnostykę. Dyżury przestały być takie straszne. Zdarzyło mi się kogoś na tyle „poprawić” w trakcie dyżuru, że rodzic dawał sygnały, że jest wdzięczny. Takie łechcące uczucie w śródeczku, nawet jak nikt nie widział, to ja wiedziałam – jam to uczyniła.

Dowody wdzięczności

Należy pamiętać, że pacjenci to jednak ludzie i jak im pomożemy, to są naprawdę szczęśliwi. Chcą podziękować. Przynoszą dobra. Oczywiście każda babcia wie, że najlepiej się zadba o innych, jak się ich dobrze nakarmi. Więc tu wjeżdżają czekoladki, kawki, ciasta, pizze, jagodzianki, pączki i inne pyszności. No lubię. Najbardziej sernik... To jest naprawdę miły moment, kiedy

uświadamiasz sobie, że pomogłeś temu pacjentowi i że on to wie. Tylko waga woli tych mniej wdzięcznych.

Dream Team

Zespół. Jego wartość docenia się po latach. Kiedy wiesz, że masz wsparcie i nie jesteś sam. Jak wiesz, że ktoś zamieni się z tobą na dyżury albo chociaż pożyczyci ci ładowarkę i odda obiad (jak zapomnieliś, że ten dyżur to dziś). Można trafić w miejsce, gdzie nikt ci nie pożyczy długopisu... Dlatego ważny jest research. Można się ewakuować i znaleźć takie, gdzie istnieje życie pozaszpitalne. Ja miałam szczęście trafić na miejsce, gdzie było bardzo dużo pracy, ale też ekspresowo można się było dużo nauczyć, a atmosfera była miła. Z czasem szpitalne znajomości mogą ewoluować w przyjaźnię, a nawet jeśli nie, to można się chociaż przepisami na sernik podzielić i plotkami.

Brzmi niepokojąco? Moje wspomnienia początków kariery są sprzed 15 lat. Teraz mnie bawią; nie zawsze było zabawnie, ale ostatecznie mam satysfakcję. Rano, po zakończonym dyżurze wychodzisz na słoneczny świat, który nadal trwa dokładnie tak jak wczoraj, a ty jesteś styrony, niewyspany, wyglądasz jak wampir, ale masz poczucie dobrze wykonanej pracy. Kto raz pozna to uczucie, ten poznał medycynę. Niestety uzależnienia. Albo stety.

Co powiedziałabym młodszej sobie z pierwszego dnia stażu? Jak się sama nie nauczysz, to nikt cię nie nauczy. A, i kup sobie wygodne buty, najlepiej z gumy, bo dzieci mają duży zasięg.

lek. Katarzyna Domańska

**Zaobserwuj i polub profil
Zespołu Młodych Lekarzy ŚiL
na Facebooku!**



ŚWIĘTOKRZYSKIE WARSZTATY EKG, HOLTERA EKG I ABPM

Już wkrótce!

Już dzisiaj serdecznie zapraszamy na kolejne XV Świętokrzyskie Warsztaty EKG, Holtera EKG i ABPM, które odbędą się w dniach 27–29 listopada 2026 r. W czasie tej konferencji po raz pierwszy odbędą się warsztaty echo serca.

W dniach 27–30.11.2025 roku odbyły się XIV Świętokrzyskie Warsztaty EKG, Holtera EKG i ABPM w Hotelu „Ameliówka” pod Kielcami. XIV Świętokrzyskie Warsztaty EKG, Holtera EKG i ABPM zostały zorganizowane przez Świętokrzyską Izbę Lekarską i Oddział Kielecki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Zjazd przygotowali: dr hab. n. med. prof. Paweł Wałek, dr n. med. Katarzyna Starzyk, lek. Joanna Szewczyk-Machnicka, lek. Maciej Szewczyk.



Od lewej: prof. P. Futyma, dr hab. n. med. P. Wałek, dr n. med. M. Kluk, dr n. med. K. Starzyk, prof. A. Bissinger.

W części warsztatowej konferencji uczestniczyły osoby, które w swojej praktyce zawodowej zajmują się zakładaniem, interpretacją i analizą zapisu EKG, Holtera EKG, ABPM, czyli 24-godzinnego ambulatoryjnego monitorowania ciśnienia tętniczego krwi. Część dydaktyczna skupiła grono lekarzy zainteresowanych diagnozowaniem i leczeniem przewlekłego zespołu wieńcowego, otyłości, niewydolności serca, omdleniami z przyczyn kardiologicznych oraz z zaburzeniami rytmu serca i przewodzenia.

W pierwszym dniu konferencji odbyła się sesja kieleckiego oddziału PTK, którą prowadzili: prof. dr hab. n.

med. P. Wałek, prof. dr hab. n. med. P. Futyma, dr n. med. K. Starzyk, dr n. med. Maciej Kluk, dr n. med. A. Bissinger. Sesja dotyczyła: oceny przeroztu mięśnia sercowego w badaniach echokardiograficznych i EKG, metod leczenia komorowych zaburzeń rytmu serca, zasad kwalifikacji pacjentów do stymulatorów bezelektrodowych i defibrylatorów pozanaczyniowych, informacji uzyskanych z analizy zapisu EKG i Holtera EKG przed ablacją arytmii komorowej oraz nocnych arytmii serca, w tym występujących u chorych z bezdechem sennym. Drugi dzień konferencji to wielogodzinne warsztaty EKG i Holtera EKG.

Warsztaty EKG prowadzone przez prof. dr. n. med. D. Kozłowskiego zgromadziły, jak zwykle, duże grono zainteresowanych powstawaniem zapisu elektrokardiograficznego serca, szczególnie analizą, wysunięciem wniosków i ustalaniem rozpoznania.

Warsztaty Holtera EKG w oparciu o sprzęt i oprogramowanie firmy OXFORD na 10 stanowiskach komputerowych były prowadzone przez dr. n. med. A. Kozłowskiego, lek. B. Kubicką i lek. M. Szewczyka. Odbyły się w części podstawowej w dniu 28.11.2025 roku, a w części dla osób zaawansowanych w tej technice badania kardiologicznego w dniu 29.11.2025 roku. Warsztaty dotyczyły: stosowania różnych rodzajów rejestratorów i oprogramowań Holterów EKG, uzyskiwania zapisu EKG w zależności od położenia elektrody (związanego z celem wykonania badania – nie tylko arytmii), analizy zapisu badania, poznania udogodnień i wad automatycznej analizy zapisu uzyskanego z rejestratora Holtera EKG oraz przedstawienia ciekawych przypadków.

W ostatnim dniu konferencji odbyły się warsztaty ABPM prowadzone przez lek. K. Strzębałę i lek. M. Szewczyka, które dotyczyły omówienia techniki badania (od założenia mankietu do uzyskania wiarygodnych wyników), analizy zapisu rytmu dobowego ciśnienia tętniczego krwi, standardów ABPM oraz przedstawienia ciekawych przypadków.

W części dydaktycznej drugiego dnia zjazdu prof. dr hab. n. med. D. Zarębska-Michaluk przedstawiła zagadnienie



Wykład dr n. med. M. Kluk



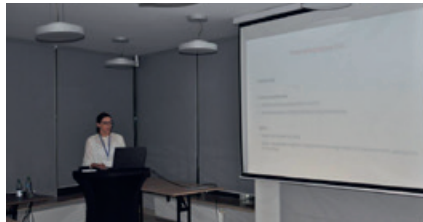
Prof. A. Mamcarz



Wykład prof. Piotrowicz



Dr n. med. A. Kozłowski



Dr n. med. Justyna Tracz



prof. D Zarębska-Michaluk



Prof. S. Stec



Wykład prof. M. Janion

szczepień przeciwko RSV u pacjentów z chorobami układu krążenia.

29.11.2025 roku był trzecim dniem konferencji, w czasie którego oprócz warsztatów Holtera EKG odbyły się kilkugodzinne sesje dydaktyczne. Prof. dr hab. n. med. J. K. Wranicz i dr n. med. A. Wojtaszczyk przybliżyli uczestnikom zagadnienie chorych z migotaniem przedsionków – od zapisu EKG do leczenia. Problem bradykardii i decyzji o kardioobserwacji, kardioneuroablacji czy kardioablacji przedstawił prof. hab. dr n. med. S. Stec. Prof. hab. dr n. med. M. Janion dokonała analizy optymalnej terapii przewlekłego zespołu wieńcowego, niewydolności serca oraz modyfikowalnego czynnika ryzyka sercowo-naczyniowego – częstości rytmu serca. Ciekawą analizę zapisu EKG u chorego z chorobą niedokrwienną serca przedstawił prof. dr hab. n. med. R. Piotrowicz. Dr n. med. K. Starzyk przedstawiła wyniki badań echa serca u pacjentów z migotaniem przedsionków. Udary mózgu chorych ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi były

tematem wykładu lek. A. Woronowicz-Chróściel, a udary kryptogenne i to, co o nich należy wiedzieć, omówiła dr n. med. J. Tracz.

Część dydaktyczną zjazdu zamknął prof. hab. dr n. med. A. Mamcarz,

omawiając problem choroby otyłościowej u pacjenta po zawale serca oraz u chorego z migotaniem przedsionków.

Konferencja została sfinansowana ze środków Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej w wysokości 30 000 zł. W zjeździe wzięło udział ok. 300 uczestników. Udział w zajęciach był bezpłatny i limitowany. Uprawnione do udziału w tym spotkaniu były osoby posiadające prawo do wystawiania recept.

Doktor Maciej Szewczyk

ŚWIĘTOKRZYSKIE WARSZTATY EKG, HOLTERA EKG I ABPM

27-29 listopada 2026

PROGRAM

Piątek, 27 listopada 2026 r.

10:00 – 18:00 | **Warsztaty EKG (część I)**, prof. dr hab. n. med. D. Kozłowski

15:00 – 18:00 | **Warsztaty Holtera EKG (część I)**, dr n. med. A. Bissinger

Sobota, 28 listopada 2026 r.

11:00 – 13:00 | **Warsztaty EKG (część II)**, prof. dr hab. n. med. D. Kozłowski

Sesja naukowa: „Zaburzenia rytmu”, prof. dr hab. n. med. J. Wranicz,

prof. dr hab. n. med. R. Piotrowicz, prof. dr hab. n. med. D. Kozłowski,

dr n. med. A. Wojtaszczyk

Sesja dydaktyczna: Choroby serca w wieku podeszłym, prof. dr hab. n. med.

M. Janion, prof. dr hab. n. med. B. Wożakowska-Kapłon, prof. dr hab. n. med.

A. Polewczyk, dr n. med. R. Bartkowiak, dr T. Ambryszewski

17:00 – 19:00 | **Warsztaty Holtera EKG (część II)**, dr n. med. A. Bissinger

Wieczór integracyjny: zabawa andrzejkowa dla lekarzy z osobami

towarzyszącymi, miejsce Hotel Ameliówka, informacje i rezerwacje:

tel. 41 311 07 97, 41 311 07 99

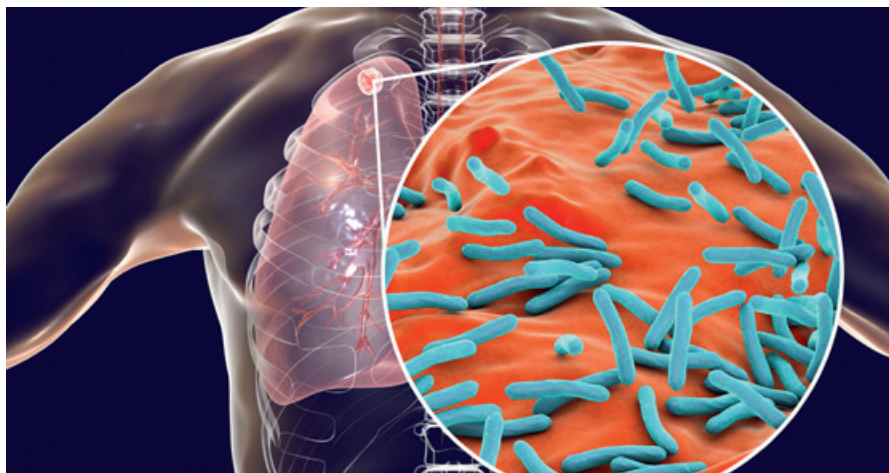
Niedziela, 29 listopada 2026 r.

Warsztaty Holtera ciśnienia (ABPM), dr K. Strzębała, dr M. Szewczyk

Doświadczenia jednego referencyjnego ośrodka pulmonologii dziecięcej

Gruźlica u dzieci w województwie świętokrzyskim

Gruźlica pozostaje jedną z najczęstszych chorób zakaźnych na świecie. Według danych WHO w 2024 roku zachorowało na nią około 10,7 mln osób, a 1,23 mln chorych zmarło. Gruźlica wieku dziecięcego różni się pod względem obrazu klinicznego i diagnostyki od choroby występującej u dorosłych — częściej przebiega skąpoobjawowo, a potwierdzenie mikrobiologiczne uzyskuje się znacznie rzadziej. Od 1 stycznia 2026 roku autorka pełni funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pulmonologii dziecięcej dla województwa świętokrzyskiego, a jednym z realizowanych w ramach tej funkcji zadań jest monitorowanie sytuacji epidemiologicznej gruźlicy wieku dziecięcego w regionie.



Sytuacja epidemiologiczna

W 2024 roku w województwie świętokrzyskim odnotowano 137 zachorowań na gruźlicę (11,8/100 000 mieszkańców), wobec 4236 przypadków w Polsce (11,3/100 000). Nowych zachorowań było 124, wznów 13; gruźlicę płuc rozpoznano u 130 chorych (94,9%), a potwierdzenie bakteriologiczne uzyskano u 106 (77,4%). Wobec 2023 roku (15,5/100 000) był to spadek zapadalności o 23,9%. Wśród dzieci do 14. roku życia zarejestrowano 3 zachorowania (1,9/100 000), podczas gdy rok wcześniej nie odnotowano żadnego. W skali kraju potwierdzenie bakteriologiczne uzyskano u 27,5% dzieci do 14. roku życia.

Materiał własny

Analizą objęto 26 dzieci w wieku od 2. miesiąca życia do 17 lat, hospitalizowanych w latach 2022–2026 w Oddziale Pulmonologii Dziecięcej Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego w Kielcach, jedynym referencyjnym ośrodku pulmonologii dziecięcej w województwie. W kolejnych latach było to 2, 5, 5, 10 i 4 przypadki (dane za 2026 rok do 30 czerwca); w grupie znalazło się 14 dziewcząt i 12 chłopców, a rozpoznania kwalifikowano do grup A15–A16 według ICD-10. Dane oddziałowe nie są porównywalne z rejestrowymi: obejmują też młodzież powyżej 14. roku życia i dzieci kierowane do pogłębionej diagnostyki.

Transmisję domową udokumentowano u 24 pacjentów (92%), najczęściej od rodzica lub dziadka; u dwojga dzieci źródła zakażenia nie ustalono. Materiał genetyczny *Mycobacterium tuberculosis* wykryto u 6 dzieci (23%), a dodatni posiew uzyskano u 4 (15%). Dominowały postacie płucna i węzłowo-płucna, a część zachorowań rozpoznano w obrębie rodzinnych ognisk gruźlicy.

Gruźlica lekooporna

W analizowanym materiale odnotowano przypadek dziecka z gruźlicą oporną na ryfampicynę, potwierdzoną dodatnim posiewem oraz obecnością mutacji w genie *rpoB*, a także dzieci pozostające w kontakcie z członkiem rodziny chorującym na gruźlicę lekooporną. Przypadki te wymagają indywidualizacji postępowania z uwzględnieniem profilu lekowrażliwości szczepu źródłowego oraz prowadzenia w ośrodku specjalistycznym.

Obraz kliniczny

Gruźlica u dzieci przebiega często skąpoobjawowo, a jej manifestacja zależy od wieku i postaci choroby. Do typowych objawów należą przewlekły kaszel, stany podgorączkowe, brak przyrostu lub utrata masy ciała oraz powiększenie węzłów chłonnych wnek i śródpiersia. Im młodsze dziecko, tym większe ryzyko szybkiej progresji do postaci rozsianych – gruźlicy prosówkowej i gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Powiększone węzły mogą być jedyną nieprawidłowością radiologiczną. Brak zmian osłuchowych nie wyklucza rozległej gruźlicy węzłowo-płucnej.

Wyzwania diagnostyczne

Podstawową trudnością pozostaje skąpoprątkowy charakter gruźlicy dziecięcej oraz problem z uzyskaniem materiału diagnostycznego u małych dzieci, które nie odkrztuszają płwociny; wartościowy materiał pochodzi z popłuczyn żołądkowych, płwociny indukowanej lub bronchoskopii. Ujemne wyniki badań mikrobiologicznych nie wykluczają choroby. TST i IGRA wskazują na zakażenie *Mycobacterium tuberculosis*, ale nie różnicują zakażenia latentnego od czynnej gruźlicy. Diagnostyka molekularna umożliwia szybkie wykrycie materiału genetycznego prątka i wstępną ocenę oporności na ryfampicynę, jednak jej ujemny wynik nie wyklucza rozpoznania. Decyzję o leczeniu podejmuje się na podstawie całokształtu danych klinicznych, epidemiologicznych, radiologicznych i mikrobiologicznych.

Leczenie

Gruźlicę wrażliwą na leki u dzieci leczy się standardowo według schematu:

2HRZ(E) / 4HR.

2 mies.: H + R + Z ± E → 4 mies.: H + R

H – izoniazyd, R – ryfampicyna,
Z – pyrazynamid, E – etambutol.

Leczenie prewencyjne gruźlicy

Po wykluczeniu czynnej gruźlicy u dziecka ze wskazaniami do leczenia prewencyjnego stosuje się jeden z zalecanych schematów TPT, m.in. **6H** – izoniazyd przez 6 miesięcy lub **3HR** – izoniazyd + ryfampicyna przez 3 miesiące.

Niewdrożenie leczenia prewencyjnego wiąże się z ryzykiem progresji zakażenia do czynnej gruźlicy. W materiale własnym odnotowano taki przypadek – u dziecka z udokumentowanym kontaktem i dodatnim wynikiem IGRA, które nie otrzymało

Dziecko po kontakcie z chorym na gruźlicę – o czym należy pamiętać

- Rozpoznanie gruźlicy u dorosłego jest wskazaniem do diagnostyki dzieci z jego otoczenia, **niezależnie od objawów**.
- U dzieci poniżej 5. roku życia zaleca się wykonanie **TST i IGRA**; do rozpoznania zakażenia wystarcza jeden wynik dodatni.
- **Ujemne badania mikrobiologiczne nie wykluczają gruźlicy** i nie powinny być warunkiem rozpoczęcia leczenia.
- Badania osób z kontaktu powtarza się **po 8 tygodniach od ostatniej ekspozycji** na chorego w okresie zakaźności.
- U dzieci **ze wskazaniami do leczenia prewencyjnego** należy je wdrożyć po wykluczeniu czynnej gruźlicy.

leczenia prewencyjnego, w dalszej obserwacji rozwinęła się czynna gruźlica.

BCG a badania przesiewowe w kierunku SCID

Szczepienie BCG nie zapobiega zakażeniu prątkiem ani zachorowaniu na gruźlicę płuc, zmniejsza natomiast ryzyko ciężkich, uogólnionych postaci choroby u najmłodszych dzieci. Od 15 września 2025 roku w Polsce realizowany jest pilotaż badań przesiewowych noworodków obejmujący m.in. ciężki złożony niedobór odporności (SCID), stanowiący bezwzględne przeciwwskazanie do podania BCG. Wynik badania jest dostępny po 5–12 dniach, podczas gdy szczepienie wykonuje się w pierwszych dobach życia. W komunikacie z lutego 2026 roku Minister Zdrowia i Główny Inspektor Sanitarny podtrzymali dotychczasowe zasady szczepienia noworodków. W przypadku odroczenia BCG szczepienie powinno zostać uzupełnione w możliwie najkrótszym terminie po wykluczeniu przeciwwskazań.

Wyzwania organizacyjne

Diagnostyka gruźlicy dziecięcej jest w regionie dostępna na miejscu: ośrodek referencyjny wykonuje testy IGRA, a laboratorium prątka zapewnia diagnostykę mikrobiologiczną i molekularną oraz oznaczanie lekowrażliwości. Centralizacja sprzyja zachowaniu jednolitych standardów postępowania, ale zwiększa zależność systemu

od możliwości kadrowych jednego ośrodka. Dochodzenia epidemiologiczne prowadzi Państwowa Inspekcja Sanitarna we współpracy z poradniami gruźlicy i chorób płuc, a ich skuteczność zależy od kompletności ustalenia kręgu kontaktów wokół chorego dorosłego. Ze względu na rzadkie występowanie gruźlicy u dzieci szczególnego znaczenia nabiera zachowanie czujności diagnostycznej przez pediatrów i lekarzy POZ oraz rutynowe pytanie o kontakt z osobą chorą.

Wnioski

Gruźlica wieku dziecięcego pozostaje istotnym problemem klinicznym i epidemiologicznym w województwie świętokrzyskim. Dominuje transmisja wewnątrzrodzinna, dlatego rozpoznanie choroby u dziecka powinno prowadzić do poszukiwania źródła zakażenia, a rozpoznanie u dorosłego – do niezwłocznej oceny dzieci z jego otoczenia. Skuteczna kontrola gruźlicy wymaga czujności epidemiologicznej, dostępu do nowoczesnej diagnostyki oraz ścisłej współpracy pediatrów, pulmonologów dziecięcych i Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

**Ilona Pałyga-Bysiecka¹,
Elżbieta Kołodziej¹,
Magdalena Głowacz¹,
Karolina Majcher¹**

¹ Pododdział Pulmonologiczno-Alergologiczny, Świętokrzyskie Centrum Pediatrii, Kielce
Piśmiennictwo u autorek

SZEKSPIR W PARKU

Jesień zakończyła większość plenerowych atrakcji teatralnych. Nie przeszkadza to jednak, by w ciepłym salonie, przeglądając zdjęcia z letnich spektakli, nie wrócić na chwilę do scen rozgrywanych pod gwiazdami.

Zmiana klimatu nie oznacza wcale, że organizacja wydarzeń na świeżym powietrzu za każdym razem się uda. Pogoda w kratkę, gwałtowne burze z ulewami po upalnym dniu i zimne wieczory od połowy lipca, powodują, że przygotowanie przedstawienia w niezadaszonej przestrzeni, na trawie i w rozświetlonych przestrzeniach pałacowo-ogrodowych, wymaga niemałej odwagi menadżerów, aktorów, a na samym końcu także widzów. Logistyka takiej artystycznej nocy jest zatem wielopoziomowa. Jedni budują scenę, drudzy rolę, a trzeci martwią się, czy zdołają wysiedzieć na cienkim kocu przez trzy godziny z ryzykiem szybkiej ewakuacji w razie piorunów. Ostatni lęk dotyczy w praktyce wszystkich, gdy deszcz zalewa dekoracje i sprzęt nagłośnieniowo-oświetleniowy, mokną kostiumy i udrapowane fryzury z epoki, a uroczy piknik zamienia się w paniczne poszukiwanie schronienia pod plastikową peleryną lub zamkowymi arkadami.

Kilka lat temu wybrałem się do Gdyni, aby na Letniej Scenie w Orłowie, obejrzeć „Komedie omyłek” Wiliama Szekspira i przypomnieć sobie perypetię dwóch bliźniaczych par, które odnajdują się po długiej rozłące w Efezie. Portowe nabrzeże doskonale miały odgrywać bałtyckie fale szumiące w tle krotchwil. Znałem już urok tej scenografii z poprzednich pobytów i nie mogłem się doczekać zachodu słońca, który uświetnia owacje na cześć dzieła, które mimo czterech stuleci, nadal śmieszy ludzkimi przywarami i zbiegami okoliczności. Finał był jednak optykany. Szekspirowska „Burza” to fraszka w porównaniu z piekłem, które urządziły społeczeństwo nad Trójmiastem:

huragan, serie grzmotów z błyskawicami i pompa wodna z nieba. Natura wygrała z kulturą przez nokaut.

Zbyt słabym, jak widać, nauczony doświadczeniem gdyńskim, postanowiłem zorganizować wycieczkę teatralną dla czterdziestu lekarzy i lekarzy dentyków do Wilanowa. W parku Muzeum Jana III Sobieskiego od dekad realizowane są plenerowe przedstawienia Mistrza ze Stratfordu. Jeśli dodam, że do wyboru miałem „Komedie omyłek”, każdy zrozumie, że zadrżała mi ręka i w ostatnim momencie przesunąłem kursor na „Wieczór Trzech Króli”. A potem ruszyła maszyna przygotowań na wszystko, co najgorsze. Ubezpieczenie wyjazdu. Zawiadomienie o zabraniu stołeczków lub rozkładanych siedzisk, ewentualnie koców. Deliberowanie, o której wyjechać, by zająć na łące najlepsze miejsca, z których dobrze będzie widać komediową akcję w Ilirii u wybrzeży Adriatyku. Na wszelki wypadek opowiedziałem w autokarze treść sztuki, w której para bliźniąt: Wiola i Sebastian, doprowadza do niespodziewanych splotów miłosnych i wszyscy, poza Marvolio, kończą w objęciach wyśnionych, wymarzonych i ukochanych. A słońce świeciło tego dnia pięknie i wszyscy przeżyli spektakl szczęśliwie. W powrotnej drodze zachwyty prześcigały się z propozycjami następnych wyjazdów.

Lęk zasiany we mnie jednak pozostał i kolejną propozycję, tym razem w Ogrodach Zamku Królewskiego w Warszawie, postanowiłem zaryzykować tylko rodzinnie. Żeby nie przedłużać informuję, że pogoda była, jak marzenie, ale... spektakl opóźnił się dość znacznie. Okazało się tym razem,



że za ogrodzeniem ćwiczy mundurowa orkiestra dęta, przygotowująca się do Święta Wojska Polskiego. Reżyser przeproszał przekrzykując marszowe melodie, a marszowe melodie, mimo umowy, że ucichną o 19:30, zagłuszały reżysera. Tymczasem widownia, usadzona na wygodnych fotelach, była rozbawiona obrotem spraw. Kiedy już werble i trąbki ucichły weszli na scenę aktorzy, którzy w komediowy sposób przeprowadzili szkolenie z ewakuacji na wypadek burzy, sposobu zakładania peleryny przeciwdeszczowej i fachowego składania przydziałowego koca. Kilka minut później rozpoczął się „Sen Nocy Letniej” pod stołecznymi gwiazdami, z kreacją Bartosza Bieleni, jako Pucka. Wyłączona z ruchu Wistostrada nawet na moment nie zakłóciła miłosnych perypetii w Lesie Ateńskim i stojącej owacji na cześć Młodych Par, składających ślubny rytym Marsza Mendelsona. I tylko Tysbe i Pyram, jak każdego wieczoru, nieodmiennie, na skutek smutnej komedii omyłek, popełnili samobójstwa, rozbawiając widzów do łez...

Tymczasem w Edynburgu, w murach zamku Makbeta, niezależnie od sierpniowej pogody zimnej i deszczowej, jak przystało na szkockie standardy, orkiestry dęte pod gołym niebem ogląda kilka tysięcy osób. Codziennie przez miesiąc, turyści z całego świata walczą o miejscówkę. I nikt, wielopoziomowo, nie martwi się, że zmoknie, a kultura zawsze wygrywa z naturą.

Jarosław Wanecki,
Ośrodek Kultury NIL

Dlaczego w obliczu rosnącej agresji warto trzymać się razem

Lekarz lekarzowi człowiekiem

Korytarze szpitalne i przychodnie coraz rzadziej przypominają miejsca, w których pacjent szuka pomocy, a coraz częściej stają się frontem. Zanim chory przekroczy próg gabinetu, nierzadko jest już uzbrojony w nieufność, pretensje i gotowość do konfrontacji. W obliczu narastającej agresji i krzywdzącej narracji w przestrzeni publicznej, nasze środowisko staje przed najważniejszym testem. Stara maksyma „lekarz lekarzowi człowiekiem” przestała być jedynie apelem o koleżeństwo – stała się warunkiem naszego zawodowego i psychicznego przetrwania.

Twarz niewydolnego systemu

Nie oszukujmy się: żyjemy w czasach, w których łatwo zrzucić odpowiedzialność za błędy systemowe na personel medyczny. Polityczne i medialne narracje nierzadko podsycają obraz lekarza jako osoby niedostępnej, pozbawionej empatii czy nastawionej wyłącznie na zysk. Złożone problemy ochrony zdrowia – wielomiesięczne kolejki, braki kadrowe, niedofinansowanie – są w przestrzeni publicznej spływane, a winą za nie obarcza się lekarzy.

Dla sfrustrowanego pacjenta to nie anonimowy decydent z ministerstwa czy dyrektor NFZ jest winny temu, że na wizytę u specjalisty trzeba czekać rok. Winny jest lekarz siedzący za biurkiem. To na niego wylewa się złość na SOR-ze, to on słyszy groźby w izbie przyjęć i wyzwiska w korytarzu poradni. Ta codzienna dawka wrogości działa jak kropla drażniąca skałę, prowadząc do przewlekłego stresu i dramatycznie przyspieszając wypalenie zawodowe.

Grzech wewnętrznych podziałów

W obliczu tak silnej presji zewnętrznej, brak integracji wewnątrz środowiska jest luksusem, na który nas nie stać. Niestety, mechanizmy obronne bywają zwodnicze. Zdarza się, że zmęczony lekarz, chcąc rozładować napięcie w kontakcie z agresywnym pacjentem,

podświadomie staje po jego stronie kosztem kolegi po fachu. Rzucone w gabinecie: „Kto panu wypisał takie leki?” czy „Dlaczego w szpitalu nie zrobiono tego badania?” to dolewanie oliwy do ognia.

Takie zachowania dają nam złudne poczucie bezpieczeństwa na czas jednej wizyty, ale długofalowo legitymizują niechęć społeczeństwa do naszej grupy zawodowej. Jeśli sami podważamy swoje kompetencje na oczach pacjentów, nie możemy oczekiwać, że społeczeństwo będzie nas szanować. W warunkach chronicznego obłądzenia, bratobójczy ogień to najszybsza droga do upadku.

Integracja jako tarcza ochronna

Dziś integracja i wzajemny szacunek to nasze najważniejsze narzędzia obronne. Pokój lekarski musi być strefą demilitaryzowaną – miejscem, w którym zdejmujemy zbroję i wiemy, że nie otrzymamy ciosu w plecy. Czego wymaga od nas współczesna solidarność zawodowa?

Wspólny front wobec agresji

Kiedy koleżanka lub kolega jest atakowany przez pacjenta na korytarzu, nie odwracamy wzroku. Sama obecność drugiego lekarza, spokojne, ale stanowcze postawienie granic i wsparcie autorytetu współpracownika potrafią zdezorientować i wyciszyć agresora.



Lojalność w komunikacji

Wszelkie wątpliwości dotyczące procesu diagnostycznego czy terapeutycznego prowadzonego przez innego lekarza wyjaśniamy wyłącznie we własnym gronie. Różnica zdań jest motorem medycyny, ale dyskusje o niej muszą toczyć się za zamkniętymi drzwiami, nie przy kozetce.

Wsparcie psychologiczne

Zapytanie „Jak się trzymasz po wczorajszym dyżurze?” zyskuje dziś na wartości. Świadomość, że inni mierzą się z tymi samymi wyzwiskami i oskarżeniami, zdejmuje z nas ciężar osamotnienia i poczucia winy.

Nie mamy natychmiastowego wpływu na to, jak kształtowane są medialne nagłówki, ani na to, jak szybko uda się naprawić systemowe dziury w ochronie zdrowia. Mamy jednak pełną kontrolę nad tym, jak traktujemy się nawzajem. Jeśli chcemy przetrwać starcie z rosnącą falą roszczeniowości i agresji bez utraty zdrowia psychicznego i resztek pasji do tego zawodu, musimy stać się murem. Silnym, zintegrowanym środowiskiem, w którym żaden medyk nie zostaje na polu walki sam.

Autor dw. redakcji

Lek. med. Michałowi Jarosińskiemu
wyraży głębokiego współczucia
z powodu śmierci Mamy
składają Dyrekcja i Pracownicy Świętokrzyskiego
Centrum Matki i Noworodka
Szpitala Specjalistycznego w Kielcach

Zmarł nasz Kolega
dr Stanisław Treliński
specjalista w dziedzinie okulistyki
i organizacji ochrony zdrowia
wyraży współczucia oraz słowa wsparcia Rodzinie
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Zmarł nasz Kolega
dr Krzysztof Kozubowski
specjalista w dziedzinie anestezjologii
i intensywnej terapii
wyraży współczucia oraz słowa wsparcia Rodzinie
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Wyraży głębokiego współczucia
dr Joannie Szybkowskiej-Szkliniarz
z powodu śmierci Męża
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach

Zmarła nasza Koleżanka
dr Teresa Czapla
specjalista w dziedzinie pediatrii
wyraży współczucia oraz słowa wsparcia Rodzinie
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Wyraży głębokiego współczucia
dr Izabelli Garncarczyk-Domin
z powodu śmierci Męża
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Wyraży głębokiego współczucia
dr Pawłowi Stańczak
z powodu śmierci Mamy
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Zmarła nasza Koleżanka
dr Joanna Sikora
specjalista w dziedzinie stomatologii ogólnej
wyraży współczucia oraz słowa wsparcia Rodzinie
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Wyraży głębokiego współczucia
dr Irenie Bill
z powodu śmierci MĘŻA
dr. Jacka Bill
specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Zmarła nasza Koleżanka
dr Maria Nocoń-Kowalska
lekarz dentysta
wyraży współczucia oraz słowa wsparcia Rodzinie
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Wyraży głębokiego współczucia
dr Agnieszce Radosińskiej
z powodu śmierci CÓRKI ANI
składają Koleżanki i Koledzy
Anestezjologów i Chirurgów Dzieciąt

Wyraży głębokiego współczucia
dr Agnieszce Radosińskiej
z powodu śmierci CÓRKI ANI
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Wyraży głębokiego współczucia
dr Reginie Dereniewicz-Wincewicz
z powodu śmierci SYNA
Dr. hab. n. med. Andrzeja Wincewicza
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

18 kwietnia 2026 roku odeszła do Domu Pana śp.
dr Katarzyna Anna Mianowska
lekarz okulista, pracownik Katedry i Kliniki Okulistyki
Wydziału Lekarskiego WUM, w latach 1997-2007 członek
Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej. 6 maja ukończyłaby 54 lata.
Zawiadamia pogrążony w żałobie Mąż

Zmarła nasza Koleżanka

dr Maria Jaskóła

lekarz dentysta, zasłużona na rzecz samorządu lekarskiego, członek Zespołu ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów, Komisji Finansowej ŚIL. Delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy 5., 6., 7., 8., 9. kadencji.

Wyrazy współczucia oraz słowa wsparcia
Rodzinie, składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Zmarł nasz Kolega

dr Jan Czaja

specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych
wyrazy współczucia oraz słowa wsparcia Rodzinie
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Zmarła nasza Koleżanka

dr Grażyna Jarosińska

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

Zmarła nasza Koleżanka

dr Halina Hądzlik-Dudka

specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych
wyrazy współczucia oraz słowa wsparcia Rodzinie
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Wyrazy głębokiego współczucia

dr Monice Jaskóła

z powodu śmierci MAMY
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Wyrazy głębokiego współczucia

dr Edycie Stolarczyk

z powodu śmierci MAMY
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Zmarł nasz Kolega

dr n. med. Tomasz Postuła

specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii
wyrazy głębokiego współczucia
ŻONIE, SYNOM I RODZINIE
składają Koleżanki i Koledzy
ze Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej

Wyrazy głębokiego współczucia

dr Przemysławowi Czaja i Rodzinie

z powodu śmierci TATY, Teścia i dziadka,
składają Przyjaciele z GAMP i ESSI 3

Przychodnia stomatologiczna Saludent w Kielcach

nawiąże współpracę z lekarzem dentystą w zakresie świadczeń ze stomatologii zachowawczej oraz endodoncji mikroskopowej.

Nowoczesny sprzęt, pacjenci komercyjni, elastyczny grafik.
Kontakt pod nr tel. 575 428 774, mailowo: biuro@saludent.pl

Zatrudnię stomatologa ogólnego

do nowoczesnego gabinetu w Opatowie.

Mikroskop Zeiss, tomograf, młody zgrany zespół,
wykonujemy również implanty i ortodoncje.

Godziny pracy do ustalenia. Mateusz 519 791 230.

7 października 2026 r. o godz. 11.00 zapraszamy wszystkich

lekarzy Seniorów ŚIL do siedziby Świętokrzyskiej
Izby Lekarskiej (al. Ks. J. Popiełuszki 43)

na spotkanie z **Panem Dr Markiem Wiecheć**,
Temat spotkania „Rehabilitacja w wieku senioralnym”.

4 listopada 2026 r. o godz. 11.00 zapraszamy wszystkie

Koleżanki i Kolegów ŚIL do siedziby Świętokrzyskiej
Izby Lekarskiej (al. Ks. J. Popiełuszki 43)

na spotkanie z **Panią dr Stanisławą Danutą Barańską** –
specjalistką w dziedzinie chorób wewnętrznych i medycyny
ogólnej. Temat spotkania: „Pierwsza pomoc”

Wynajmę w pełni wyposażony,
nowy gabinet stomatologiczny w Szewcach
gmina Nowiny (10 km od Kielc), woj. Świętokrzyskie.

Spełnia on wszystkie wymagania Sanepidu.
Przy gabinecie jest parking dla lekarza i osobny dla pacjentów.

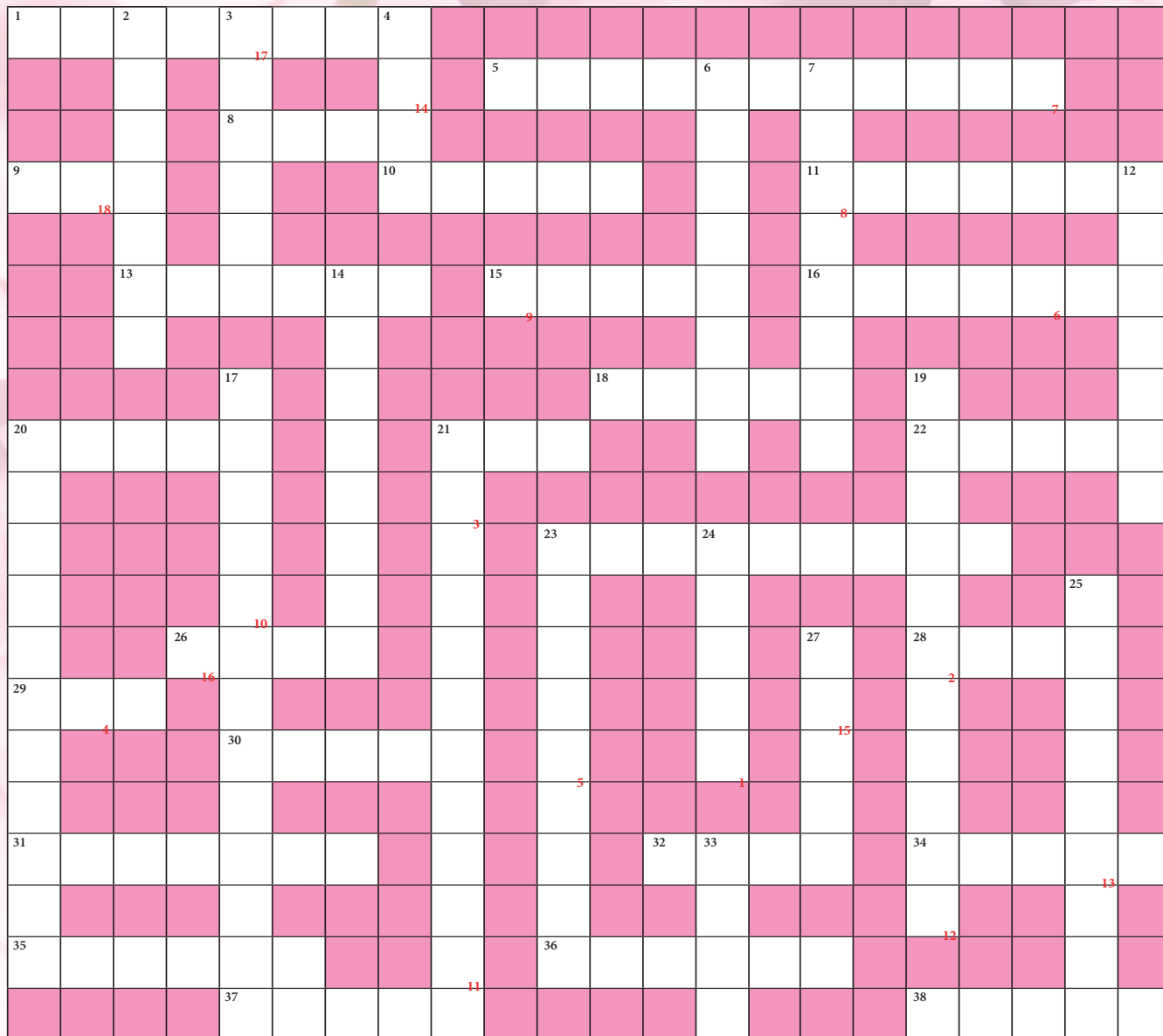
Zachęcam do kontaktu –
numer kontaktowy 503 157 112 lub 507 406 503.

Samorządowy Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej
w Piekoszowie zatrudni od zaraz lekarza/lekarzkę:

- medycyny rodzinnej
- chorób wewnętrznych
- lekarzy w trakcie specjalizacji
- lekarzy bez specjalizacji

Oferujemy konkurencyjne warunki pracy i płacy,
elastyczne formy i wymiar zatrudnienia.

Bliższe informacje pod nr tel. **41 306 10 62 wew. 20 lub 21;**
kom. 577 495 801 lub 577 495 004



POZIOMO

1. stan ostrego niedoboru tlenu i nadmiaru CO₂ w organizmie
5. lekarskie badanie polegające na osłuchiowaniu narządów wewnętrznych za pomocą stetoskopu lub ucha
8. choroba Hansena
9. skutek nadużycia alkoholu
10. nagły, mimowolny i często bolesny skurcz mięśnia
11. silny lek z grupy opioidów, pozyskiwany z soku maku lekarskiego
13. naturalny, steroidowy hormon płciowy należący do grupy estrogenów
15. ostre nagminne porażenie dziecięce
16. choroba zakaźna wywoływana przez *Mycobacterium tuberculosis*
18. *colon sigmoideum*, inaczej okrężnica esowata
20. wykwit wtórny mający charakter otwartej rany na powierzchni skóry
21. ciężka, ogólnoustrojowa choroba zakaźna wywoływana przez bakterie – pałeczki *Salmonella typhi*
22. narząd
23. łagodny nowotwór tkanki łącznej zbudowany z dojrzałych komórek tłuszczowych, który rozwija się pod skórą
26. naczynia krwionośne prowadzące krew do serca
28. żółtawa lub biaława ciecz, która powstaje w miejscu zakażenia
29. zaburzenie polegające na nierównoległym ustawieniu gałek ocznych
30. np. glikolowy, salicylowy lub mlekowy
31. stan, w którym masa ciała człowieka przekracza normy, ale nie klasyfikowany jeszcze jako jednostka chorobowa
32. organ roślin okrytozalążkowych
34. porcja tabaki
35. zaburzenie mowy i komunikacji, które polega na częściowej lub całkowitej utracie zdolności mówienia, rozumienia, czytania lub pisania
36. stan głębokiego zniechęcenia, apatii i duchowej pustki
37. wstępująca lub zstępująca

38. trwałe poszerzenie, wydłużenie i skrócenie naczyń krwionośnych (najczęściej żył powierzchownych)

PIONOWO

2. tymczasowe wypełnienie zęba (plomba doraźna)
3. naturalna, wchłanialna nić chirurgiczna wytwarzana z jelit zwierząt
4. zaawansowane stadium zakażenia wirusem HIV
6. dziedzina medycyny zajmująca się diagnostyką, leczeniem oraz profilaktyką chorób układu moczowego
7. specjalistyczny aparat medyczny, który wykonuje badanie obrazowe
12. grupa substancji chemicznych zaliczanych do hormonów roślinnych
14. miejscowe uszkodzenia skóry i tkanek głębszych, które powstają na skutek długotrwałego ucisku, tarcia lub ścinania
17. nietypowa, osobnicza nadwrażliwość organizmu na konkretne substancje
19. hormon wzrostu
20. potoczne, dawne lub regionalne określenie na czyraka
21. proces neutralizowania, przekształcania i usuwania toksyn, leków lub substancji toksycznych z organizmu
23. główny hormon produkowany przez tarczycę
24. Płynna postać leku doustnego
25. ropny stan zapalny tkanek otaczających paznokieć (wału paznokciowego), który wywołują najczęściej bakterie lub grzyby
27. ciężka i zagrażająca życiu choroba zakaźna układu nerwowego, wywołwana przez toksyny produkowane przez bakterie zwane *Clostridium tetani*
33. stanowi ok 60% składu ciała

HASŁO:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18						