

VOX MEDICI

Biuletyn Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

wrzesień 2025 / Nr 4/270 / ISSN 1426-6318 / Nakład 1800 egz.



WSPARCIE DAJE SIŁĘ!

Remont siedziby OIL
w Szczecinie
s. 14

Dwie Izby -
wspólny cel
s. 19

Lekarz z pasją -
Maciej Kozłowski
s. 44





Komisja Stomatologiczna
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie
zaprasza na

VII KONFERENCJĘ STOMATOLOGICZNĄ DENTIST MUNDI

15 listopada 2025 r.

(sobota) Hotel Courtyard by Marriott Szczecin City – Brama Portowa II

PROGRAM KONFERENCJI

- 8:00–9:00 Rejestracja uczestników i otwarcie Konferencji
- 9:00–9:45 lek. dent. Magdalena Okręt-Stochaj – *Algorytm okluzyjny – jak idealnie dopasować wypełnienia lub pracę protetyczną*
- 9:45–11:15 dr n. med. Agnieszka Pacyk – *HOOT TOOTH czyli jak znieczulić ząb z zapaleniem miazgi*
- 11:15–11:45 Przerwa kawowa
- 11:45–12:30 dr n. med. Andrzej Szwarczyński – *Rekonstrukcje pełnołukowe z natychmiastowym obciążeniem przy użyciu systemu IUXTA 3 D oraz szablonów 5 D Snap guide*
- 12:30–14:00 lek. dent. Dawid Pisuk – *Uśmiech z kompozytu – to znaczy – „sztuczny”, „jak prawdziwy”, czy „ładniejszy”?*
- 14:00–15:00 Obiad
- 15:00–16:30 lek. dent. Aleksandra Kroc – *Powikłania poekstrakcyjne – czym nie dać się zaskoczyć*
- 16:30–17:15 dr n. med. Małgorzata Kuc-Michalska – *Diagnostyka radiologiczna zaburzeń zębowych w oparciu o OPG i CBCT*
- 17:15–17:30 Przerwa kawowa
- 17:30–18:15 dr n. med. Jakub Lubiński – *Interdyscyplinarna współpraca stomatolog-laryngolog w zakresie diagnostyki i leczenia*
- 18:15–19:00 mgr Małgorzata Marjańska – *Lekcja używania ciała*

Zapisy – od dnia 02.06.2025 r., od godziny 9:00 i potrwać do dnia 07.11.2025 r. lub do wyczerpania miejsc wyłącznie na podstawie wypełnionego aktywnego formularza dostępnego na stronie www.oil.szczecin.pl zakładka: konferencje/kursy/szkolenia wraz z potwierdzeniem wpłaty na konferencję. Liczba miejsc ograniczona! Decyduje kolejność wpłynięcia formularza wraz z potwierdzeniem wpłaty. W razie trudności z aktywacją formularza elektronicznego dopuszczalne jest również przesłanie zgłoszenia drogą mailową na adres dentistmundi@oil.szczecin.pl z załączonym potwierdzeniem opłacenia kosztów konferencji. Warunkiem uczestnictwa dla członków OIL w Szczecinie jest opłacenie składek członkowskich.

Koszt udziału: 200,00 zł dla lekarzy dentystów będących członkami OIL w Szczecinie; **450,00 zł** dla lekarzy dentystów niebędących członkami OIL w Szczecinie oraz dla studentów stomatologii.

Opłatę konferencyjną należy wpłacić na konto bankowe OIL w Szczecinie: **74 1050 1559 1000 0022 5989 4638** – ING Bank Śląski – tytułem: opłata za konferencję Dentist Mundi 7 + imię i nazwisko

Szczegółowe informacje pod nr tel. 91 48 64 777

Organizatorzy nie przyjmują rezygnacji z konferencji. Istnieje możliwość wskazania innego uczestnika w terminie do dnia 07.11.2025 r. Organizatorzy nie zwracają wpłat w przypadku nieobecności.

Komisja zastrzega sobie prawo do zmiany terminu i programu konferencji lub jej odwołania z powodów niezależnych od niej. Uczestnicy konferencji otrzymają szczegółowe informacje drogą mailową po zamknięciu listy zgłoszeń.





Szanowni Państwo!

Znowu jesień i znowu witamy kwartał, w którym jako Okręgowa Izba Lekarska jeszcze głośniej będziemy namawiać pacjentów, ale także naszych przyjaciół do badań. Wrzesień to czas na badania dzieci, październik to miesiąc kobiet, a listopad to czas na głośne akcje i inicjatywy dla mężczyzn. To ważne, żeby w natłoku codziennych spraw myśleć o sobie i swoim zdrowiu. Brzmi to banalnie, bo przecież ostatnim miejscem, jakie chcemy odwiedzać w wolnym czasie, jest gabinet lekarski, ale warto to myślenie odwrócić. Jeżeli nie odwiedzimy lekarza na czas – to szpitalne korytarze mogą stać się miejscem obowiązkowym i stałym punktem na mapie naszego życia. Nie chcemy tego. Okręgowa Izba Lekarska kolejny raz zaangażowała się w kampanię społeczną Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii. Dziękujemy za zaproszenie, a pani rzecznik, Agnieszka Muchli-Łagosz, osobiście dziękuję za wsparcie przy przygotowaniu materiałów, które możecie znaleźć w tym numerze naszego magazynu.

Co poza tym?

Mamy dosyć przepisów teoretycznych. Piszemy ustawę „Lex szarlatan”, a jednocześnie... nadal sprzedajemy na Poczcie Polskiej szarlatańskie magazyny. Poza tym piszemy o systemie robotycznym da Vinci, nowych inwestycjach w szczecińskie szpitale. Bardzo mnie cieszy, że w tym numerze blisko przyglądamy się starej siedzibie OIL, która właśnie przygotowuje się do remontu.

Słowo Prezesa	4
Temat numeru – Wsparcie daje siłę!	5
Wywiad numeru – Adrian Sikorski, dyrektor Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii	12
Remont siedziby OIL w Szczecinie	14
Pseudonaukowe magazyny wciąż na Poczcie Polskiej	17
Lekarze i bezpieczeństwo	18
Dwie Izby – wspólny cel	19
Chirurgia robotyczna i nowe możliwości w leczeniu pacjentów	20
Wiecha nad „nowym sercem szczecińskiej medycyny” ...	24
Jak lekarz może stawiać czoła mobbingowi?	25
IX Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne	27
Ochrona radiologiczna pacjenta	27
„Operacja się udała”. Skąd ta pewność?	29
Eskulapy 2025	31
Medal i nagroda dla dr. n. med. Mieczysława Chruściela	32
Praktyczny kurs podstawowy z laparoskopii	34
Warsztaty „Endolaparoskopia XXV”	35
Nie bój się badać. Kwartał z profilaktyką	36
Mikrobiota jelitowa w zespole policystycznych jajników	38
Chór Remedium w Barcelonie	43
Lekarz z pasją – Maciej Kozłowski	44
Koło Seniora	46
I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu Górskim na Długim Dystansie	48
Biuro	50

Polecam uwadze także „Wywiad numeru” z dyrektorem Adrianem Sikorskim z Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii oraz materiał z cyklu „Pasje lekarzy” z lek. Maciejem Kozłowskim, czyli młodym przedstawicielem naszego zawodu, który gra w zespole rockowym. No i już teraz serdecznie zapraszam Państwa do pisania artykułów do naszej grudniowej gazety – zabieramy się za przygotowanie świątecznego numeru lada moment.

Michał Kaczmarek
redaktor naczelny „Vox Medici”



Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy!

Ostatnie miesiące miały na odpoczynku, relaksie oraz chwili wytchnienia. Niestety okres wakacji się zakończył i powróciliśmy do szarej, medycznej rzeczywistości.

Niedawno prezes Naczelnej Rady Lekarskiej dr Łukasz Jankowski ogłosił wielki sukces polegający na rozpoczęciu wygaszania warunkowych trybów przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry dla cudzoziemców. Niestety radość okazała się przedwczesna, a zaistniała sytuacja doprowadziła do przypomnienia przestrogi, że pycha kroczy przed upadkiem. Oto już po kilku tygodniach Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt, który warunkowe tryby wykonywania zawodu utrzymuje. Wychodzi na to, że ani Sejm ani Senat nie wprowadził zmian w projekcie rządowym, mimo rzekomego lobbowania środowisk lekarskich. Najbardziej zaskakujące było to, że sami lekarze i lekarze dentyści zasiadający na Wiejskiej zagłosowali za tak niekorzystnymi i niebezpiecznymi przepisami dla pacjentów. To przykre, że nawet w takich sytuacjach nie udaje się osiągnąć realnego wpływu na polityków. Może powinniśmy rozpocząć poważną dyskusję o pociąganiu do odpowiedzialności zawodowej polityków lekarzy, którzy odpowiadają za niekorzystne dla pacjentów zmiany?

Następnie bez zaskoczenia: prezydent Karol Nawrocki zawetował rządowy projekt ustawy. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Łukasz Jankowski ogłosił sukces, jakoby prezydent Polski wsłuchał się w silny głos samorządu lekarskiego. Ale już kilka godzin później, ku zdziwieniu wszystkich, kancelaria prezydenta wysłała prezydencki projekt ustawy o cudzoziemcach zawierający wszystkie przepisy dotyczące warunkowego przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry...

To, że wyszła z tego kłapa wizerunkowa to mało powiedziane. Wygląda na to, że chciano przypisać sobie zasługi, których ewidentnie nie było. To przykre, ponieważ słabość Naczelnej Izby Lekarskiej odbija się na całym samorządzie lekarskim, w tym na działaniach izb okręgowych.

Na szczęście mamy czym się pochwalić na naszym lokalnym podwórku. Prof. Wojciech Marlicz został wybrany na prezesa elekta Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, prof. Anitę Chudecką-Głąz wybrano na prezesa elekta Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, a prof. Sebastian Kwiatkowski obejmie funkcję wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników. Wszystkim serdecznie gratulujemy i życzymy spełnienia w nowych rolach!

Realizując wyborcze zobowiązania dotyczące rewitalizacji starej siedziby izby lekarskiej przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, pragnę poinformować, że Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie dokonała wyboru inwestora zastępczego dla tej inwestycji. Przed nami wybór generalnego wykonawcy i wbijamy jeszcze w tym roku łopatę na budowie. Mam nadzieję, że w ciągu maksymalnie półtora roku oddamy tę inwestycję w ręce członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie.

Na samym końcu pragnę zachęcić wszystkich do głosowania w ramach wyborów do samorządu lekarskiego. W tym roku po raz pierwszy w historii macie możliwość zagłosować elektronicznie. Wystarczy wejść na stronę: wybory.szczecin.nil.org.pl w celu oddania głosu na swoich kandydatów.

Na samym końcu chciałbym podziękować wszystkim biorącym udział czynny i bierny w wyborach za zaangażowanie. Dzięki Wam Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie stoi na stabilnym i mocnym fundamencie demokratycznych wartości.

Michał Balsa
prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie

NIE CHCEMY JUŻ SŁUCHAĆ WYMÓWEK. ZDROWIE WYMAGA TROSKI!



„Wsparcie daje siłę” - pod takim hasłem Zachodniopomorskie Centrum Onkologii przy wsparciu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego i Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie organizuje kolejną edycję kampanii społecznej w Miesiącu Świadomości Raka Piersi. Ubiegłoroczna odsłona kampanii okazała się spektakularnym sukcesem – udało nam się zaangażować pacjentki oraz szczecińskie organizacje i kluby sportowe. W tym roku pokazujemy pacjentki i ich bliskich w myśl zasady: walka o zdrowie powinna być prowadzona w myśl zasady: „Wszystkie ręce na pokład”.

Kampania, która niesie świadomość, że choroba może spotkać każdego

Kampania społeczna Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii jest związana z faktem, że rokrocznie październik uznawany jest za miesiąc walki z nowotworami piersi. To okazja do prewencji, profilaktyki i promocji zdrowia.

- Zasięgiem nasza kampania obejmie Pomorze Zachodnie, ale też z uwagi na działania prowadzone on-line ma szansę na dotarcie do kobiet w całej Polsce. Do udziału w kampanii zaprosiliśmy pacjentki ZCO oraz osoby z kręgu ich najbliższych, które towarzyszyły im i wspierały je podczas całej terapii onkologicznej. W kampanii w charakterze ekspertów udział wezmą lekarze specjaliści ZCO oraz psychoonkolodzy z naszego szpitala, dzieląc się swoją wiedzą i doświadczeniem,

z którego mogą skorzystać zarówno kobiety ze zdiagnozowanym rakiem piersi, jak i osoby z ich najbliższego kręgu – mówi Agnieszka Muchla-Łagosz, rzeczniczka Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii.

15 października, czyli w Międzynarodowy Dzień Walki z Rakiem Piersi zorganizowane będzie spotkanie otwarte w Zamku Książąt Pomorskich, podczas którego odbędzie się dyskusja moderowana z udziałem bohaterki kampanii, psychoonkologa i lekarza specjalisty ZCO pod roboczym hasłem: „Dlaczego „wszystko będzie dobrze” to najgorsze, co możesz powiedzieć?”

Zaplanowano także prelekcję na temat profilaktyki oraz pokaz polskiego filmu dokumentalnego KOMPLETA, będącego intymnym zapisem procesu zdrowienia głównej bohaterki, u której w ósmym miesiącu ciąży zdiagnozowano chorobę nowotworową. Przez cały miesiąc będzie można również zobaczyć wystawę zdjęć, które powstały w ramach kampanii. Wspiera i daje nadzieję.

„Nie możemy mówić, że nie mamy czasu na badania. Jak można nie mieć czasu na coś, od czego zależy nasze życie?”

Dla Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie kampania ta jest bardzo ważna. Współpraca z Zachodniopomorskim Centrum Onkologii pokazuje, że profilaktyka może mieć charakter bardzo otwarty, a mówienie o zdrowiu,

leczeniu, trudnych doświadczeniach, inspiruje innych do badań.

- Ta kampania uczy i zachęca do badań, co powoduje, że jako Okręgowa Izba Lekarska jesteśmy dumni, że możemy w niej uczestniczyć i partycypować. Największą radością dla mnie jest jednak fakt, że jedna z pacjentek powiedziała do mnie po ubiegłorocznej edycji, że czytanie wywiadów z uczestnikami kampanii, czy oglądanie wywiadów z nimi na portalu wSzczecine.pl mocno dodało jej otuchy w walce z chorobą – mówi Michał Balsa, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie.

- Taki stawiamy sobie cel. Uczuć, namawiać, zachęcać do badań, ale też pokazywać, że choroba to wielkie wyzwanie, któremu trzeba stawić czoło – dodaje Balsa.

Lekarze nie mają wątpliwości, że wszelkie kampanie społeczne mają na celu zwrócenie uwagi pacjentów na to, że ochrona zdrowia – nieważne, jak krytycznie ją oceniamy – daje nam pewne możliwości korzystania z badań profilaktycznych. Namawiamy więc wszystkie pacjentki i wszystkich pacjentów, by słuchali lekarzy, pytali o możliwości badań i z nich korzystali.

- Nie mam czasu. To słyszymy od pacjentów najczęściej. Nasza kampania jest więc po to, by pokazywać mieszkańcom regionu, że na zdrowie trzeba znaleźć czas – dodaje prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie.

AGNIESZKA (52 lata),

na sesji z siostrami Ewą i Magdą

Po doświadczeniu, jakim jest bezpośrednie i realne zagrożenie utraty życia, które przychodzi tak nagle i niespodziewanie, nie jest się już tą samą osobą, co wcześniej.

Mam 52 lata, mieszkam pod Piłą, moja onkologiczna historia zaczęła się w 2023 roku. O chorobie dowiedziałam się z badań kontrolnych – to one zaprowadziły mnie na biopsję, potem na mammotomię. Byłam spokojna, nie miałam stracha, bo przecież zawsze wszystko było ok. Kiedy weszłam do gabinetu na wizytę, podczas której miały być omówione wyniki – lekarka stała, nie siedziała, jak to zwykle bywa. Kazała mi jak najszybciej wybrać dobry ośrodek, bo sprawa jest poważna.

Zaniemówiłam. To spadło na mnie nagle, jak grom z jasnego nieba, nie miałam pojęcia, co robić. Kiedy wyszłam z gabinetu, to nie wiedziałam, jak do domu wrócić, a przecież mieszkaliśmy kilkanaście kilometrów dalej.

Siostra mieszka w Szczecinie, zaniósł wyniki do ZCO i już za trzy dni miałam stawić się na badania, chwilę później było konsylium. Lekarze mówili, że tak wysokiego parametru określającego tempo wzrostu i agresywność nowotworu jeszcze nie widzieli. Już tydzień

po konsylium była operacja. Mastektomia. A później długie leczenie systemowe, terapia celowana: cotygodniowe wlewy, zastrzyki co trzy tygodnie.

Od momentu postawienia diagnozy do momentu rozpoczęcia leczenia minęło niecałe dwa tygodnie. To, że wszystko odbyło się tak szybko, bardzo mi pomogło. Nie miałam czasu szukać, sprawdzać, zastanawiać się. Zostało tylko miejsce na działanie. Kiedy weszłam na ścieżkę leczenia, to mimo że wyniki były złe, wiedziałam, że będzie dobrze, że lekarze wiedzą, co mówią. Czułam się zaopiekowana, nikt nie zostawił mnie samej sobie. Główne leczenie skończyłam w maju, ale wciąż jestem w trybie częstych kontroli.

Cały czas była przy mnie rodzina, przyjaciele. Przed operacją siostra zawiozła mnie nad morze do Świnoujścia, żebym mogła sobie pochodzić po plaży. Po operacji dwie siostry siedziały przy moim łóżku i tylko kiwały głowami, że już wszystko ok. Do Szczecina z Piły

KAMPANIA
SPOŁECZNA



wsparcie daje siłę

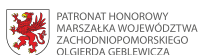
Badaj się. Dla siebie. Dla bliskich.

kampania.onkologia.szczecin.pl

ORGANIZATORZY KAMPANII



PATRONATY HONOROWE



PARTNER KAMPANII



KAMPANIA SPONSOROWANA Z BUDŻETU
WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO



jest kawał drogi, a przecież musiałam być w szpitalu co tydzień – zawsze był ktoś, kto mógł mnie odwiedzić, przywieźć, bo nie miałam siły prowadzić auta. Moja szefowa, bardzo wymagająca i zawsze trzymająca taki służbowy dystans, zadzwoniła do mnie i powiedziała, że w pracy czekają na mnie. Jedna z siostr była jak Cerber, pilnowała, żeby nie spotykał się ze mną nikt nawet z podejrzeniem kataru, nie dawała się przekonać, że to tylko alergię. Najważniejsze było, żeby nie wypaść z cyklu podawania leków, a każda infekcja mogła mnie z tego wykluczyć. No i moja mała wnusia, której obecność i wrażliwość na zmiany, jakie we mnie zachodziły były dla mnie bardzo ważne. Sama obecność tych wszystkich ludzi wokół mnie dawała mi siłę.

Nigdy nie byłam egoistką, ale przez ten czas leczenia mogłam i chciałam się nią stać. Skupiłam się na sobie, dużo odpoczywałam, czytałam, spacerowałam. Okazało się, że w pracy dają radę beze mnie, w domu też, tylko ogród zarósł, bo to zawsze była moja domena. Mój świat się zatrzymał, ale dookoła wszystko pędziło jak zwykle, kręciło się w swoim tempie, tyle że beze mnie. To był bardzo intensywny czas leczenia, a ja niektórych rzeczy nie pamiętam, byłam jakby w innym świecie, w innej rzeczywistości. Tylko raz zadałam sobie pytanie: dlaczego ja? I to było najgorsze, co mogłam sobie zrobić, bo na to nie ma odpowiedzi. Zauważyłam, że kobiety się wstydzą tej choroby. A to przecież nie nasza wina, że zachorowałyśmy, nic złego nie zrobiłyśmy, po prostu – padło na nas. Życie przewraca się do góry no-

gami i nie mamy na to żadnego wpływu. Można tak jak ja, prowadzić zdrowy styl życia, robić badania profilaktyczne, a i tak się zachoruje. O chorobie trzeba mówić, żeby nie zostawać z tym samym, żeby było łatwiej. Trzeba nauczyć się z nią żyć.

Po zakończonym leczeniu zostajemy same, z naszymi myślami i strachem, co dalej. Ludzie patrzą przez pryzmat tego, jak wyglądamy, myślą, że jest dobrze, bo jesteśmy uśmiechnięte pomalowane, ale to nie zmienia faktu, że niepokój i samotność w przeżywaniu tego lęku pozostaje.

Po tym doświadczeniu, jakim jest bezpośrednio i realnie zagrożenie utraty życia, które przychodzi tak nagle i niespodziewanie, nie jest się już tą samą osobą, co wcześniej. Nikt, kto tego nie doświadczył, chyba nie jest w stanie tego zrozumieć. Myślę, że stałam się jeszcze bardziej wrażliwa, na przyrodę, na ludzi, tyle rzeczy mnie zachwyca. Teraz skupiam się na tym, co najważniejsze – żeby spełniać marzenia, zadbać o szczęście swoje i innych, już nie przejmuję się drobiazgami, jakieś drobne zawirowania, problemiki, nie są w stanie mnie spalić, jak to kiedyś bywało.

I jeszcze jedno - do końca życia będę wdzięczna zespołowi lekarskiemu w ZCO. Macie tak empatyczny personel, chciałabym, żeby wszędzie byli tacy lekarze. Dziękuję.

BASIA (41 lat),

na sesji z przyjaciółką Magdą

Ja poradziłabym wszystkim kobietom, żeby się nie bały, zadbały o swoje zdrowie, radzę nie odkładać się do szuflady.

Mam 41 lat, diagnozę raka piersi usłyszałam rok temu, po rutynowej kontroli piersi na USG. Pochodzę z Gorzowa, a do ZCO trafiłam z polecenia. I tu potwierdziło się to, w co wierzę od dawna: że spotykam na swojej drodze odpowiednie osoby w odpowiednim momencie.

Prowadziłam zawsze zdrowy styl życia, cztery razy w tygodniu treningi na siłowni, nigdy nie paliłam, nie nadużywałam alkoholu, zdrowo się odżywiałam – a i tak choroba przyszła. Dla mnie kluczowe okazały się badania profilaktyczne – gdybym się nie badała regularnie, nie dowiedziałabym się w porę, że jestem chora i być może byłoby za późno. Pracuję w dużym zbiorowisku ludzi i kiedy zachorowałam, wiele osób do mnie przychodziło i pytało: „Ty masz raka? Jak to możliwe? Ja to się nigdy nie badałam”. Po moim zachorowaniu wiele kobiet z mojego środowiska zaczęło się badać.

Dlaczego kobiety się nie badają, nie korzystają z badań profilaktycznych? Myślę, że się boją. Media, społeczeństwo pokazują nam obraz udręczonego chorego, człowieka w opłakanym stanie – ten widok przeraża. Więc się nie badają, wolą nie wiedzieć. Trochę jak strusie, chowają głowę w piasek i skoro nie widzą bezpośredniego niebezpieczeństwa, to wydaje się im, że go nie ma. Taki strach przed nieznanym. A to przecież tak nie działa. Niebezpieczeństwo nie znika, nawet jeśli zdrowo żyjemy.

Ja poradziłabym wszystkim kobietom, żeby się nie bały, zadbały o swoje zdrowie, radzę nie odkładać się do szuflady. A jeśli przydarzy im się to co mi, że dostaną złą diagnozę, to z dnia na dzień muszą się stać wojownikami o swoje życie, zadziałać tu i teraz.

Jestem sama, nie założyłam swojej rodziny, ale podczas choroby przekonałam się, że mimo to nie jestem

samotna. Nagle okazało się, że mam armię dobrych aniołów wokół siebie, nie tylko z tych najbliższych kręgów – mama, siostra bliźniaczka, ale też masę przyjaciół, sąsiadów, znajomych z pracy. Tyle osób, które po prostu były, na wyciągnięcie ręki. W sesji zdjęciowej do kampanii towarzyszyła mi Magda, moja przyjaciółka. Kiedy zadzwoniłam do niej, że to ten moment, że tracę włosy, musze się obciąć – stanęła w drzwiach z bukietem kwiatów. Kiedy jechałam na pierwszą chemię do Szczecina, to przed wyjazdem w drogę opatuliła mnie szalikiem, żebym przypadkiem nie zmarzła. Takie drobne gesty, a dają tyle siły. Bo to nie chodzi o to, żeby ktoś trzymał mnie non stop za rękę, pocieszał, tylko żeby był w tych gorszych chwilach, wypił kawę, traktował po

prostu normalnie. Czasami myślę, że ta choroba była po to, żeby mi pokazać, że nie jestem samotna.

To całe doświadczenie raka paradoksalnie nauczyło mnie czegoś jeszcze. Choroba pokazała mi, że jestem silna, o wiele silniejsza niż mi się wydawało i ta nauka siebie samej, to jak się zmieniałam, to czego się o sobie dowiedziałam – to jest bardzo ciekawe i cenne.

I na koniec chcę coś dodać, proszę to zapisać: macie wspierać ekipę w ZCO. Żaden z lekarzy, którego u was spotkałam, nie pozwolił, żebym czuła się zaniedbana, niedopieszczona, niedoinformowana. Pokazali mi, że warto oddać się w ich ręce. Jestem Wami zachwycona.



MAGDALENA (66 lat) i KASIA (44 lata),

mama i córka, pochodzą z Sulęcina w województwie lubuskim

W tym samym roku, kiedy mama zakończyła leczenie i tata zachorował na raka płuc, wykryto także u mnie raka piersi, i to w dodatku jego rzadką odmianę.

Magdalena: O nowotworze dowiedziałam się dzięki badaniom kontrolnym, na które co roku chodzimy razem z córką. Było to w połowie września 2021 roku. Leczenie wdrożono prawie natychmiast, bo już po kilku dniach, w październiku zaczęłam chemioterapię, potem była operacja, radioterapia i terapia zabezpieczająca przed przerzutami. Leczenie zakończyłam w styczniu 2023 roku. Wróciłam do pracy - jestem nauczycielką j. niemieckiego w liceum. Obecnie biorę jeszcze antyhormon, wspomagający efekty leczenia. W tym czasie okazało się także, że na raka płuc zachorował mój mąż. Niestety, dowiedzieliśmy się za późno i jego leczenie nie zakończyło się sukcesem.

Kasia: W tym samym roku, kiedy mama zakończyła leczenie i tata zachorował na raka płuc, wykryto także u mnie raka piersi, i to w dodatku jego rzadką odmianę. W moim przypadku decydujące było to, że zmiany nowotworowe udało się wykryć wcześniej. Żyję. Przeszłam tą samą drogę leczenia co mama. Z tą różnicą, że straciłam całą pierś. Jestem już po rekonstrukcji. Mimo diagnozy i leczenia nigdy nie pomyślałam, że mogę umrzeć. Na operację do szpitala przyjechałam sama, samochód zaparkowałam pod budynkiem i czekałam tylko na to, aż poczuje się lepiej i będę mogła do niego wsiąść i wrócić do domu. Takie zadanie miałam do wykonania. Przeszłam mastektomię, chemioterapia zadziałała w 100 procentach, teraz jeszcze jestem na hormonoterapii.

Magdalena: Gdy zachorowałam, to Kasia zrobiła coś fantastycznego. Zaprosiła do mnie swoją koleżankę, która była po obustronnej mastektomii, miała przerzuty i wyszła z tego. Kasia kazała jej usiąść ze mną i opowiadać. Usłyszałam od niej dużo dobrych rzeczy, że trzeba zaufać lekarzom, nie bać się chemioterapii, że jedzie się nie po lek, który ma skutki uboczne, ale po złoto, które ma uratować życie, po zdrowie. Rozmowa z nią tak na mnie wpłynęła, że w momencie podłączenia pierwszej kroplówki, uśmiechałam się. Wiedziałam, że dostaję lek, który mnie uratuje! Czułam się więc dobrze. Moja pani doktor, każdorazowo analizując wyniki krwi, utwierdzała mnie w tym pozytywnym nastawieniu.

Po moich doświadczeniach rodzina przyjęła diagnozę Kasi i męża łagodniej. Wiedzieliśmy wszyscy, że innej drogi nie ma. Trzeba zaufać lekarzom i leczyć się. To prawda, że mój mąż po półtora roku zmarł, ale jego guz był nieoperacyjny, bardzo dużo palił, nie dał sobie wytłumaczyć, czym to grozi. Może gdyby bardziej

słuchał, kontrolował się regularnie, szybciej poszedł do lekarza...

Kasia: W terapii pomogła mi moja pani doktor prowadząca, bardzo pozytywnie nastawiła mnie do leczenia, wszystko wyjaśniała, mogłam też do niej zadzwonić, kiedy się źle czułam, aż byłam w szoku, że tak można leczyć. Takie normalne, ludzkie i konkretne podejście. Fakt, były w terapii trudne momenty. Wypadły mi włosy, miałam problemy z paznokciami, polineuropatię, po lekach sporo przytyłam, usunięta pierś. Ale z drugiej strony - nie przestawałam pracować, miałam siłę do pracy z klientkami. Żyłam normalnie. To było dla mnie bardzo ważne.

Magdalena: Bo trzeba żyć, mieć ciągle coś zaplanowane, coś, co pochłania, skupia uwagę, nie pozwala ponieść się myślom w złym kierunku. Jestem nauczycielką języka niemieckiego, bardzo chciałam wrócić do pracy, nie siedzieć w domu. Lubię swoją pracę, ona daje mi pozytywną moc. Jak tylko zachorowałam, to powiedziałam w szkole moim uczniom, że postaram się do nich wrócić, nie owijałam w bawełnę. Rak to nie wyrok, to choroba przewlekła, można i trzeba się leczyć, to jedyna droga. Moje leczenie przypadło na czas tuż po pandemii, więc ten kontakt z ludźmi był ograniczo-



ny, ale mimo to miałam ogromne wsparcie od uczniów, ich rodziców, koleżanek i kolegów nauczycieli. W Dniu Nauczyciela przychodzili pod dom z kwiatami, koszem owoców, dostawałam także kartki z bardzo osobistymi życzeniami. Rodzina i wsparcie najbliższych jest również bardzo ważne, bo to oni byli ze mną na co dzień.

Kasia: Tak, to było bardzo ważne, że my z mamą mamy siebie. Oczywiście to nie jest tak, że się nie kłócimy. Ale już chwilę po kłótni dzwonimy do siebie i rozmawiamy tak, jakby się nic nie stało. Nie zatrzymujemy się na drobiazgach, one nie są istotne. Teraz, już po zakończeniu tego reżimu leczenia, bardziej się boję, że to może wrócić. Wcześniej byłyśmy objęte opieką, specjaliści czuwali, wszystko, każdy ruch w terapii opisany i zaplanowany na wiele miesięcy do przodu. Ale trzymam się tego, że będzie dobrze. Zresztą nie mam czasu na raka. Jesteśmy z mężem w trakcie starań o zostanie rodziną zastępczą dla dwójki polsko-wietnamskich dzieci, których tata zmarł na raka wątroby dosłownie kilka dni

po tym, jak zakończyłam terapię. Od lat wspieraliśmy, pomagaliśmy samotnemu ojcu w opiece nad dziećmi, bo nie tylko samotnie je wychowywał, ale jednocześnie prowadził bar i jako Wietnamczyk nie najlepiej mówiący po polsku, borykał się z wieloma problemami. Przez te lata żyliśmy się z tą rodziną, pokochaliśmy dzieci i one nas. Ich ojciec wiedział, że może na nas liczyć. Teraz spełniamy się jako rodzice dwójki nastolatków.

Magdalena: Chciałabym dodać jeszcze jedną ważną rzecz. Często media podają niesprawdzone informacje o cudownych terapiach, fantastycznych lekach czy suplementach. Pacjenci bojąc się chemii, rezygnują z leczenia i poddają się tym "cudownym" zabiegom. Kończy się to zwykle tragicznie. Chcę zaapelować: nie słuchajcie influencerów, słuchajcie lekarzy. Oni naprawdę wiedzą co robią, są specjalistami, trzeba im wierzyć i oddać się w ich ręce.

SYLWIA (49 lat),

na sesji z mężem, Przemysławem

Jechaliśmy z mężem samochodem i zauważyłam reklamę badań profilaktycznych w kierunku raka piersi. Powiedziałam wtedy, że ja to na pewno nigdy nie będę miała raka. Mąż zapytał: a skąd wiesz? I zapisał mnie na mammografię z okazji Dnia Kobiet.

Kilka dni po badaniu zadzwonili z ZCO i wystawili kartę DİLO: rak złośliwy. Zawsze wydawało mi się, że to mnie nie trafi, że ja na raka nie zachoruję. Ktoś obok, bliżej czy dalej – tak. Ale nie ja. Gdyby nie ta reklama i mój mąż, który powiedział, że mam się przebadać i koniecznie, bo on chce mieć zdrową żonę – nie trafiłabym na mammografię. Zawsze odkładałam badania kontrolne i lekarzy na później. Teraz wiem, że to był błąd, już tego nie robię. Pilnuję się, pilnujemy się oboje.

Leczenie onkologiczne minęło mi szybko i wydaje mi się, że nie było aż tak strasznie jak mówią. Medycyna idzie naprzód, teraz te terapie są o wiele łagodniejsze, na przykład ani razu nie zwymiotowałam. Trzeba się liczyć z tym, że zakazane są wszelkie używki, trzeba zadbać o zdrowe jedzenie, chodzić na spacer, zmuszać się, nawet jak się nie chce. Jak w trakcie chemii wsiadłam na rower, to sąsiadka mówiła, no, wywali się pani. A ja pojechałam, dałam radę. I lekarz kazał mi o tym opowiedzieć innym pacjentkom na korytarzu. Nie wolno przykuwać się do łóżka, trzeba się ruszać. Ćwiczyłam też jogę nawet w trakcie terapii, jak się dobrze czułam, to nawet biegałam. Oczywiście, nie było cały czas pięknie, na przykład włosy mi wypadły, ale było znośnie. Może dlatego, że cały czas był ze mną mąż. Trzymał mnie za rękę na każdej chemii, jeździł ze mną na każdą radioterapię, jak leżałam po operacji w szpitalu, to codziennie przyjeżdżał, a mieszkamy

w Gryficach, więc kawał drogi do zrobienia. Później przyjeżdżał też ze mną na każdą wizytę kontrolną. Dorobiliśmy się nawet wśród personelu ksywki, od nazwiska: Orzeszki. Kilka osób mi powiedziało, że dzięki niemu żyję. To jego wsparcie, to było coś cudownego.

Po zakończonej terapii czuję, jakbym dostała drugie życie. Dosłownie. Czuję się inna, szczęśliwsza. Spotkałam w szpitalu wiele fantastycznych kobiet. I macie u siebie cudowny personel, naprawdę, taki empatyczny, czuły, troskliwy. To wszystko pomaga przejść przez chorobę.

Teraz wszystkim mówię: badajcie się. A jak coś wyjdzie – to od razu się leczcie. Te terapie da się przeżyć, a wcześniej wykryty rak naprawdę jest wyleczalny. Dodałabym też, żeby nie czytać głupot w Internecie, nie słuchać koleżanek, sąsiadów, cudownych pseudofachowców, tylko lekarza. Lekarz naprawdę wszystko powie, wyjaśni, dobrze doradzi, uprzedzi, jakie są skutki uboczne – i to niech wystarczy. Ja już nic nie szukałam, nie czytałam, wystarczyło mi to, co powiedział lekarz, co było konieczne. Wszystkie te wyczytane nie wiadomo gdzie informacje tylko sięją zamęt w głowie, budzą wątpliwości, a tu trzeba iść jasno wytyczoną przez lekarza drogą. I jeszcze wszystkim kobietom na początku tej drogi powiedziałabym, żeby się nie poddawały, nie załamawały. My, kobiety, jesteśmy bardzo silne, jak tylko chcemy.

„POZIOM EMPATII W ONKOLOGII POWINIEN BYĆ WYŻSZY, NIŻ W INNYCH DZIEDZINACH MEDYCYNY”

Kampania Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii „Wsparcie daje siłę” wspierana przez Okręgową Izbę Lekarską w Szczecinie jest okazją do rozmowy na temat profilaktyki, relacji pacjent-lekarz, ale także na temat tego, że budowanie przyjaznego szpitala jest możliwe, nawet jeżeli jest to miejsce, które kojarzy się pacjentowi z granicznymi doświadczeniami.

Z Adrianem Sikorskim, dyrektorem Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii rozmawia redaktor naczelny „Vox Medici” Michał Kaczmarek.

Spotykamy się na okoliczność kampanii „Wsparcie daje siłę”, skierowanej do kobiet w październiku, Miesiącu Świadomości Raka Piersi. To kolejna kampania społeczna, którą ZCO organizuje wspólnie z Okręgową Izbą Lekarską. Jak ważna dla szpitala jest prewencja i promowanie profilaktyki?

Adrian Sikorski, dyrektor Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii: Statystyki zgłaszalności na profilaktyczną mammografię w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej w ZCO zwyżkują w październiku i listopadzie, czyli wtedy, kiedy jeszcze na świeżo kampania pozostaje w pamięci odbiorczyń. W mojej ocenie warto walczyć o każdą pacjentkę i każde zgłoszenie. Skuteczność takich akcji promujących profilaktyczne badania potwierdza choćby historia naszej pacjentki, jednej z bohaterek kampanii, którą mąż zapisał na mammografię zainspirowany plakatem nawołującym do badań profilaktycznych. To niejedyny przypadek, który pokazuje, że takie akcje mają sens.

Dzięki kampaniom mamy też możliwość budowania świadomości onkologicznej u kobiet. Pokazując pacjentki, które zakończyły swoje terapie, uczymy, że dziś rak piersi, dzięki rozwojowi medycyny, to choroba przewlekła, a nie śmiertelna – oczywiście pod warunkiem wczesnego rozpoznania. Aspekt społeczny jest tu niezwykle istotny. Jeszcze niedawno na choroby onkologiczne patrzyło się tak, jak jeszcze w latach 90-tych na choroby psychiczne – to było coś groźnego, nieuleczalnego, budziło lęk. Dziś, dzięki coraz większej świadomości społecznej choroba nowotworowa nie jest już tak stygmatyzowana jak kiedyś, możliwe staje się aktywne, także zawodowo, życie z rakiem, a nie babcia i zamknięcie w samotności.



Nie ma Pan wrażenia, że coraz trudniej z kampaniami społecznymi docierać do ludzi? Tempo życia rośnie, ale też odporność na przekaz informacyjny rośnie, bo jesteśmy poddawani wielu bodźcom?

Zgoda, coraz trudniej jest docierać do ludzi z informacją, jest ich cała masa, a te ważne gubią się w natłoku przekazów, jakimi jesteśmy bombardowani. Dlatego kampanie społeczne muszą być prawidłowo skonstruowane, dopasowane do odbiorców, ale przede wszystkim – muszą być częścią większej strategii opartej na programie zdrowia publicznego, edukacji połączonej z uświadamianiem ludziom ich sprawczości, tego, że to od naszych codziennych wyborów i decyzji zależy nasze zdrowie. Kampania jest częścią podejmowanych przez nas działań zmierzających właśnie do budowania jak najszerzej świadomości onkologicznej. Prowadzimy warsztaty edukacyjne połączone z nauką samobadania piersi na fantomach w szkołach średnich, firmach, zakładach pracy, organizujemy konferencje dla różnych grup odbiorców, mamy podcast, w którym

specjaliści ZCO wyjaśniają, czym jest dobra profilaktyka, co to jest choroba onkologiczna i jakie są metody leczenia. Prowadzimy aktywnie media społecznościowe, gdzie też staramy się edukować i pokazywać, że ludzie chorzy na raka są wśród nas i choć każdego może ta diagnoza dotknąć, to umiemy już skutecznie leczyć choroby, wydłużać życie pacjentów. To nasze lokalne wysiłki, które zmierzają do wyuczenia wrażliwości i percepcji na tematykę onkologiczną.

Jak więc mówić o profilaktyce, kiedy nadal nie dopuszczamy do siebie myśli, że choroba może dotknąć także nas?

Problem polega na tym, że w przypadku zaniechania profilaktyki konsekwencje są odroczone w czasie, nie przychodzą od razu, a zatem nie są takie straszne i dojmujące. Palacz papierosów w pierwszym momencie po zapaleniu odczuwa korzyści, rak płuca wystąpi przecież dopiero za na przykład 20 lat, a zresztą na pewno i tak akurat mnie ominie. By dotrzeć z ideą profilaktyki, warto pokazywać te odroczone konsekwencje: decyzja podjęta teraz ma znaczenie dla twojej przyszłości. W tym pędzącym świecie, przy braku objawów choroby, do tego ze świadomością, że nie każdy zachoruje na raka - trudno jest nam przekonać się do regularnych badań profilaktycznych. To wymaga działań i decyzji podejmowanych z myślą o dłuższej perspektywie czasowej, a my żyjemy szybko, tu i teraz, skoro jesteśmy zdrowi to czym się martwić? I tu znów wrócę do konieczności budowania świadomości onkologicznej i poczucia sprawczości, które polega na tym, że to właśnie ja mogę nie dopuścić do rozwoju choroby, dzięki moim decyzjom dziś można wyłapać ją na tyle wcześniej, by skuteczne leczenie było możliwe. To jest do zrobienia, dzięki wzajemnej trosce o siebie, swoich najbliższych, społecznej odpowiedzialności – jakkolwiek to ostatnie byłoby niepopularne w czasach rozbuchanego indywidualizmu.

Czy szpital onkologiczny może być w ogóle miejscem przyjaznym? Rozmawiamy o prowadzeniu miejsca, do którego trafiamy być może w najciemniejszych i najtrudniejszych momentach naszego życia?

Tak naprawdę część pacjentów po wyleczeniu nie chce wracać do tego miejsca. Jak bardzo zaopiekowani by się nie czuli w trakcie terapii, szpital onkologiczny już zawsze będzie się im kojarzył ze złą diagnozą, wymagającym leczeniem, trudnymi, wręcz granicznymi doświadczeniami. I to jest zrozumiałe. Nie oznacza to jednak, że nie powinniśmy budować takiego bezpiecznego środowiska – nie tylko dla pacjentów, ale też dla personelu medycznego. W moim odczuciu ważne jest tworzenie zdrowych relacji na linii personel-pacjent, ale też personel – personel. To pomaga wszystkim w znalezieniu się w trudnej sytuacji zdrowotnej: nie tylko pacjentom w obliczu choroby, ale również personelowi w obliczu stresu, z jakim na co dzień muszą się mierzyć. Świadomość, że uzyska się tu szeroko pojęte wsparcie, będąc czy to pacjentem, czy lekarzem

w trudnym dla siebie momencie – jest bardzo ważna. Jestem zdania, że nasze relacje są pochodną tego, jakim społeczeństwem jesteśmy. Przed nami wiele wyzwań w tym aspekcie, m.in. budowania wzajemnego szacunku, oczywiście mając na uwadze fakt, że to pacjent jest w szpitalu onkologicznym w najtrudniejszej sytuacji, zasługującej na czas i zrozumienie.

Osobną kwestią są problemy związane z wciąż niewystarczającą liczbą lekarzy i pielęgniarek w stosunku do liczby pacjentów onkologicznych. Zmierzamy w kierunku organizacji pracy w zespołach wielodyscyplinarnych, złożonych z lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychoonkologów, farmaceutów, dietetyków, koordynatorów leczenia, opiekunów medycznych czy pracowników socjalnego po to, by na każdym etapie leczenia był ktoś, kto będzie mógł poświęcić pacjentowi wystarczającą ilość uwagi i zrozumienia. Dziś placówki medyczne są oceniane nie tylko pod kątem skuteczności leczenia, ale też poczucia bezpieczeństwa, jakie dają pacjentowi, dostarczenia mu tego wszystkiego, co może mu pomóc, łącznie z udzielaniem jasnych informacji na temat terapii w sposób życzliwy i ze zrozumieniem.

Uczula Pan lekarzy, by byli empatyczni? Istnieje coś takiego, jak „niepisany kodeks lekarza onkologa”? Onkolog musi być bardziej empatyczny, może bardziej cierpliwy?

Mam wrażenie, że twierdząc, że lekarz ma przede wszystkim leczyć, sami wykuliśmy sobie hasło na niekompetencję komunikacyjną. Bo lekarz ma być skuteczny, a nie empatyczny. Tymczasem ja mam przeświadczenie, że poziom empatii w onkologii powinien być wyższy, niż w innych dziedzinach medycyny, wsparty oczywiście adekwatnym poczuciem własnej skuteczności i kompetencji, satysfakcją z pracy, świadomością, że dzięki swojej wiedzy mogę dostarczać optymalnych dla pacjenta rozwiązań.

Pamiętajmy jednak, że lekarz też człowiek, nie maszyna, podlega tym samym mechanizmom związanym ze stresem, zmęczeniem, ograniczeniami, jakie napotyka się w swojej pracy. Utrzymanie empatii na wysokim poziomie zwłaszcza w onkologii jest trudne, bo poziom przepracowania jest naprawdę duży, dlatego tak ważne jest utrzymanie własnego dobrostanu. Niedopuszczanie do wypalenia zawodowego, a jeśli już nastąpi – to konieczne jest działanie na zasadzie: chcesz pomóc komuś, najpierw skutecznie zatroszcz się o siebie. Wypalony, przemęczony lekarz nie będzie empatycznym wsparciem, skutecznym w działaniu, może wręcz pojawić się depersonalizacja pacjentów. Moim zdaniem powinna pojawić się instytucjonalna forma wsparcia dla personelu medycznego – to z kolei będzie przekładać się na korzyść dla pacjenta. W naszej misji szpitala podkreślamy, że z empatią towarzyszymy pacjentowi i jego bliskim w drodze do zdrowienia i osiągnięcia jak najlepszej jakości życia w chorobie. Jednak żeby to nie było

tylko hasło, wymaga podjęcia skutecznych działań, bo nie wystarczy powiedzieć: bądź empatyczny.

Można prowadzić szpital najlepiej jak się da, ale zwykle indywidualne wrażenia spotkania „z systemem” zwykle będą negatywne.

Brzmi jak wezwanie do poddania się. A ja myślę, że każdy system tworzą przede wszystkim ludzie. I to od nich wiele zależy. Na pewno zdarzają się sytuacje, kiedy pacjent czuje się pozbawiony opieki, pozostawiony sam sobie. To nasze, ludzi tworzących „system opieki zdrowotnej” zadanie, żeby ta opieka nie była tylko zbiorem elementów, gdzie każdy ponosi odpowiedzialność za niewielki wycinek, kawałeczek, tylko żeby skoordynować w jedną, sprawną całość efektywną opiekę nad pacjentem. To wymaga zmian w podejściu, także w mentalności, zmian organizacyjnych, monitorowania jakości opieki na każdym jej etapie, komplementarnego działania między wieloma jednostkami, pełnego, wzajemnego informowania się, ale też współodpowiedzialności pacjenta za proces leczenia. Tak więc „system” to jedno, ale nie mniej ważne jest wszystko, co dzieje się między jego elementami. Dobrym krokiem w kierunku budowania takiej mapy dla pacjenta, która pomaga mu poruszać się w systemie było utworzenie stanowisk koordynatorów opieki. Jednak same regulacje prawne nie wystarczą, jeśli nie będzie szczerych intencji podmiotów, które ze sobą współpracują, wzajemnego zaufania i wspólnej dbałości o pacjenta. To co mówię, nie jest życzeniowe, to krok po kroku się dzieje.

Jakie zadania inwestycyjne prowadzi obecnie ZCO? Co jest priorytetem?

Wykorzystujemy wszystkie możliwości, by pozyskać środki dotacyjne i rozpocząć inwestycje, które docelowo będą służyły poprawie warunków i zwiększeniu kompleksowości leczenia. Na ten moment mamy w zasadzie gotowe do rozpoczęcia cztery projekty inwestycyjne, związane z diagnostyką, rehabilitacją onkologiczną, leczeniem operacyjnym i zwiększeniem możliwości lokalowych szpitala. Budżet dla tych zadań przekracza 0,5 mld zł.

Jak wygląda agregacja środków z KPO? O jakie pieniądze stara się szpital, jakie udało się otrzymać, a jakie nie?

Oczekujemy na wyniki konkursu w ramach KPO w zakresie cyberbezpieczeństwa, co jest niezwykle istotne w obliczu wyzwań geopolitycznych, z jakimi mamy dziś do czynienia. KPO mocno stawiało na doposażenie sprzętowe szpitali w aparaturę medyczną, ale w ZCO dysponujemy najnowszym, wysokiej jakości sprzętem, dopasowanym do naszych możliwości lokalowych. Dla nas bardzo ważne będzie rozstrzygnięcie – drugie już – konkursu w ramach Funduszu Medycznego i zielone światło dla inwestycji rozbudowy szpitala. Czekamy na wyniki.

Dziękuję za rozmowę.

PERŁA W KORONIE OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ PRZEJDZIE GRUNTOWNY REMONT

Emocje, które towarzyszą samorządowi lekarskiemu w temacie remontu willi przy ulicy Marii Skłodowskiej – Curie, są wielkie. To oczywiste – udało się zatrzymać plany dotyczące sprzedaży tego obiektu, a międzypokoleniowe porozumienie lekarzy seniorów i młodej kadry zarządzającej izbą lekarską przynosi wymierne efekty. Jest już inwestor zastępczy dla inwestycji, a plan jest taki, by jeszcze w tym roku wyłonić wykonawcę, a potem rozpocząć prace remontowe starej siedziby izby.

Nowa odsłona starej siedziby Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie łączy tradycję z nowoczesnością

Willę przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11 wybudowano w latach 20. XX w. Jej pierwszym właścicielem był dr Wellmer. Izba lekarska użytkowała ten obiekt od 1965 roku, jednak kilka lat temu przeniosła swoją siedzibę do budynku przy ul. Wieniawskiego, również

na Pogodnie. Ten obiekt także jest na bieżąco remontowany i dostosowywany do potrzeb samorządu lekarskiego. Co dzieje się w starej siedzibie izby? Decyzją prezesa Michała Bulsy i nowego prezydium izby była oczywista: nie sprzedajemy, a remontujemy to miejsce.

Właśnie trwa działanie mające na celu wyłonienie wykonawców zadania. Plany są ambitne, a miejsce na Po-



godnie ma stać się tym, czym było przed laty. Miejscem spotkań, połączeniem tradycji i nowoczesności.

- Były takie pomysły, by to miejsce sprzedać. Nie było naszej zgody, to byłoby przestępstwo, by sprzedać budynek z taką historią. Chcemy to miejsce odnowić, by było to miejsce spotkań i integracji, ale też chcemy tchnąć w tę przestrzeń życie. Będą tutaj działania edukacyjne, ale także społeczne – mówi Michał Balsa.

- Powoli żegnamy się z tym, jak to miejsce wygląda, bo remont jest coraz bliżej i chciałbym, by w tym roku jeszcze symbolicznie wbić łopatę pod remont – dodaje.

- Zachowujemy to, co historyczne. To jest obiekt utrzymany w duchu lat 30. i zachowamy tę elegancję. Na piętrze będą powierzchnie biurowe i będzie tu nowocześniej. Będzie sala multimedialna z zapleczem – zapowiada Balsa.

„To jest miejsce z duszą. To jest nasze miejsce. To jest miejsce naszego samorządu”

Doktor Mieczysław Chruściel przyznaje, że trzy pokolenia lekarzy, które przewinęło się przez starą siedzibę OIL, to niepodważalna historia tego miejsca.

- Tutaj siedzibę ma klub Remedium, tutaj mamy stajenkę, gdzie nasz klub malarski tworzy przepiękne obrazy. To jest przestrzeń z historią, której nowy rozdział będziemy pisać – mówi dr Chruściel.

- Chciałbym, by tu w izbie wisiły portrety zasłużonych dla środowiska lekarzy i lekarzy dentystów. To moje wielkie marzenie – dodaje.

Lekarze seniorzy najgłośniejszy sprzeciwiali się planom sprzed lat, by sprzedawać ten obiekt.

- Lekarze uważali, że nie należy sprzedawać willi. To był głos lekarzy seniorów, ale nie tylko. Udało nam się przekonać radę, by stworzyć tu miejsce spotkań dla lekarzy seniorów, młodych lekarzy, powstanie też Ośrodek Kształcenia Kadr Medycznych. Chcemy, by była to przestrzeń integracji. Nasze wspomnienia sprzed lat są bardzo mocno związane z tym miejscem. Tutaj organizowane były uroczystości, spotkania, imieniny, wesela – mówi prof. Halina Ey-Chmielewska, jedna z orędowniczek remontu, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie.

- To jest miejsce z duszą. To jest nasze miejsce. To jest miejsce naszego samorządu. Odbываły się tu burzliwe

SIEDZIBA OIL

obrad, zawiązywały się wspianiałe przyjaźnie... - wspomina prof. Ey-Chmielewska.

Lekarze seniorzy szczególnie pozytywnie oceniają idee powołania dziennego domu lekarza seniora, który działać będzie codziennie. Stanie się ta przestrzeń prawdziwym miejscem promocji kultury lekarskiej.

„Miejsce z duszą wymaga miłości”

Funkcję inżyniera kontraktu powierzono doświadczonej firmie Najda Consulting. Ruszyły już prace nad wyłonieniem wykonawcy remontu.

- To miejsce robi wielkie wrażenie. Jest w dobrym stanie, ale wyzwaniem będzie duża ilość detali, szczególnie na parterze. Naszym zadaniem będzie pieczołowita troska o wszystko, co ma dla lekarzy wielką wartość. Planujemy niebawem wyłonić wykonawcę i przekazać plac budowy. Fizyczna realizacja zadania może rozpocząć się jeszcze w tym roku. Dajemy wykonawcy 18 miesięcy na wykonanie prac – mówi Andrzej Najda, prezes firmy Najda Consulting, inżynier kontraktu i inwestor zastępczy w imieniu Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie.

Budynek będzie wzmocniony, powstanie szyb windowy, naprawiona będzie więźba dachowa, a sama elewacja zostanie odświeżona. Planowane są także odwierty

pod pompę ciepła oraz zagospodarowanie zieleni dookoła willi.

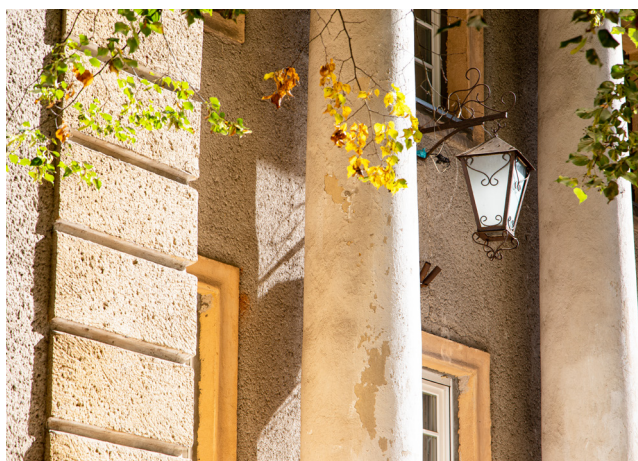
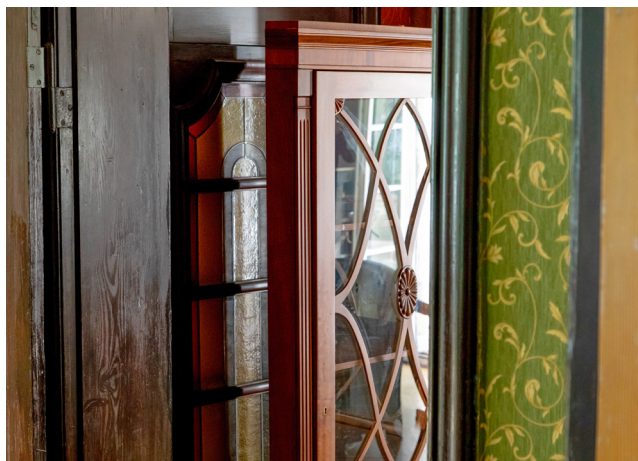
- Nie jest to standardowy obiekt kubaturowy, a miejsce, do którego należy podejść z odpowiednią troską – przyznaje Andrzej Najda.

Dawna siedziba Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie objęta jest ochroną Miejskiego Konserwatora Zabytków.

Reportaż na temat willi możecie znaleźć w naszych social mediach, a także na portalu wSzczecinie.pl.



prof. Halina Ey-Chmielewska i dr n. med. Mieczysław Chruściel



OKŁADY Z KAPUSTY NA NOWOTWÓR I TARTY CHRZAN Z WÓDKĄ NA BÓL KRĘGOSŁUPA.

PSEUDONAUKOWE MAGAZYNY NADAL NA POCZCIE POLSKIEJ

- Czujemy bezsilność i czujemy się ignorowani przez aparat państwa, któremu zwróciliśmy uwagę na ważny problem, a który został kompletnie pominięty w jakichkolwiek pracach legislacyjnych – mówi Michał Balsa, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie. Wracamy do nagłośnionego w styczniu tematu dostępności pism pseudomedycznych w placówkach Poczty Polskiej. – Pisma nadal są dostępne, a ich treści wciąż są oburzające – dodaje Balsa.

Poczta Polska nie chce zrezygnować z naturopatycznych i szkodliwych magazynów

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie zapowiada, że izba kolejny raz wystosuje pismo do prezesa Poczty Polskiej, a także ministra aktywów państwowych oraz do ministry zdrowia, by zagadnienia związane z paramedycyną nie były dystrybuowane przez państwowe jednostki gospodarcze. Nie chcemy ingerować w rynek komercyjny – definiujemy rolę izby lekarskiej w taki sposób, że chcemy edukować społeczeństwo. Za skandal jednak uważamy sytuację, że to właśnie w publicznych placówkach pocztowych dostępne są magazyny paramedyczne szerzące kłamstwa, pseudoteorie i porady, które mogą być szkodliwe dla pacjentów.

- Jak to nazwać inaczej niż hipokryzja? Dyskutujemy o ustawie Lex Szarlatan. Oburzamy się na znachorów, szarlatanów i naturopatów, a jednocześnie sprzedajemy ich periodyki z pseudoteoriami w placówkach Poczty Polskiej. Przecież to jest postawione na głowie – mówi Michał Balsa, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie.

Prezes Balsa dodaje, że sam zweryfikował treść magazynów dostępnych w lipcu i w sierpniu 2025 roku w zasobie Poczty Polskiej.

- Same magazyny o ziołach, zdrowiu, naturze mogłyby być przez nas jeszcze zaakceptowane, ale jeżeli czytamy, że sok z buraka może zbijać nadciśnienie,

a napary z imbiru leczą z bólów głowy to myślę sobie, że nauka o ziołach i takie magazyny po prostu nie mogą zastępować wizyt u lekarzy. A działki w magazynach medycznych pt. „Sam sobie diagnostą” czy „Lecz się ziołami” mogą być dla pacjentów po prostu niebezpieczne – mówi Michał Balsa.

Szarlatańskie magazyny nadal oburzają

Szczególnie oburzający jest magazyn „Poradnik uzdrawiacza”, który można kupić na poczcie za kilka złotych.



- W artykule „Kapuściane terapie” przeczytałem, że kapuściane terapie mogą wspomóc klastyczne leczenie lub nawet wyleczyć pacjenta. Z czego? Lista była szeroka: cukrzyca, depresja, dna moczanowa, impotencja, nowotwory, nieżyty jelit. Po prostu wszystko. Ja nie jestem przeciwnikiem jedzenia kapusty, ale jak można wierzyć, że jedzenie kapusty

czy okłady z jej liści ulecą nas z choroby serca, nowotworu czy depresji? – mówi Michał Balsa.

- W dziale z poradami kobiecie na depresję proponuje się rozmowę z chiromantką, a na bóle kręgosłupa nalewkę z tartego chrzanu i czystej wódki. Takie magazyny proponuje czytelnikom Poczta Polska. To jest skandal – mówi Michał Balsa.

Okręgowa Rada Lekarska w Szczecinie w najbliższych dniach zaapeluje do odpowiednich służb o ponowne zweryfikowanie magazynów dostępnych na Poczcie Polskiej.

- To nie jest koniec walki z szarlatanami, a początek. My oczekujemy, że rząd z etapu teorii przejdzie w praktykę – dodaje Michał Balsa.

BYŁY MINISTER ZDROWIA ZAATAKOWANY FIZYCZNIE ZA DZIAŁANIE W CZASIE PANDEMII. LEKARZE BOJĄ SIĘ O BEZPIECZEŃSTWO

Czy lekarz w swoim gabinecie może czuć się bezpiecznie? Powinien. Jednak wydarzenia ostatnich miesięcy pokazują, że problem agresji wśród pacjentów i ich rodzin jest naprawdę poważny i nie można przejść wobec niego obojętnie.

„Twarz pandemii” zaatakowana

Atak na byłego ministra zdrowia Adama Niedzielskiego, do którego doszło pod koniec sierpnia, na nowo rozbudził emocje w środowisku medycznym. I chociaż sam minister lekarzem nie jest, to medycy i ratownicy zabierający głos w tej sprawie mówią jasno – nie możemy dłużej na to pozwalać, tu chodzi o nasze życie. W kwietniu, w krakowskim szpitalu zginął ceniony ortopeda, dr Tomasz Solecki, którego pacjent ugodził nożem. W lipcu Sąd Okręgowy w Szczecinie wymierzył karę łącznie siedmiu lat i miesiąca pozbawienia wolności 64-letniemu mężczyźnie, który rok temu w szpitalu wojskowym dźgnął nożem ratownika medycznego i groził personelowi. Problem agresji wobec lekarzy i pielęgniarek w Polsce narasta od lat.

Jak podkreśla profesor Jerzy Sierńko, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej, specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej, transplantolog, trudno o większy paradoks – ci, którzy całe życie zawodowe poświęcili trosce o ludzkie zdrowie i życie, zamiast wdzięczności i szacunku często spotykają się z hejtem, podejrzeniami i oskarżeniami.

- Atak na byłego ministra zdrowia Adama Niedzielskiego, czy szerzej – ataki na lekarzy, pielęgniarki i innych medyków nie mogą być w żaden sposób usprawiedliwiane – zaznaczył konsultant krajowy. – Co więcej, reakcja państwa powinna być stanowcza i szybka: sprawcy muszą być karani surowo, aby sankcje pełniły nie tylko funkcję sprawiedliwości, ale także odstraszającą i wychowawczą wobec innych.

Atak na Adama Niedzielskiego przypomina lekarzom sytuacje znane z czasów pandemii. Profesor Miłosz Parczewski, były członek Rady Medycznej ds. Covidu latem 2021 roku złożył zawiadomienie do prokuratury. Szczeciński naukowiec był atakowany w Internecie. Doszło także do sytuacji bezpośredniego zagrożenia, gdy przedstawiciele ruchów antyszczepionkowych czekali na niego pod prywatnym gabinetem.



- Politycy i rządzący pośrednio dają przyzwolenie na rozkwit tzw. alternatywnej medycyny. Coraz częściej głos medycznych autorytetów zagłuszają samozwańcy eksperci z Internetu. Media społecznościowe stały się przestrzenią, w której popularność i lajki ważniejsze są niż kompetencje czy lata edukacji. Zamiast lekarzy i profesorów autorytetami stają się osoby bez wykształcenia medycznego – influencerzy, trenerzy personalni, a czasem nawet zupełni laicy – mówi profesor Magda Wiśniewska.

Problem ostatnich lat

Jak wynika z doświadczenia prof. Wiśniewskiej, specjalistki z dziedziny interny, nefrologii, diabetologii i transplantologii, proces ten nabrał szczególnej dynamiki w czasie pandemii. To wtedy teorie spiskowe rozlały się po sieci, a Polacy zaczęli chłonać fake newsy i pseudonaukowe treści.

- Przecież to właśnie wtedy lekarzy oskarżano o spiski, przymusowe szczepienia i tworzono różnego rodzaju historie, które nie miały żadnego uzasadnienia w nauce. Fala nieufności wobec medycyny konwencjonalnej nie opadła do dziś, a jej echa słychać w komentarzach w sieci, w rozmowach z pacjentami, a niestety także w agresywnych zachowaniach wobec personelu medycznego – zauważa rozmówczyni „Vox Medici”.

Nie można na to pozwalać

O ile wulgaryzmy i obelgi wielu lekarzom zdążyły już spowszednieć, chociaż w żadnym wypadku nie ma na nie przyzwolenia, to przypadki fizycznej agresji, jak popychanie, groźby czy naruszanie przestrzeni osobistej, szokują znacznie bardziej.

Jakiś czas temu w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 PUM w Szczecinie wobec takiego zachowania nie wahano się zawiadamiać policji. Dla agresora skończyło się to sądowym zakazem zbliżania się do pracownika medycznego. Reagowanie na tego typu zjawiska jest konieczne, ale niestety niewystarczające. Jak zauważa nasza rozmówczyni, prawdziwym źródłem kryzysu jest utrata społecznego zaufania do lekarzy i szerzej – do nauki. Czy można to odwrócić? Profesor wyraża poważne wątpliwości, choć zaznacza, że działania edukacyjne i kampanie społeczne są potrzebne.

Sieńko o hejcie i agresji wobec mówi wprost: „Nie ma żadnego usprawiedliwienia dla agresji”. Zarówno w formie fizycznej, jak i werbalnej powinna być ona potępiana i karana. Pozostawianie biernym wobec tego typu zachowań – zdaniem profesora – oznacza dla nich ciche przyzwolenie.

Jednocześnie zwraca uwagę, że choć lekarze bywają celem hejtu, nie są jedyną grupą zawodową narażoną na takie zachowania.

- Agresja staje się dziś elementem codziennego życia, można ją dostrzec w kolejkach do sklepowych kas, w komunikacji publicznej, w sieci. To zjawisko po-

wszechnie, które nie dotyczy wyłącznie medycyny, choć lekarze w też są na nią narażeni. Takim momentem, gdy byli szczególnie narażeni na falę nienawiści, była pandemia COVID-19. Lekarze, dla których najważniejsza jest nadrzędna wartość życia ludzkiego, stojąc na straży zdrowia publicznego, zachęcali do szczepień i przestrzegali zasad, spotykali się z atakami ze strony środowisk antyszczepionkowych i nie tylko – stwierdził Sieńko.

Jak zaznacza, w swojej pracy specjalisty chirurga bezpośrednie ataki agresji były raczej incydentalne. Zawód ten wiąże się częściej z wdzięcznością pacjentów, choć dyżury w izbie przyjęć, czasem niosą ryzyko agresywnych zachowań. Mimo to profesor nie uważa, by lekarze byli w tym sensie „wyjątkowo poszkodowaną” grupą – agresja dotyka dziś niemal wszystkich, niezależnie od zawodu.

- Niestety, ale jako naród mamy fatalne przykłady z samej góry. Agresja, jaką od lat serwują politycy w publicznych debatach oraz sposób, w jaki media nadają jej rozgłos, przenikają do życia społecznego. Jeśli rządzący pozwalają sobie na wyzwiska i wulgarne ataki, to zwykli obywatele traktują to jako normę. Skutki tego są widoczne nie tylko w sferze publicznej, lecz także w relacjach prywatnych. Dopóki agresja będzie narzędziem polityków i codziennym wzorcem z ekranów telewizorów, trudno będzie oczekiwać, że zniknie z korytarzy szpitalnych – komentuje.

Redakcja „Vox Medici” chciała przeprowadzić wywiad z byłym ministrem zdrowia Adamem Niedzielskim. Odmówił.

DWIE IZBY – WSPÓLNY CEL. „NIEOCZYWISTA WSPÓŁPRACA MOŻE PRZYNIEŚĆ ŚWIETNE EFEKTY”



Jak wiele przestrzeni do współpracy może mieć Północna Izba Gospodarcza i Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie? Spotkanie prezesa Michała Bulsy i prezes Hanny Mojsiuk jasno pokazało, że między dwoma samorządami istnieje porozumienie, które zostanie sformalizowane i może zaowocować działaniem dla dobra przedsiębiorców, ale także środowiska lekarskiego.

CHIRURGIA ROBOTYCZNA

– Wśród lekarzy też są przedsiębiorcy. Wielu z nas prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą, a cała praca dentystów opiera się na umiejętnym prowadzeniu swoich firm. Spotkanie z prezes Mojsiuk było okazją do wymiany informacji, spostrzeżeń i do zarysowania potencjalnej przestrzeni do działania – powiedział prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie Michał Balsa.

Północna Izba Gospodarcza to największy samorząd gospodarczy Pomorza Zachodniego. Zrzesza blisko 1600 firm. Posiada oddziały w Szczecinie, Koszalinie, Dębnie, Gryficach, Stargardzie i w Świnoujściu. Do najważniejszych zadań samorządu, przedsiębiorców należy reprezentowanie głosu biznesu w najważniejszych tematach dotyczących prowadzenia działalności gospodarczej. Mowa szczególnie o firmach małych, średnich i rodzinnych. Izba była aktywna w czasie pandemii COVID-19, wspierając lekarzy w promowaniu szczepień oraz klarownych i przejrzystych zasad, które dotyczyły pracowników i pracodawców w tym trudnym czasie.

W ostatnich dniach doszło do spotkania prezes Północnej Izby Gospodarczej w Szczecinie Hanny Mojsiuk oraz prezesa ORL Michała Balsa.

- Nie ukrywam, że byłam inicjatorką tego spotkania. Za mało w gronie przedsiębiorców rozmawiamy o zdrowiu i dobrostanie psychicznym ludzi, którzy prowadzą firmy i są odpowiedzialni nie tylko za siebie, ale także za resztę swoich pracowników. Widzę, że stres i wypalenie zawodowe jest tym, co towarzyszy przedsiębiorcom coraz częściej. Wyobrażam sobie więc, że istnieje wiele przestrzeni do działania, by promować wśród przedsiębiorców higienę pracy i zdrowy tryb życia – mówi pre-

zes Północnej Izby Gospodarczej w Szczecinie Hanna Mojsiuk.

Powstał pomysł, by zorganizować wspólnie wydarzenie, które będzie integrować przedsiębiorców i lekarzy.

- Chętnie zaprosimy ekspertów Okręgowej Izby Lekarskiej na nasze spotkania do Północnej Izby Gospodarczej. Jesteśmy otwarci na wszelkie inicjatywy, które będą promować zdrowie, a odwzajemnimy się nie tylko skupionym i zaangażowanym audytorium, ale także gospodarczym wsparciem merytorycznym, gdy tylko zajdzie taka potrzeba – mówi Hanna Mojsiuk.

- Myślimy o wspólnym Dniu Kobiet – mówi prezes Michał Balsa. – Okręgowa Izba Lekarska to miejsce otwarte. W tym roku udowadniamy to, że otwieramy się na działanie i wychodzimy do mieszkańców. Nasza wiedza może być przydatna także przedsiębiorcom, których bieg życia jest bardzo dynamiczny i czasem nie wystarcza im czasu na badania i myślenie o sobie. Możemy być przydatni, by przypomnieć im o tym, że firmy same się nie prowadzą, muszą mieć silnych i zdrowych liderów – dodaje prezes Balsa.

Wiele wskazuje na to, że wspólne inicjatywy Północnej Izby Gospodarczej w Szczecinie oraz Okręgowej Izby Lekarskiej będą mieć miejsce jeszcze w tym roku.

Prezes Michał Balsa otrzymał zaproszenie na spotkanie nauki i biznesu, które odbędzie się w październiku w Starej Rzeźni i wezmą w nim udział przedstawiciele wszystkich szczecińskich uczelni wyższych, w tym Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego oraz na wydarzenie Baltic Economic Congress, którego trzecia edycja jest zaplanowana na listopad 2025.

CHIRURGIA ROBOTYCZNA DAJE NOWE MOŻLIWOŚCI W LECZENIU PACJENTÓW

Od 2020 roku w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 2 na Pomorzanach działa system robotyczny da Vinci, który całkowicie odmienił sposób wykonywania skomplikowanych operacji. W Szczecinie operacje przy użyciu tej technologii prowadzą jeszcze dwa ośrodki: Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony przy ul. Arkońskiej oraz 109. Szpital Wojskowy. Jak system zmienił optykę chirurgii opowiadają nam lekarze pracujący na co dzień z robotem.

Jeszcze kilka lat temu nikt nie wyobrażał sobie, że chirurg na sali operacyjnej zamiast stać przy stole operacyjnym, będzie siedział za konsolą robota, który słuchając jego komend, wykona operację. Dzisiaj taki widok już nikogo nie zaskoczy, co więcej, do takich zabiegów ustawiają się kolejki pacjentów. 5 lat temu szczeciński szpital na Pomorzanach był pierwszą kliniczną placów-

ką w Polsce, do której trafił specjalistyczny robot da Vinci.

- Nie chciałbym już nigdy wrócić do laparoskopii. Robotyka to absolutna zmiana jakościowa – lepsza precyzja, mniejsze powikłania, krótszy czas rekonwalescencji i lepsze wyniki onkologiczne. To narzędzie, które wprost



rewolucjonizuje naszą codzienną pracę – mówi dr n. med. Krzysztof Kaseja, zastępca kierownika Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej USK-2 oraz kierownik Klinicznego Centrum Operacji Robotycznych.

Chirurgia robotyczna, czyli nauka od nowa

Przeprowadzenie zabiegów z użyciem robotyki wymagało całkowitej zmiany. Chirurdzy, którzy latami doskonalili techniki klasyczne i laparoskopowe, musieli nauczyć się pracy z robotem od podstaw.

- Każda zmiana narzędzia dla chirurga jest stresująca. Tu mieliśmy do czynienia z zupełnie nowatorskim rozwiązaniem. Osobiście czułem się świetnie w laparoskopii, prowadziłem szkolenia, miałem setki przeprowadzonych zabiegów, a tu nagle musiałem usiąść do nowego narzędzia i zacząć naukę i to w dodatku na oczach całego zespołu. Pamiętam emocje, które mi towarzyszyły, bo zastanawiałem się, czy proces uczenia nie odbije się na jakości zabiegów. To była moja największa obawa. Na szczęście wiedzieliśmy, że robot to przyszłość i że wysiłek włożony w naukę szybko się zwróci – wspomina dr Kaseja.

W szkoleniu kluczowe są godziny spędzone na symulatorach, zanim chirurg usiądzie do pierwszego pacjenta. Ale, jak podkreśla lekarz, trening to jedno, prawdziwy sprawdzian zaczyna się na sali operacyjnej. W przypadku klasycznej chirurgii ruchy są już wyuczone, przy pracy z robotem konieczne jest też przestawienie myślenia, zaufanie maszynie, a także całemu zespołowi.

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony przy ul. Arkońskiej jest kolejnym ośrodkiem w naszym mieście, w którym wykonuje się zabiegi robotyczne

z użyciem systemu da Vinci. Wprowadzenie tej technologii w 2024 roku było jednym z przełomowych momentów dla tamtejszej urologii. Jak podkreśla dr hab. n. med. Artur Lemiński, lekarz kierujący Oddziałem Urologii Ogólnej i Onkologicznej SPWSZ, przejście z klasycznej laparoskopii na chirurgię robotyczną nie było aż tak trudnym i stresującym doświadczeniem.

- Wynikało to z tego, że nie musieliśmy się uczyć techniki wykonania samych zabiegów, tylko przetransponowania tej techniki na robota. Wyzwaniem okazało się opanowanie samej technologii, która dość istotnie różni się od tego, z czym mieliśmy do tej pory do czynienia – opowiada dr Artur Lemiński.

Jak wspomina szef urologii w Szpitalu Wojewódzkim proces szkoleniowy trwał ponad dwa miesiące i obejmował zarówno część teoretyczną, jak i praktyczną, m.in. godziny spędzone przy symulatorze czy wyjazdy do ośrodków, które już stosowały roboty.

- Pierwsze operacje, które wykonaliśmy na robocie w obrębie naszego szpitala, miały miejsce w marcu 2024 roku i odbywały się pod kontrolą naszego opiekuna, doktora Piotra Kani, który przyjechał specjalnie w tym celu z Siedlec i asystował nam, pomagał przy pierwszych operacjach – wspomina lekarz kierujący oddziałem urologii ogólnej i onkologicznej SPWSZ.

Dzisiaj zespół Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego wykonuje kilkaset takich zabiegów rocznie – nie tylko w zakresie urologii, ale również chirurgii. To efekt zarówno wdrożenia robota, ale także reorganizacji oddziału urologicznego, która zbiegła się w czasie z wprowadzaniem zabiegów robotycznych.





1700 operacji w pięć lat

Od pierwszej operacji w USK-2 w 2020 roku tempo rozwoju chirurgii robotycznej w Szczecinie jest zaskakujące. W marcu 2023 roku zespół świętował tysięczną operację, a dziś (red. początek września) licznik przekroczył już 1700. To wynik, którego mogą pozazdrościć inni. Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 jest bez wątpienia liderem chirurgii robotycznej i zarazem też pionierem wśród polskich placówek medycznych. Kilka lat temu to operacje laparoskopowe znacząco ułatwiły pracę i przyspieszyły hospitalizację, ale użycie robotów da Vinci okazało się prawdziwym przełomem dla chirurgii.

Najczęściej wykonywane są operacje w zakresie chirurgii kolorektalnej, urologii i ginekologii. W Polsce to właśnie pacjenci urologiczni najczęściej korzystają z tej technologii – blisko 80% prostatektomii w kraju przeprowadza się dziś z udziałem robota.

- To jest fantastyczne narzędzie, nie tylko do operacji kolorektalnych, tego samego zdania są urolodzy, ginekolodzy, kardiochirurdzy czy laryngolodzy. Bardzo wiele zabiegowych dziedzin z wielką przyjemnością korzysta z tej technologii. Dzisiaj naprawdę nie chciałbym wracać już do laparoskopii, do tych technik, w których czułem się dobrze parę lat temu – podkreśla Kierownik Klinicznego Centrum Operacji Robotycznych.

Komfort pracy i precyzja zabiegów

Jeszcze kilka lat temu to zabiegi wykonywane metodą laparoskopową wprowadzały nową jakość. Dzisiaj kolejnym poziomem są operacje robotyczne. Największą przewagą robota nad laparoskopią jest precyzja i obrazowanie.

- Robot daje nam możliwość oglądania pola operacyjnego w prawdziwym trójwymiarze i odwzorowuje ruch nadgarstka operatora. To znacząco redukuje urazowość tkanek, skraca czas rekonwalescencji i zmniejsza ryzyko powikłań – tłumaczy dr Lemiński.

Rewolucja dla pacjentów

Dane kliniczne nie pozostawiają wątpliwości, operacje przy użyciu robotów da Vinci zwiększają nie tylko komfort pracy lekarzy, ale przede wszystkim poprawiają jakość opieki nad pacjentem. Operacje robotyczne wiążą się przede wszystkim ze skróconym pobytem w szpitalu, mniejszą utratą krwi w trakcie samego zabiegu, mniejszymi dolegliwościami bólowymi i znacznie przyspieszają rekonwalescencję.

- Pacjenci są doskonale zorientowani w temacie – mówi dr n. med. Krzysztof Kaseja. – Bardzo często pytają od razu, czy zabieg będzie robotyczny. Wiedzą, że to oznacza mniejszy ból, szybszy powrót do zdrowia i mniejsze ryzyko powikłań. Nieraz wolą przejechać kilkaset kilometrów, by trafić do ośrodka, który ma doświadczenie i dostęp do tej technologii.

Korzyści widoczne są już w trakcie ich wykonywania. Anestezjolodzy zauważają, że w czasie operacji robotycznych pacjenci wymagają mniejszej ilości leków przeciwbólowych niż przy laparoskopii. A po zabiegu bardzo szybko wracają do pionu i normalnego funkcjonowania. To ogromna zmiana jakościowa.

Jak podkreślają lekarze pracujący z robotem da Vinci, największą różnicę w wykonaniu zabiegów odczuwają właśnie pacjenci. Dawniej hospitalizacja po operacji prostaty trwała około tygodnia, a dziś znaczna część operowanych opuszcza szpital po dwóch – trzech dniach. Nie stosuje się też długotrwałego postu, a pacjenci wracają szybciej do normalnego funkcjonowania.

- Praca z robotem zmieniła nie tylko moje postrzeganie samej chirurgii urologicznej, ale też spojrzenie na pacjenta, który przeszedł operację, któremu zrewolucjonizowany został cały proces leczenia – komentuje dr Lemiński.

Nowa technologia otworzyła też możliwości leczenia grup pacjentów, którzy dotąd byli szczególnie „trudni” w chirurgii. Przykładem są osoby, które ze względów światopoglądowych nie zgadzają się na przetaczanie

krwi. Dzięki minimalnej utracie krwi przy operacjach robotowych, zabiegi te są dla nich bezpieczniejsze.

- To chyba daje największą satysfakcję, bo możemy nie tylko przeprowadzić dobrą operację onkologiczną, ale także pomóc pacjentom, z którymi do tej pory mieliśmy trudności – podkreśla urolog.

Chirurgia zespołowa

Choć robot da Vinci daje chirurgowi wyjątkową kontrolę, nie jest urządzeniem samodzielnym. Bez dobrego operatora i zespołu nie będzie sukcesów.

- To nie jest sztuczna inteligencja, która operuje sama. Robot odtwarza każdy ruch operatora, eliminując błędy wynikające np.: z drżenia rąk. Ale jeśli sygnał od chirurga będzie błędny, robot również wykona go błędnie – tłumaczy dr Kaseja.

Dlatego kluczowa jest rola całego zespołu. Sala operacyjna jest przyciemniona, chirurg pracuje przy konsoli odsuniętej od stołu, a reszta zespołu musi perfekcyjnie współpracować.

- Bez wyszkolonych pielęgniarek, bez asystentów, bez doświadczonego zespołu te operacje nie mogłyby się udać. Chirurgia robotyczna to chirurgia zespołowa w najczystszej postaci – dodaje lekarz.

Nowa generacja robotów i rola szkoleniowa Szczecina

USK-2 był pierwszym szpitalem klinicznym w Polsce, który zainstalował system da Vinci. Teraz przygotowuje się na zakup drugiej maszyny najnowszej generacji, co uczyni go pierwszym akademickim ośrodkiem w kraju z tym rozwiązaniem. Jednocześnie szpital pełni także funkcję centrum szkoleniowego, które odwiedzają lekarze z całej Polski. Do tej pory przeszkolono tu kilkuset chirurgów, a dr Kaseja ma na koncie wyszkolenie blisko 60 zespołów chirurgicznych.

- Jesteśmy miejscem, do którego przyjeżdżają operatorzy, by zobaczyć, jak wygląda praca z robotem w praktyce. To ogromna satysfakcja móc dzielić się do-

świadczeniem – podkreśla szef szczecińskiego centrum szkoleniowego.

W ciągu pięciu lat szpital na Pomorzanach przeszedł drogę od pionierskich zabiegów do pozycji jednego z najbardziej doświadczonych ośrodków w kraju. Na początku września placówka miała na swoim koncie ponad 1700 operacji, co daje blisko dwa tysiące zadowolonych pacjentów. Jeśli dodamy do tego setki wyszkolonych lekarzy i perspektywę zakupu robota kolejnej generacji, to bez wątpienia stawia to Szczecin w roli lidera chirurgii robotycznej w Polsce.

Roboty to już teraźniejszość, nie przyszłość

Coraz więcej ośrodków klinicznych w Polsce inwestuje w nowe technologie. Obecnie w Polsce liczba zainstalowanych robotów waha się między 70 a 90. Znaczna część większych ośrodków zajmujących się leczeniem zabiegowym wdrożyła już technologie robotowe, a nasycenie rynku będzie tylko wzrastać. Zdaniem doktora Lemińskiego robotyka przestała być przyszłością, a stała się codziennością.

- Robot stanie się niedługo odpowiednikiem wieży laparoskopowej i znajdzie się w standardzie wyposażenia sali operacyjnej – podsumowuje urolog.

Nowe technologie doskonale odnajdują się w medycynie, czy też odwrotnie, medycyna znajduje zastosowanie dla nowoczesnych rozwiązań i sztucznej inteligencji. Czy kiedyś roboty będą w stanie operować całkowicie samodzielnie? Być może tak.

- Myślę, że to nastąpi, ale jeszcze nie za mojego życia. I prawdę mówiąc, nie chciałbym tego doczekać. Uważam, że lekarz zawsze powinien mieć decydujący głos. Maszyny mogą wspierać, ale nie zastąpią odpowiedzialności człowieka – mówi dr Kaseja.

Zdaniem specjalisty, szybciej niż w chirurgii sztuczna inteligencja znajdzie zastosowanie w radiologii np.: w automatycznym opisywaniu badań obrazowych, co może skrócić czas oczekiwania z tygodni do godzin.



Sprawdź biuro rachunkowe dla medyków!

Usługi księgowe już od **170 zł miesięcznie**

www.taxmedpartner.pl

WSPÓŁPRACUJEMY Z KLIENTAMI Z CAŁEJ POLSKI

☎ tel. 602 111 395

✉ e-mail: biuro@taxmedpartner.pl



WIECHA NAD „NOWYM SERCEM SZCZECIŃSKIEJ MEDYCYNY”

W samym sercu medycznego kampusu, wznosi się budowla, która ma zmienić oblicze lokalnej nauki i opieki zdrowotnej. Na nowym gmachu kliniczno-dydaktyczno-badawczym Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego zawisła wiecha, symbolizująca pomyślne zakończenie kluczowego etapu prac konstrukcyjnych.



Centrum medyczne o powierzchni... siedmiu boisk piłkarskich

Lokalizacja przy ulicy Unii Lubelskiej, w miejscu, gdzie przed wojną planowano budowę stadionu, nadaje tej inwestycji dodatkowy, historyczny kontekst. Teraz, zamiast areny sportowej, powstaje tu przestrzeń, która będzie służyć edukacji i leczeniu.

Jak podkreślił prof. Leszek Domański, rektor PUM-u, ten budynek to „nie tylko wielka powierzchnia, to miejsce tak zwanej medycyny translacyjnej. Punktu, w którym spotykać się będą studenci z naukowcami, aby realizować wielkie projekty badawcze, naukowe i kliniczne”.

Wnętrze gmachu pomieści 16 jednostek organizacyjnych, w tym 11 należących do PUM, a 5 do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1. Wśród nich znajdują się kluczowe ośrodki, takie jak Centrum Medycyny Translacyjnej, Collegium Pharmaceuticum, Centrum Badań Klinicznych oraz Ambulatoryjna Opieka Onkologiczna. Skala przedsięwzięcia jest imponująca. Powierzchnia obiektu to 49 tysięcy metrów kwadratowych, co dla lepszego zobrazowania porównano do powierzchni siedmiu boisk piłkarskich. Zużycie 32 tysięcy metrów sześciennych betonu również robi wrażenie, co zgrabnie ujął Radosław Jarosiewicz, wiceprezes firmy DORACO, jednego z wykonawców inwestycji. Porównał on tę ilość do „objętości Statuy Wolności razem z cokółtem”. Jarosiewicz dodał, że inwestycja to „nowy etap dla edukacji, dla medycyny, cieszymy się, że

możemy w tych rewolucjach dzisiaj uczestniczyć”. Całkowita wartość przedsięwzięcia to ponad 812 milionów złotych.

O znaczeniu projektu z perspektywy centralnej administracji mówiła również Ilona Hibner, dyrektor Departamentu Oceny Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia, która podkreśliła, że jest to „rozwój polskiej kadry medycznej, który jest niezbędny”. Te słowa doskonale podsumowują strategiczne znaczenie projektu dla całego polskiego systemu opieki zdrowotnej, co czyni go jednym z najważniejszych przedsięwzięć w sektorze zdrowia w ostatnich latach.

„Miejsce, gdzie spotka się dydaktyka, badania i klinika”

Zgodnie z harmonogramem, prace postępują bez opóźnień. Po zakończeniu etapu konstrukcyjnego, budowla weszła w fazę prac wykończeniowych, takich jak montaż elewacji, instalacji wewnętrznych i wyposażenia. Planowane oddanie do użytku ma nastąpić w listopadzie 2026 roku. Szerszy kontekst i przyszłe korzyści. Budowa nowego gmachu to zaledwie jedna z części większego, wieloletniego programu dla PUM-u, którego łączna wartość dotacji to 800 mln zł. W ramach tego programu, równoległe z głównym budynkiem, trwają prace nad szeregiem innych strategicznych inwestycji. Wymienić tu można choćby budowę podziemnego korytarza łączącego nowy obiekt z istniejącym szpitalem, co znacząco usprawni komunikację i logistykę w całym kompleksie medycznym. Ponadto, w najbliższej przyszłości ma zostać uruchomiona nowa klinika onkologiczna, co stanowi odpowiedź na rosnące potrzeby pacjentów w tym obszarze. Ten ambitny projekt, który pochłonął już 3200 rysunków, jest dowodem na to, że Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie odważnie patrzy w przyszłość. To nie tylko budynek, ale obietnica lepszej edukacji dla przyszłych medyków oraz dostępu do nowoczesnych form leczenia dla pacjentów. Jak zaznaczył rektor Domański, to miejsce, gdzie „będą się spotykać dydaktyka, badania i klinika”, co stanowi esencję nowoczesnej medycyny. Odbiór tej inwestycji będzie kamieniem milowym dla polskiej medycyny i nauki, potwierdzając pozycję Szczecina jako ważnego ośrodka medycznego w kraju.

adw. Emilia Głuszek

JAK LEKARZ MOŻE STAWIĆ CZOŁA MOBBINGOWI?

Niestety coraz częściej słyszymy, że w placówkach medycznych dochodzi do mobbingu lekarzy. Praktyka pokazuje, że zjawisko mobbingu w środowisku medycznym pojawia się zdecydowanie częściej niż w innych zawodach.

W miejscu pracy pełnym stresu i wysokiego poziomu adrenaliny medycy na co dzień doświadczają silnych emocji związanych z odpowiedzialnością za zdrowie, a niekiedy życie pacjentów. Stała gotowość do pracy, często brak snu i obciążenie psychiczne mogą prowadzić do pogorszenia kondycji psychicznej, co z kolei sprzyja problemom w relacjach interpersonalnych. Nie zawsze jednak nieporozumienia pomiędzy lekarzami czy spór z przełożonym należy utożsamiać z mobbingiem, albowiem sam fakt wystąpienia niezgodności czy różnicy zdań nie oznacza, że pracownik poddawany jest mobbingowi.

Najczęściej do mobbingu dochodzi pomiędzy przełożonymi a podwładnymi tj. lekarzami z krótszym stażem zawodowym. Niestety w szpitalach hierarchizacja pracowników medycznych jest codziennością, jednak fakt podlegania zawodowego innej osobie nie może być równoznaczna z możliwością poniżania drugiego człowieka.

Czym tak naprawdę jest mobbing i jak go odróżnić od zwykłych, codziennych sporów w pracy? Aby mówić o mobbingu, konieczne jest spełnienie ustawowych przesłanek z art. 943 § 2 Kodeksu pracy.

Mobbing w placówkach medycznych może przybrać różne formy. Najczęstszą z nich jest poniżanie i ośmieszanie lekarza poprzez negatywne komentarze, które mają podważyć jego autorytet zawodowy i umniejszyć posiadaną wiedzę, co przejawia się niejednokrotnie akcentowaniem przez przełożonego swojego tytułu zawodowego, posiadanych kompetencji, wiedzy oraz doświadczenia zawodowego. Niestety takie zachowania bardzo często mają miejsce przy pozostałych pracownikach medycznych, a także, co gorsze - przy pacjentach. Celem takiego zachowania jest przede wszystkim wykluczenie lekarza poprzez wykreowanie atmosfery, w której współpracownicy nie będą skłonni do współdziałania z nim, a pacjenci utracą do niego zaufanie. Bardzo często mobbing przejawia się również w sytuacjach, gdy lekarz, mimo posiadania odpowied-



nich kwalifikacji, nie jest dopuszczany do wykonywania określonych czynności medycznych, a zamiast tego otrzymuje polecenia realizacji zadań poniżej swojego poziomu kompetencji, co wprost ma prowadzić do jego poniżenia i ośmieszenia.

W takiej sytuacji niezwłocznie zgłoś nieprawidłowości pracodawcy, albowiem jest on obowiązany przeciwdziałać mobbingowi. Jeżeli wstydzisz się zrobić to osobiście, masz możliwość dokonania anonimowego zgłoszenia poprzez system sygnalisty zgodnie z procedurami określonymi w regulaminie placówki medycznej. Masz również możliwość zgłoszenia takich działań do Państwowej Inspekcji Pracy lub wniesienia pozwu do sądu o odszkodowanie lub zadośćuczynienie. Należy jednak podkreślić, iż mobbing dotyczy tylko lekarzy zatrudnionych w placówkach medycznych na umowę o pracę. Lekarze zatrudnieni na kontraktach mogą dochodzić zadośćuczynienia za naruszenie dóbr osobistych od osoby, która dopuściła się mobbingu.

Pamiętaj, że takie zachowania nie powinny być akceptowane. Jako lekarz lub lekarz dentysta potrzebujesz spokojnych i odpowiednich warunków pracy, aby wykonywać swoje obowiązki bez ryzyka popełnienia błędu, który mógłby kosztować pacjenta zdrowie lub życie. Praca w środowisku, w którym jesteś poniżany lub ośmieszany, nie jest normalna i nie powinna być tolerowana. Nie pozwól, by takie sytuacje stały się codziennością.



Komisja Stomatologiczna
Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie
zaprasza na

III SESJĘ INTERDYSCYPLINARNĄ DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

w dniu **14 listopada 2025 (piątek)**

Hotel Courtyard by Marriott Szczecin City, Brama Portowa II,
sala Colosseum 1, od 16:30 do 19:30

**Temat sesji: Ogniska zakażenia i inne „katastrofy” –
leczymy to wspólnie.**

Program

- 16:30-16:55 *Optymalny czas na leczenie stomatologiczne u pacjenta z diagnozą choroby onkologicznej* – prof. dr hab. n. med. Tomasz Byrski
- 16:55-17:20 *Objawy chorób dermatologicznych, w tym wenerycznych, w jamie ustnej*
współpraca w zakresie wspólnej diagnostyki i leczenia – prof. dr hab. n. med.
Mariola Marchlewicz
- 17:20-17:25 Przerwa kawowa
- 17:25-17:45 *Co lekarz o protezach w jamie ustnej wiedzieć powinien* – dr hab. n. med.
Halina Ey-Chmielewska
- 17:45-18:05 *Kiedy do chirurga ze zmianami w jamie ustnej - opieka nad pacjentem z protezami*
ruchomymi – lek. dent. Aleksandra Kroc
- 18:05-18:25 *Choroby odogniskowe w kontekście zabiegów okulistycznych* – dr n. med.
Leszek Kuprjanowicz
- 18:25-18:40 Przerwa kawowa
- 18:40-19:05 *Choroby odogniskowe jako przyczyna chorób serca* - dr n. med. Iwona Nikodemaska
- 19:05-19:30 *Bisfosfoniany okiem chirurga szczękowo-twarzowego* – lek. dent. Aleksandra Kroc

Do udziału w sesji zapraszamy nieodpłatnie członków OIL w Szczecinie,
obowiązuje rejestracja. Opłata dla członków innych izb, studentów
i przedstawicieli innych zawodów medycznych wynosi **80 zł**.
Zapisy przyjmowane będą od dnia 2 czerwca do dnia 7 listopada 2025 r.
drogą mailową, lub przez formularz zgłoszeniowy dostępny na stronie OIL
od dnia 2 czerwca.



IX MAZOWIECKIE SPOTKANIA STOMATOLOGICZNE. RELACJA

Podczas tegorocznych IX Mazowieckich Spotkań Stomatologicznych (MMS) w Serocku, w dniu 7 czerwca 2025 r., odbyło się wyjazdowe posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL. Obrady miały charakter otwarty, zatem każdy z uczestników mógł dołączyć do dyskusji. Zainteresowanie uczestnictwem było tak duże, aż zabrakło krzeseł.

W posiedzeniu wzięło udział trzech przedstawicieli Komisji Stomatologicznej ORL w Szczecinie: dr Halina Ey-Chmielewska, dr Ewa Tomaszewska, dr Magdalena Szewczyk oraz dr Adam Kozłowski jako członek Komisji Stomatologicznej NRL.

Najważniejsze tematy posiedzenia:

Higienistki stomatologiczne. Poruszono temat rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 r. ws szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne (Dz. U z 2025 r. poz. 626), który wszedł w życie 14 czerwca br.

W nowym rozporządzeniu Ministra Zdrowia, mimo licznych uwag i postulatów zgłaszanych w toku konsultacji społecznych, zarówno przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, jak i Radę ds. Rozwoju Stomatologii przy MZ, nie uwzględniono zastrzeżeń środowiska lekarzy dentystów. Pominęto m.in. postulat, że wszystkie czynności higienistki stomatologicznej powinny być wykonywane wyłącznie na zlecenie i pod nadzorem lekarza dentysty, a w szczególności takie jak „wstępne badania stomatologiczne, profilaktyczne i diagnostyczne zabiegi rehabilitujące jamę ustną”. Wejście w życie rozporządzenia w konsekwencji spowodowało przypisanie higienistkom stomatologicznym kompetencji,

które dotychczas były zastrzeżone wyłącznie dla lekarzy dentystów.

Uczestnicy spotkania zwrócili uwagę na fakt, że zmiana kompetencji higienistki może mieć spore konsekwencje. Oznaczać to może, że jeśli ten zawód będzie uznany za zawód samodzielnie wykonujący świadczenia, to za tym może iść możliwość podpisywania umów z NFZ. Jak higienistka będzie wykonywała zabiegi higienizacyjne, to może się okazać, że lekarz dentysta nie będzie już mógł wykonywać tych zabiegów. Z kompetencji lekarza dentysty mogą zostać te kompetencje usunięte. Mogłoby to oznaczać, że gabinety szkolne zostaną przekształcone w gabinety higienizacyjne.

Poruszono też temat dotyczący egzaminów dla higienistek stomatologicznych. Brak jednolitego systemu kształcenia sprawia, że szkoły policealne kształcące higienistki stomatologiczne kształcą na różnym poziomie i higienistki nie są przygotowane do pracy, często nawet pod nadzorem lekarza dentysty, a co dopiero bez nadzoru lekarza. To lekarze dentyści doszkalają higienistki w trakcie pracy w gabinetach stomatologicznych.

Stomatologia finansowana ze środków publicznych (NFZ) . Na zaproszenie przewodniczącego Komisji w posiedzeniu wzięła udział dr Katarzyna Maślińska-Jęczeń z Narodowego Funduszu Zdrowia. Zwrócono uwagę m.in. na protezy o charakterze overdenture oraz różnice wycen (dwa świadczenia o takim samym charakterze zupełnie inaczej wycenione), problemy w leczeniu i finansowaniu z NFZ, ograniczenia co do liczby świadczeń. Dr Maślińska-Jęczeń po zebraniu kilku uwag (m.in. dot. codziennej sprawozdawczości, etatów przeliczeniowych) przekazała, że postara się uzyskać odpowiedź NFZ na niejasne zapisy i wrócić z wyjaśnieniami do członków komisji.

OCHRONA RADIOLOGICZNA PACJENTA

Nowelizacja ustawy Prawo Atomowe wprowadziła nowe zasady pozyskiwania i terminy ważności certyfikatów ochrony radiologicznej pacjenta.

Zgodnie z zapisami ustawy i wydanych do niej rozporządzeń wykonawczych:

Certyfikaty, które były ważne w dniu 23.09.2019 r. zachowały ważność do dnia 22.09.2024 r., jednak z dniem 23.09.2024 r. lekarz i lekarz dentysta nie stracił uprawnień do wykonywania zdjęć RTG. Aby zachować uprawnienia do wykonywania zdjęć RTG należy w okresie od 23.09.2024 r. do 22.09.2029 r. w ramach kształcenia uzyskać 20 punktów szkoleniowych lub

KOMISJA STOMATOLOGICZNA

przed 23.09.2029 r. zdać egzamin z Ochrony Radiologicznej Pacjenta. Punkty szkoleniowe zdobyte w danym okresie rozliczeniowym nie przechodzą na okres następny.

Dlatego w czerwcu bieżącego roku Komisja Stomatologiczna, odpowiadając na wyrażane w mailach i rozmowach podczas konferencji i szkoleń prośby, zorganizowała kurs z Ochrony Radiologicznej Pacjenta „Przeszkolenie lekarzy z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta w systemie e-learning połączone z egzaminem”.

Koszt uczestnictwa wynosił 80 złotych i stanowił połowę całkowitych kosztów szkolenia. Drugie 80 złotych było dofinansowane z budżetu Komisji Stomatologicznej.

Organizując kurs, spodziewaliśmy się dużego zainteresowania, jednakże zgłosiło się tylko, lub aż, 61 lekarzy dentystów. Stało się tak, pomimo ogłoszeń na stronie izby lekarskiej, zaproszeń do osób obserwujących profil Komisji Stomatologicznej na portalu Facebook, jak i wysyłanych z izby lekarskiej na skrzynki mailowe newsletterów.

Tak łatwo się jednak nie poddajemy i komisja planuje zorganizować w 2025 roku dodatkowe szkolenie. Dlatego też zapraszamy osoby zainteresowane uzyskaniem Certyfikatu Ochrony Radiologicznej Pacjenta o kontakt z biurem izby lekarskiej e-mail biuro@oil.szczecin.pl bądź telefonicznie na numer 91 4864777.

Oczywiście przyjmujemy również wstępne zapisy podczas Konferencji Stomatologicznej Dentist Mundi, która odbędzie się w sobotę 15 listopada.

Po zebraniu minimalnej liczby chętnych osób zorganizujemy kurs, ogłaszając go jednocześnie na stronie izby lekarskiej, na portalu Facebook, jak również z newsletterze. W przypadku, gdy do Państwa skrzynki mailowych nie dociera newsletter z izby lekarskiej, prosimy o kontakt biurem izby w celu aktualizacji adresu mailowego.



Komisja Stomatologiczna
ORL w Szczecinie
zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów na



KAMERALNY RECITAL szczecińskiego zespołu Jackpot „Pogoda Małżeńska”,

który odbędzie się w piątek **14 listopada o godzinie 15:30**
w Hotelu Courtyard by Marriott Szczecin City w Sali Colosseum.

Tuż po recitalu rozpocznie się o godzinie 16:30

III Sesja Interdyscyplinarna dla lekarzy i lekarzy dentystów.

Udział w koncercie dla członków naszej izby lekarskiej jest bezpłatny, dla osób towarzyszących niebędących członkami OIL opłata wynosi **80 zł**. Zgłoszenia przyjmujemy mailowo na adres dentistmundi@oil.szczecin.pl, z ewentualnym potwierdzeniem wpłaty na konto:

ING Bank Śląski, 74 1050 1559 1000 0022 5989 4638, tytuł wpłaty „Recital + imię i nazwisko”.

Ilość miejsc ograniczona.

Zgłoszenia przyjmujemy do dnia 7 listopada 2025 r. lub do wyczerpania miejsc.

ZAPRASZAMY



Norbert Szram

„OPERACJA SIĘ UDAŁA”. SKĄD TA PEWNOŚĆ?

Od momentu uzyskania tytułu specjalisty chirurgii, co jakiś czas nadchodzą mnie myśli dotyczące jakości mojej pracy i tego, na jakiej podstawie mam ją oceniać jako dobrą czy złą. Co właściwie jest miernikiem jakości w chirurgii? Czy jest to zadowolenie z samego siebie, a może pochwała od szefa, czy uznanie w oczach asysty? A może jest to wynik histopatologiczny zwieńczony podziękowaniami od pacjentki? W naszym środowisku nierzadko mówi się, że chirurdzy słyną z pewności siebie i anegdot o własnej skuteczności, ale prowokacyjne pytanie brzmi: „Skąd właściwie wiemy, czy dobrze operujemy?”. Czy zbieramy twarde dane o wynikach naszych działań, czy raczej żyjemy w świecie pojedynczych przypadków i wrażeń pooperacyjnych podbijających nasze ego?

Dane, wiedza, przekonania

W Polsce rzadko który chirurg ma pełen wgląd do pełnych danych ze swoimi statystykami powikłań czy wyników onkologicznych, a nasze przeczucie o braku niekorzystnych wieści często uznajemy za dobrą informację, bo w końcu pacjent nie wrócił ani na OIOM, ani na reoperację. Ale w obecnej erze medycyny opartej na danych warto zadać sobie krótką serię pytań: czy na pewno znam swój odsetek powikłań, powrotów do szpitala, niedoszczętnych resekcji? Czy wiem u jakich specjalistów pacjent był w pierwszym miesiącu po operacji? Czy był na SOR-ze w swoim miejscu zamieszkania? Czy był w innej poradni chirurgicznej z powodu powikłań pooperacyjnych? Po rozmowa ze swoimi kolegami okazuje się, że wielu z nas nie ma o tym pojęcia, wydaje nam się, że wiemy, lecz zapytani o szczegóły nie mamy o tym pojęcia. Tak samo było w USA przed wprowadzeniem narodowego programu jakości w chirurgii ACS NSQIP, bo aż ponad 50 proc. szpitali nie znało nawet własnego wskaźnika powikłań chirurgicznych. Skoro ponad połowa operujących placówek nie wiedziała, ile i jakich ma powikłań, to skąd pojedynczy chirurg miał dokładnie wiedzieć, czy jego wyniki są lepsze czy gorsze od kolegów?

Amerykańska jakość

Kilkanaście lat temu American College of Surgeons (ACS) stworzył program kontroli, pozwalając by te wszystkie wątpliwości mieć pod kontrolą: NSQIP (National Surgical Quality Improvement Program), w którym setki szpitali raportują szczegółowe dane o pacjentach i 30-dniowych wynikach operacji. Każdy powikłany przypadek trafia do dedykowanej bazy,



a specjalny algorytm dostosowuje wyniki, by można je było uczciwie porównywać między chirurgami i szpitalami. O tych efektach mówią liczby, które widać od razu po wejściu na stronę www.facs.org. Po dołączeniu do NSQIP większość szpitali odnotowuje spadek powikłań i śmiertelności, a ACS chwali się, że aż 62 proc. placówek udało się zmniejszyć częstość powikłań, a w 71 proc. obniżyć śmiertelność okołoperacyjną. Dzięki takiej ewaluacji daje się zapobiec od 200 do 500 komplikacji chirurgicznych rocznie! Szpitale, oddziały i chirurdzy dostają regularnie raporty podsumowujące ich pracę np. powikłania zakaźne u ciebie 8 proc., średnia krajowa 5 proc. To od razu daje do myślenia i w prosty sposób wskazuje obszar opieki nad pacjentem, który wymaga poprawy. A co więcej, dane zbierane są z dokumentacji medycznej, a nie z roszczeń do amerykańskich ubezpieczycieli, dzięki czemu wychwytyją o 61% więcej powikłań (np. prawie dwa razy więcej zakażeń pola operacyjnego) niż tradycyjne bazy administracyjne. Dodatkowym argumentem przemawiającym na korzyść tego programu kontroli jest też śledzenie pacjenta 30 dni po operacji, bo okazuje się, że blisko połowa komplikacji ujawnia się dopiero po wypisie. NSQIP monitoruje chorych miesiąc od zabiegu, co daje pełniejszy obraz i pomaga ograniczyć kosztowne rehospitalizacje.

Dobre praktyki z zagranicy

Amerykańscy torakochirurdzy stworzyli własny rejestr STS (Society of Thoracic Surgeons Database - <https://www.sts.org/sts-national-database>), który działa od 1989 roku i zawiera w sobie ponad 8,5 milionów operacji serca i płuc (!), a obecnie uchodzi za światowy „złoty standard” monitorowania jakości w kardiochirurgii.

gii. W Wielkiej Brytanii w ramach NHS działa obowiązkowy program NELA (National Emergency Laparotomy Audit - www.nela.org.uk), który od 2013 roku zbiera dane o każdej laparotomii ratunkowej w Anglii i Walii, ponieważ każdy szpital musi raportować przebieg operacji, czas opieki, wyniki i powikłania ciężko chorych pacjentów z tzw. ostrym brzuchem. Czy ma to sens w takich przypadkach jak operacje ratunkowe? Okazuje się, że tak! Przez lata trwania programu NELA śmiertelność 30-dniowa sukcesywnie spada, średni czas pobytu w szpitalu się skraca, a audyty opublikowane w PubMed z lat 2020 i 2022 wykazały wyraźną poprawę wyników klinicznych dzięki wdrażaniu standardów opieki okołoperacyjnej. Inny ciekawy przykład z wysp to program opierający się na kwestionariuszu PROM (Patient Reported Outcome Measure - digital.nhs.uk). Od 2009 roku każdy pacjent przed i po planowej wymianie stawu biodrowego czy kolanowego wypełnia taki kwestionariusz, w którym ocenia stan zdrowia i jakość życia własnymi słowami, dzięki temu ortopeda dostaje nie tylko informację po badaniu RTG, że endoproteza jest we właściwym miejscu, ale i kluczową informację od samego pacjenta, czy faktycznie jest mu lepiej niż przed operacją. Zapoznając się z tymi danymi, zaciekał mi jeszcze jeden wniosek płynący z tych kwestionariuszy: szpital z mniejszą liczbą powikłań nie zawsze ma bardziej zadowolonych pacjentów niż inne ośrodki. Takie spojrzenie na swoją pracę uczy pokory i patrzenia na wyniki swojej pracy oczami chorego, bo w końcu robimy to dla niego.

Holandia, Niemcy, Skandynawia

Przykładów z Europy jest jeszcze kilka, jak chociażby holenderski DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing - www.mrdm.com), czyli niezależny instytut obsługujący kilkadziesiąt rejestrów jakości dla różnych zagadnień medycznych. Podsumować go można krótko: efekty są imponujące! Przez dekadę od jego wprowadzenia śmiertelność po operacjach raka jelita grubego spadła aż o 52 proc., a poważne powikłania o 29 proc. Mało tego, dzięki analizie danych obniżono odsetek dodatknych marginesów R1, co przekłada się na setki pacjen-

tek mniej z koniecznością poprawkowych operacji czy dodatkowego leczenia. Oczywiście, to nie tylko zastęga rejestrów, jednak taka ewaluacja pracy jest ogromną wartością wpływającą na naszą jakość. Nasi zachodni sąsiedzi w 2016 stworzyli państwowy instytut IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen - <https://iqtig.org/>), którego celem jest poprawa jakości i transparentności w opiece zdrowotnej, a Szwedzi już w latach 70. założyli rejestry endoprotez stawu biodrowego i kolanowego, które były uznawane za jedne z pierwszych na świecie. Przeglądając Internet, trafiłem na przykład z roku 2000 porównujący standardy jakości w USG i w Szwecji. W tamtym roku w USA wszczepiono ok. 17 500 zanieczyszczonych elementów protezy stawu biodrowego Sulzer, z czego 3000 później poddano rewizji. Dla porównania szwedzcy ortopedzi zostali powiadomieni przez swój rejestr o niedopuszczalnie wysokim wskaźniku powikłań, a owe elementy zostały wycofane po użyciu zaledwie w 30 przypadkach i tylko 5 pacjentów wymagało późniejszej reoperacji.

Gotowi na zmianę

Chciałbym być dobrze zrozumiany i stanowczo podkreślam, że nie piszę tego, by narzekać, że „w Polsce nic się nie mierzy i nic nie wiemy o swojej pracy”. Przeciwnie, chodzi mi o inspirację i zaproszenie do dyskusji. Jak widać na powyższych przykładach inni już mierzą i widzą z tego korzyści: chronią swoich pacjentów (na ile to możliwe) przed powikłaniami, uczą się od lepszych, ujednolicają swoje standardy. My też tak możemy. Takie rzeczy rodzą się od rozmowy, szczerzej, bez lęku przed oceną, za to z chęcią samodoskonalenia. Jako lekarze lubimy wyzwania w naszej codziennej rutynie i zdrową rywalizację we własnym gronie. Zamiast więc rywalizować na bazie anegdot, rywalizujemy (koleżeńsko!) o jak najlepsze wyniki dla pacjentów. A do tego potrzebujemy danych i statystyków medycznych, bo dobra operacja to nie tylko ta, która „się udała” na bloku, ale to ta, która dała pacjentowi trwałe zdrowie i zadowolenie. A to już warto zmierzyć i sprawdzić samego siebie.



+48793523338 <https://nieruchomosci-szczecin.com/kontakt> e.syrenicz@nieruchomosci-szczecin.com

STYL I ELEGANCJA
ITALIA OFERTA REZYDENCJA W GERANO 40 KM OD RZYMU
OKAZJA CENOWA!
1 150 000 ZŁ ZA DOM OGRÓD 4000M2



Rezydencja w Gerano, Włochy, region Lacjum, 40 km od Rzymu.

Tu można spełnić swoje marzenia i przetrwać najtrudniejsze czasy. Nieruchomość ma wyjątkowy potencjał i w niespokojnych czasach jest samowystarczalna. Przepiękna, malownicza kraina, 600m.n.p. a sama posiadłość chroniona jest zapleczem gór od wszelkich wiatrów i burz. Posiadłość genialna na trudne czasy do samowystarczalnego przetrwania. Nieprawdopodobne wrażenia w świetle zachodzącego słońca. Raj na ziemi na powierzchni 4000 m2 pow. gruntu z ogrodem. Raptem 2 g. lotu i jesteśmy w raju. Do nieruchomości przynależy dom z tarasem w pełni samodzielny, ocieplony, wyposażony w pełni, tani w utrzymaniu oraz domek gościnny/biznesowy z kuchnią i łazienką, z okna którego można kontemplować niesamowite widoki. Razem to 5 pokoi, 3 łazienki, 2 kuchnie. Materiały użyte do budowy domu i wyposażenia najwyższej jakości. System wodociągowy unikalny, z sieci tzw. rzymskiej wodociągowej, z górskich źródeł tylko dla kilku rezydencji. Zapraszam <https://nieruchomosci-szczecin.com/>

ESKULAPY 2025 - 50-LECIE DYPLOMU LEKARSKIEGO

W dawnej siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, 17 lipca 2025 r., odbyła się wyjątkowa uroczystość wręczenia statuetek Eskulapa dla lekarzy i lekarzy dentystów świętujących 50-lecie uzyskania dyplomu lekarskiego.



NAGRODA

Było to wzruszające spotkanie pełne śmiechu, wspomnień i serdecznych rozmów dawnych przyjaciół ze studiów. Statuetki wręczyli: prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie Michał Balsa oraz wiceprezes Halina Ey-Chmielewska, która również została tego dnia uhonorowana.

Po części oficjalnej spotkanie przerodziło się w ciepłe, towarzyskie popołudnie pełne wzruszeń i urokliwych historii sprzed lat.

- Medycyna dąży do nowoczesności, ale nigdy nie możemy zapominać o tych, którzy sprawili, że możemy dzisiaj leczyć pacjentów i którzy stawiali fundament pod to, jak ochrona zdrowia i opieka nad pacjentami wygląda. Mamy wspaniałych lekarzy seniorów, których zawsze honorujemy na corocznym wręczeniu Eskulapów. To wzruszające wydarzenie i okazja do rozmów, integracji i wspomnień – powiedział prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Szczecinie Michał Balsa.

Dziękujemy wszystkim uczestnikom za obecność i podtrzymywanie tej pięknej tradycji!



MEDAL I NAGRODA DLA DR. N. MED. MIECZYŚŁAWA CHRUŚCIELA

Miło nam poinformować, że medal 40-lecia Uniwersytetu Szczecińskiego oraz nagrodę prof. Huberta Bronka za wybitne zasługi pod egidą Uniwersytetu Szczecińskiego otrzymał członek Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie dr n. med. Mieczysław Chruściel. Przyznanie wyróżnień miało miejsce podczas uroczystego posiedzenia Senatu Uniwersytetu Szczecińskiego 26 czerwca 2025 r. Gratulujemy!





NOWOCZESNE POWIERZCHNIE W HANZA TOWER CZEKAJĄ NA TWÓJ BIZNES!



Gabinet
specjalistyczny



Klinikę lub centrum
diagnostyczne



Aptekę lub punkt
medyczny

Wysoki standard, świetna lokalizacja i rozpoznawalny adres
— wybierz przestrzeń, która buduje zaufanie.

+48 91 817 21 72

 WWW.JWC.PL

PRAKTYCZNY KURS PODSTAWOWY Z LAPAROSKOPII DLA LEKARZY SPECJALIZUJĄCYCH SIĘ W CHIRURGII OGÓLNEJ – CZYLI FABIUSZ CUNCTATOR A SPRAWA POLSKA.

Nazywam się Włodzimierz Majewski, jestem doktorem habilitowanym z zakresu chirurgii, specjalizuję się w chirurgii laparoskopowej i endoskopii. Dyplom uniwersytetu Bordeaux II z chirurgii laparoskopowej pod kierunkiem pioniera chirurgii laparoskopowej prof. Jacquesa Perisata uzyskałem w 1993 roku (obecnie Minimal Invasive Surgery MIS Diplomma). Endoskopią zajmuję się od lat 80-tych. Dyplom umiejętności w dziedzinie gastro- i kolonoskopii uzyskałem w 2010 roku. Moje doświadczenie w nauczaniu podyplomowym obejmuje zorganizowanie z zespołem i prowadzenie 25 dwudniowych, dwudziestoosobowych kursów warsztatowych z laparoskopii i endoskopii, głównie dla rezydentów specjalizujących się w chirurgii ogólnej, począwszy od 2012 roku. Uzyskane doświadczenie i umiejętności upoważniają mnie do naświetlenia sprawy praktycznych kursów podstawowych z zakresu laparoskopii i endoskopii.

Kursy podstawowe z zakresu laparoskopii zacząłem organizować, zdając sobie sprawę, że polska chirurgia laparoskopowa rozwija się burzliwie i chaotycznie, opierając się na jednostkach wybitnych, ale jako metoda operacyjna dla innych i następnych pokoleń chirurgów wymaga usystematyzowania. Obserwowałem też tendencje europejskie i USA, gdzie już w 2014 roku wprowadzono praktyczne kursy podstawowe z laparoskopii i endoskopii jako obowiązkowe do specjalizacji z chirurgii ogólnej. Wkrótce potem kursy wprowadzono w krajach Europy Zachodniej. Specjalizacja z chirurgii ogólnej w naszym kraju nadal hołdowała dawnej chirurgii na otwarty, nie widząc zmieniających się nowoczesnych tendencji chirurgii małoinwazyjnej. Za to w programie obowiązywało szereg kursów nieprzydatnych zupełnie dla młodego chirurga. Sytuacja zmieniła się dopiero w 2023 roku (po 25 latach od rozpoczęcia operacji laparoskopowych w Polsce sic!), gdy zespół pod kierownictwem konsultanta krajowego prof. Grzegorza Wallnera wprowadził nowy program specjalizacji z chirurgii ogólnej, uwzględniający staż z laparoskopii i kurs z endoskopii. Kurs podstawowy praktyczny z laparoskopii został również wprowadzony, ale jako kurs fakultatywny, czyli nieobowiązkowy i niefinansowany przez CMKP.

Ogólna sytuacja w Polsce obecnie przedstawia się tak, że podstaw praktycznych chirurgii laparoskopowej można się dobrze nauczyć, mając szczęście i pracując w dobrym ośrodku i /lub kończąc jeden z nielicznych kursów organizowanych przez firmy produkujące sprzęt laparoskopowy, kursów organizowanych podczas Kongresu Towarzystwa Chirurgów Polskich albo własnych kursów organizowanych dla kolegów w ośrodkach akademickich, czy też na kursach zagranicznych. Wszystko to daje niewielu kolegom startującym w laparoskopii możliwości poznania zasad teoretycznych, zdobycia umiejętności praktycznych i uniknięcia błędów wpływających na zdrowie oraz życie naszych pacjentów. Obserwując strukturę uczestników prowadzonych przez nas kursów „Endolaparoskopia” widzę w niej wielu rezydentów ze szpitali rejonowych i resortowych z całej Polski, nawet stamtąd, gdzie są prężne ośrodki akademickie.

Stąd też uważam, że konieczne jest wprowadzenie wzorem innych bardziej zaawansowanych od nas krajów w ramach specjalizacji z chirurgii ogólnej obowiązkowego kursu wprowadzającego z podstaw teoretycznych, a zwłaszcza praktycznych z laparoskopii, aby każdy nasz adept sztuki chirurgicznej miał takie same podstawy działania jak lekarze z krajów Europy Zachodniej i USA. Biorąc pod uwagę dotacje, które nasze ośrodki akademickie otrzymały na organizację centrów symulacji, myślę, że jest to wykonalne. Dlatego też będę dalej starał się prowadzić kursy „Endolaparoskopia”, szkoląc rezydentów dla pogłębienia ich wiedzy i tym samym polepszenia poziomu leczenia naszych pacjentów. Jednocześnie pragnę serdecznie podziękować Zachodniopomorskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej za zrozumienie problemu i udzieloną pomoc.

P.S. Fabiusz Maximus Cunctator, jak wiemy zwlekał z podjęciem głównej bitwy z Hannibalem i stąd przeszedł do historii. Wyszło mu to w konsekwencji na dobre, ale nie sądzę, że zwlekanie z wprowadzeniem kursu podstawowego z laparoskopii, jako obowiązującego, wyjdzie na dobre naszemu społeczeństwu.

Dr hab. n. med. Włodzimierz Majewski

WARSZTATY

„ENDOLAPAROSKOPIA XXV”

W dniach 24-25 maja 2025 odbyła się kolejna, dwudziesta piąta już edycja warsztatów „Endolaparoskopia”, czyli teoretycznego, a zwłaszcza praktycznego kursu z podstaw laparoskopii i endoskopii. Warsztaty organizował zespół pod kierunkiem dr. hab. n. med. W. Majewskiego z Centrum Symulacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, z wydatną pomocą OIL w Szczecinie.

Wykładowcami i mentorami zagranicznymi byli assoc. prof. Dorin Popa ze Szwecji, dr hab. Lubomir Martinek z Czech i inż. Ullrich Haefner z Niemiec. Uczestnikami

było 20 osób, głównie rezydentów z chirurgii ogólnej z różnych miast Polski, w tym dwie osoby z naszego regionu i dwóch studentów PUM. W anonimowym kwestionariuszu ewaluacyjnym kurs oceniono bardzo dobrze i dobrze. Uwypuklono, że są to nieliczne kursy i młodzież zabiegowa nie ma gdzie się uczyć laparoskopii.

Tą drogą organizatorzy wyrażają swą wdzięczność OIL w Szczecinie za zrozumienie problemu kształcenia młodych adeptów medycyny zabiegowej w Polsce i okazaną pomoc.



NIE BÓJ SIĘ BADAĆ, TU CHODZI O TWOJE ŻYCIE. KWARTAŁ Z PROFILAKTYKĄ

Świadomość chorób nowotworowych może uratować każdego. Wczesne wykrycie choroby daje największe szanse na sukces w leczeniu. Wrzesień, październik i listopad to miesiące, w których w Polsce realizowane są intensywne kampanie edukacyjne, mające na celu zwiększenie świadomości dotyczącej profilaktyki nowotworowej, która jest kluczowa przy zwalczaniu chorób.



Od kilku lat pierwsze miesiące jesieni koncentrują uwagę na różnych grupach wiekowych i typach nowotworów. Żółty wrzesień, różowy październik i wąsaty listopad (Movember) to tzw. kwartał profilaktyczny, który ma na celu zwiększenie świadomości najczęściej występujących chorób nowotworowych u dzieci i dorosłych. Dzięki akcjom informacyjnym, bezpłatnym badaniom profilaktycznym i wydarzeniom sportowym przez te trzy miesiące podejmowane są działania, które przypominają, jak ważne jest dbanie o zdrowie na każdym etapie życia – od najmłodszych po dorosłych.

Żółty wrzesień dla dzieci

Wrzesień to miesiąc poświęcony świadomości nowotworów dziecięcych, obchodzony na całym świecie. Jego symbolem jest żółta wstążka, która przypomina, że choć nowotwory u dzieci są rzadkie, to stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów w tej grupie wiekowej. W Polsce co roku rozpoznaje się około 1200–1300 nowych przypadków nowotworów u dzieci, z czego aż

70% można skutecznie wyleczyć. Ważne jest niebagatelizowanie objawów i szybka reakcja.

Rozpoznanie we wczesnym etapie jest kluczowe

W odróżnieniu od dorosłych, gdzie profilaktyka opiera się na zmianach stylu życia, takich jak dieta, unikanie alkoholu i tytoniu, w przypadku dzieci nie mamy do czynienia z klasycznymi czynnikami ryzyka.

- Nowotwory u dzieci nie są wynikiem złych nawyków. Często są konsekwencją predyspozycji genetycznych, na które nie mamy wpływu – mówi dr n. med. Tomasz Ociepa, onkolog dziecięcy. – Kluczowe w diagnostyce dziecięcej jest szybkie zauważenie pierwszych objawów i jak najszybsze skierowanie dziecka na badania.

Wśród najczęstszych nowotworów u dzieci wymienia się ostrą białaczkę limfoblastyczną oraz guzy mózgu. Ostra białaczka może objawiać się osłabieniem, bladością, tendencją do siniaków, bólami kostnymi, po-

większeniem węzłów chłonnych czy angina z gorączką, która nie reaguje na antybiotyki. Z kolei guzy mózgu manifestują się bólami głowy, nudnościami, wymiotami czy zaburzeniami równowagi.

- Rodzice znają swoje dzieci najlepiej i jeśli maluch w ciągu kilku dni zmienia swoje zachowanie, staje się mniej aktywny, ma problemy z utrzymaniem równowagi, to wtedy bez wahania idziemy zrobić podstawowe badanie, takie jak morfologia krwi – radzi dr Ociepa.

- Rodzice mogą ubezpieczyć dzieci na wypadek chorób nowotworowych. Takie ubezpieczenia cieszą się coraz większym zainteresowaniem i zaryzykuję tezę, że większości zbiorów charytatywnych udałoby się uniknąć, gdyby rodzice mieli świadomość, że takie ubezpieczenie daje gwarancję leczenia i terapii na najwyższym poziomie – mówi ekspert gospodarczy i ubezpieczeniowy Paweł Skotnicki.

- Ludzie odsuwają od siebie myśli o chorobach. W przypadku dzieci tym bardziej, bo to oznacza pewien koniec ich spokojnego świata. Takie diagnozy rujną spokój, sprawiają, że rodzice są zmuszeni do rezygnacji z pracy, a brak środków finansowych jest wtedy jednym z największych koszmarów, bo zamiast o zdrowie dziecka, rodzic martwi się o życie rodziny. Po to właśnie we wrześniu ubezpieczyciele szeroko informują o tym, że dzieci też należy ubezpieczać – mówi Skotnicki.

Szybka reakcja ratuje życie

Świadomość oraz wiedza to dwa czynniki, które mogą zagwarantować szybsze diagnozowanie pacjentów, a przez to skuteczniejsze leczenie. W przypadku najmłodszych pacjentów jest to niezwykle istotne. Uświadamianie rodziców oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na temat chorób nowotworowych u dzieci jest kluczowe, bo każda opóźniona reakcja może decydować o późniejszym stadium choroby, co zmniejsza szanse na wyleczenie.

- Dzięki szybkiemu wykryciu nowotwory dziecięce można skutecznie leczyć. Czas reakcji jest najważniejszy. W Polsce dostęp do diagnostyki jest dobry, a badania są stosunkowo tanie i łatwo dostępne – dodaje dr Ociepa.

Różowy październik, czyli profilaktyka raka piersi

W Polsce najczęściej diagnozowanym nowotworem u kobiet jest rak piersi, z walką z którym symbolem stał się kolor różowy. Październik ustanowiono miesiącem walki z chorobą nowotworową kobiet. W tym czasie organizowane są liczne kampanie informacyjne, a różowa wstążka staje się symbolem przypomnienia o konieczności dbania o profilaktykę. Samobadanie piersi, USG i mammografia to podstawowe narzędzia, które

pomagają w wczesnym wykryciu raka piersi, a regularne badania mogą znacząco zwiększyć szanse na wyleczenie.

Edukacja, która zmienia życie

Onkolodzy mówią głośno: rosnąca świadomość wśród kobiet oraz łatwiejszy dostęp do badań profilaktycznych przyczyniają się do tego, że coraz więcej przypadków raka piersi diagnozowanych jest we wczesnym etapie. Pierwszym krokiem do wczesnego wykrycia zmian jest samobadanie, dlatego też ważne jest, aby o tym przypominać i edukować kobiety już od najmłodszych lat. Dzięki akcjom profilaktycznym, takim jak m.in. marsz różowej wstążki, organizowany każdego roku w naszym mieście, informacje docierają do szerokiego grona dojrzałych pań i młodych dziewczyn, które także są narażone na chorobę.

Mammografia i USG piersi – niezbędne w profilaktyce

Badania profilaktyczne w przypadku raka piersi mają kluczowe znaczenie. Wczesne wykrycie nie tylko daje większą szansę na pełne wyleczenie, ale też pozwala zastosować mniej inwazyjne metody leczenia. Podstawowym badaniem profilaktycznym, które zaleca się kobietom po 50. roku życia, jest mammografia, choć w przypadku rodzinnych obciążeń pierwsza mammografia powinna być wykonana nawet przed 40. rokiem życia. Drugim badaniem, które każda kobieta powinna wykonać raz w roku, jest USG piersi, w trakcie którego radiolog może zauważyć już nawet małe zmiany i zlecić dalszą diagnostykę. Dzięki tym dwóm badaniom wykrywalność raka piersi jest naprawdę wysoka, a pacjentki zmagające się z chorobą mają sporą szansę na całkowite wyleczenie.

Listopad, czyli miesiąc dbania o męskie narządy

Również mężczyźni i nowotwory dotyczące ich narządy znalazły się wśród kwartału profilaktyki. W listopadzie na całym świecie odbywają się akcje związane z profilaktyką nowotworów męskich, w tym raka prostaty i raka jąder. Symbolem tej kampanii jest „Movember”, a celem jest uświadamianie mężczyznom konieczności regularnych badań kontrolnych.

Zmiana postawy mężczyzn – profilaktyka może być „cool”

Profesor Marcin Słojewski, kierownik Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej PUM w Szczecinie, zauważa znaczną zmianę w postawie zarówno mężczyzn, którzy coraz częściej decydują się na profilaktyczne badania, jak i ich partnerek.

- Mężczyźni, zwłaszcza młodsze pokolenia, już nie boją się badań urologicznych. Wydarzenia takie jak „Bieg z Wąsem” czy „Sanprobi-Urorun” skutecznie łączą ak-

tywność fizyczną z edukacją na temat raka prostaty i jąder. Mężczyźni zaczynają rozumieć, że profilaktyka to nie tylko zdrowie, ale również odpowiedzialność za siebie i swoich bliskich – mówi profesor Słojewski.

W ramach działań profilaktycznych Klinika Urologii i Onkologii PUM Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM już od 2016 roku aktywnie włącza się w organizację lokalnych wydarzeń mających na celu m.in. popularyzację zdrowego, aktywnego stylu życia oraz profilaktyki pierwotnej chorób nowotworowych. Prezentujemy przy okazji również potencjał szczecińskiej urologii akademickiej w zakresie nowoczesnych metod diagnostyki i leczenia, ze szczególnym uwzględnieniem technik minimalnie inwazyjnych, oraz zwalczamy stereotypy związane z chorobą nowotworową, które niejednokrotnie opóźniają zgłaszanie objawów lekarzowi i zamykają wielu pacjentom możliwości skutecznej terapii. Wydarzeniem centralnym jest impreza sportowa Sanprobi-Urorun, który w tym roku odbył się 20 września.

- Corocznie, od 10 lat, organizujemy w ramach „Europejskiego Tygodnia Urologii” cykl wydarzeń o charakterze prozdrowotnym. Wrześniowe wydarzenie organizowane jest już od kilkunastu lat przez Europejskie Towarzystwo Urologiczne i jest trwale zakorzenione w tradycji urologii europejskiej. Podobnie jak „Europejski Dzień Prostaty” – opowiada profesor Słojewski.

Najczęstsza diagnoza – rak prostaty

W Polsce rak prostaty to najczęściej diagnozowany nowotwór złośliwy u mężczyzn. Rak jąder jest z kolei nowotworem znacznie rzadszym, jednak dotyczy on specyficznej grupy wiekowej, to znaczy osób w wieku 16–30 lat, w okresie życia, w którym młody człowiek w ogóle nie myśli o tym, że mógłby zachorować na raka. Profesor Słojewski podkreśla, że wczesne rozpoznanie nowotworu prostaty może znacznie zwiększyć szansę na wyleczenie. A to będzie możliwe, jeśli zwiększona

zostanie świadomość i edukacja w zakresie konieczności samobadania moszny.

- Dzięki rozpowszechnieniu badań swoistego antygenu sterczowego (PSA) oraz wprowadzeniu procedury badania rezonansu magnetycznego prostaty i tzw. biopsji fuzyjnej w oparciu o obraz z tego badania, znacząco wzrosła liczba mężczyzn, u których rak prostaty rozpoznawany jest znacznie wcześniej niż w ubiegłych dekadach, kiedy podstawą rozpoznania było badanie rektalne. Uważam, że aby skutecznie zwiększyć szanse na wczesne wykrywanie raka prostaty, należy wprowadzić możliwość kierowania na badanie PSA przez lekarzy rodzinnych oraz znieść konieczność posiadania skierowania do urologa, zrównując go w tym względzie z innymi specjalnościami zajmującymi się onkologią narządową – wyjaśnia urolog.

Nie lekceważ objawów, tu chodzi o Twoje życie

Jak podkreśla profesor Słojewski, profilaktyka nowotworów to przede wszystkim wysiłki skierowane na rozpoznawanie choroby, zanim ona da jakiegokolwiek objawy. Jeśli jednak pojawią się takie symptomy, jak obecność krwi w moczu, powiększenie jądra, zmiana jego konsystencji (twardości), zmiana rytmu oddawania moczu czy przewlekły ból w okolicach lędźwiowych, to powinny one skłonić do pilnej wizyty u urologa.

- Chciałbym również zwrócić szczególną uwagę na dość powszechne zjawisko samodzielnej, dokonywanej przez pacjenta interpretacji wyniku PSA. Wynik – a najlepiej 2–3 kolejne oznaczenia wykonywane np. corocznie – powinien być okazany lekarzowi specjalście, który w odpowiedni sposób określi scenariusz dalszych wizyt lub zaleci dodatkowe badania. Około 20% mężczyzn z prawidłowym poziomem PSA ma już nowotwór prostaty, dlatego oświadczenie lekarzowi: „wynik był w normie i dlatego go nie przyniosłem” niesie ryzyko przeoczenia momentu odpowiedniego na rozszerzenie diagnostyki – przestrzega profesor Marcin Słojewski.

Karolina Skonieczna-Żydecka
Zakład Badań Biochemicznych,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

MIKROBIOTA JELITOWA W ZESPOLE POLICYSTYCZNYCH JAJNIKÓW

Zespół policystycznych jajników (ang. polycystic ovary syndrome, PCOS) jest jednym z najczęstszych zaburzeń endokrynnych u kobiet w wieku rozrodczym, dotyczącym 5–15% populacji. Klasycznie rozpoznawany na podstawie zaburzeń owulacji, hiperandrogenizmu i obrazu ultrasonograficznego jajników, PCOS od dawna uznawany jest za jednostkę o charakterze endokryno-

logicznym^[1]. Obecnie coraz więcej danych wskazuje, że jego patogenezą jest bardziej złożona i obejmuje również zaburzenia metaboliczne oraz immunologiczne. Jednym z nowych kierunków badań jest rola mikrobioty jelitowej, która poprzez mechanizmy związane z endotoksemią i przewlekłym stanem zapalnym może

napędzać kluczowe zaburzenia metaboliczno-hormonalne obserwowane w PCOS [2].

Dysbioza jelitowa u kobiet z PCOS

Analizy metagenomiczne wskazują, że mikrobiota kobiet z PCOS różni się jakościowo od mikrobioty zdrowych kobiet. Charakterystyczny jest spadek liczebności bakterii korzystnych, takich jak *Lactobacillus*, *Bifidobacterium*, *Faecalibacterium* czy *Akkermansia*, oraz wzrost bakterii Gram-ujemnych, w tym *Escherichia/Shigella*, *Bacteroides* i *Dialister*. W metaanalizie obejmującej 14 badań i niemal 950 kobiet (513 z PCOS, 435 zdrowych) wykazano, że analiza beta-różnorodności pozwala jednoznacznie odróżnić pacjentki od kontroli. U kobiet z PCOS obserwowano wzbogacenie populacji takich rodzajów bakterii jak *Fusobacterium*, *Ruminococcus gnavus* group, *Escherichia-Shigella*, *Bifidobacterium*, *Blautia* i *Bilophila*. Z kolei zmniejszone były abundancje *Christensenellaceae* R-7, *Holdemanna*, *Lachnospiraceae* UCG-008, *Faecalibacterium* i *Agathobacter*. Wyniki te wskazują, że dysbioza w PCOS ma cechy powtarzalne, choć interesującym wynikiem analizy była obserwacja różnic regionalnych w składzie mikrobioty. W populacjach chińskich u kobiet z PCOS częściej obserwowano wzrost *Actinobacteriota* i *Bifidobacterium*, podczas gdy w kohortach europejskich charakterystyczny był spadek *Faecalibacterium*. Sugeruje to, że choć rdzeń dysbiozy w PCOS jest uniwersalny (spadek bakterii protekcyjnych i wzrost Gram-ujemnych), jej szczegółowy obraz zależy od czynników środowiskowych, w tym diety. Dieta wysokotłuszczowa, typowa dla populacji zachodnich, sprzyja wzrostowi *Alistipes* i spadkowi *Faecalibacterium*, natomiast dieta bogata w węglowodany złożone i błonnik, częściej obserwowana w Azji, modulować może inne grupy bakterii [3]. Jest to o tyle istotne, że główne produkty aktywności metabolicznej bakterii czyli krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe (ang. short chain fatty acids, SCFA), takie jak maślan, propionian i octan, powstają w wyniku fermentacji błonnika pokarmowego przez bakterie jelitowe. Pełnią one funkcje ochronne, wzmacniając barierę jelitową, stymulując wydzielanie hormonów inkrzynowych (GLP-1, PYY) i poprawiając wrażliwość na insulinę. W PCOS produkcja SCFA jest obniżona, co dodatkowo pogłębia uszkodzenie bariery jelitowej i nasila endotoksemię [4-6].

Cechą charakterystyczną nierównowagi mikrobiomu w PCOS były także zmiany zależne od poziomu testosteronu: U kobiet z wyższym stężeniem testosteronu obserwowano wzrost *Prevotella*, *Phocaeicola*, *Dialister* i *Ruminococcus torques* group oraz spadek *Faecalibacterium*, *Alistipes*, *Agathobacter*, *Barnesiella*, *Eubacterium eligens* group i *Bifidobacterium*. Zade-monstrowano nawet, że wzorzec bakteryjny składający się z sześciu rodzajów bakterii (m.in. *Bacteroides*, *Prevotella*, *Faecalibacterium*, *Blautia*, *Dialister*) pozwalał na odróżnienie osób z niskim i wysokim testosteronem w przebiegu PCOS z wysoką dokładnością (AUC =

0,93). Szczególnie interesującą obserwacją było to, że *Dialister* w populacji z wysokim testosteronem niósł geny biosyntezy lipopolisacharydu (LPS), co wskazuje na większy potencjał endotoksemiczny i zapalny u takich kobiet. Może to tłumaczyć bardziej nasilony przebieg kliniczny tej postaci PCOS [3].

Endotoksemia i przewlekły stan zapalny

Bakterie Gram-ujemne wytwarzają LPS – endotoksynę, która w warunkach zwiększonej przepuszczalności jelit (przy zaburzeniach składu mikrobioty – dysbiozie) przedostaje się do krwiobiegu. Gdy LPS przedostanie się do krwi, natychmiast przechwytuje go białko LBP (ang. LPS binding protein), które przekazuje cząsteczkę dalej – do CD14 i MD-2 [7]. Razem tworzą one kompleks z receptorem narzędziowym TLR4 (ang. toll-like receptor 4), swoistym „czujnikiem bakteryjnym”. Aktywacja TLR4 uruchamia szlak sygnałowy, który prowadzi do uwolnienia czynnika NF-κB. Ten wędruje do jądra komórkowego i pobudza geny kodujące mediatory zapalne. W rezultacie komórki zaczynają wydzielać cytokiny, takie jak interleukina 6 [8]. Interleukina ta nasila aktywność enzymu CYP17A1 w komórkach tekalnych jajnika, zwiększając syntezę androgenów. W ten sposób endotoksemia łączy mikrobiotę z hiperandrogenizmem – jednym z głównych objawów PCOS [9].

Równocześnie przewlekły stan zapalny sprzyja rozwojowi insulinooporności, której konsekwencją jest hiperinsulinemia. Wysokie stężenia insuliny bezpośrednio pobudzają komórki tekalne do intensywniejszej produkcji androgenów [10]. To również nasila objawy hiperandrogenizmu – od zaburzeń cyklu, przez trądzik, po hirsutyzm [1]. W ten sposób zamyka się błędne koło: dysbioza jelitowa sprzyja przenikaniu LPS do krwi, LPS wywołuje przewlekłe zapalenie, zapalenie nasila insulinooporność, insulinooporność prowadzi do hiperinsulinemii, a ta z kolei stymuluje nadprodukcję androgenów. I tak proces zaczyna się od nowa, pogłębiając zarówno zaburzenia metaboliczne, jak i hormonalne charakterystyczne dla PCOS.

Oś mikrobiota – kwasy żółciowe – IL-22

Warto także wspomnieć o kolejnej ścieżce łączącej mikrobiotę z patogenezą PCOS. Mikrobiota jelitowa nie tylko syntetyzuje SCFA, ale też uczestniczy w przemianach kwasów żółciowych. W zdrowiu część bakterii rozkłada kwasy pierwotne do form wtórnych, które działają jak sygnały regulujące metabolizm i odporność [11]. W PCOS obserwowano charakterystyczne przesunięcia – wzrost bakterii *Bacteroides vulgatus* oraz spadek korzystnych metabolitów, takich jak TUDCA (tauro-ursodeoksycholan) i GDCA (gliko-deoksycholan). To zaburzenie ma konsekwencje: mniejsza ilość TUDCA i GDCA przekłada się na osłabienie sygnałów wspierających komórki układu odpornościowego. Jednym z efektów jest obniżenie poziomu interleukiny 22 (IL-22) – cytokiny, która pełni rolę „strażnika bariery śluzów-

kowej". IL-22 chroni nabłonek jelit przed uszkodzeniem, wspiera gojenie tkanek i działa przeciwzapalnie. Co więcej, jej obecność sprzyja prawidłowemu dojrzewaniu pęcherzyków jajnikowych. W badaniach na modelach zwierzęcych wykazano, że uzupełnianie GDCA odwraca część zaburzeń: poprawia parametry metaboliczne (m.in. insulinooporność) i wpływa korzystnie na budowę jajników. To dowodzi, że mikrobiota – poprzez przemianę kwasów żółciowych i regulację IL-22 – ma bezpośredni wpływ nie tylko na metabolizm, ale też na funkcję rozrodczą w PCOS ^[12].

Perspektywy terapeutyczne

Coraz więcej danych wskazuje, że modulacja mikrobioty może stanowić obiecującą strategię terapeutyczną w PCOS. Transplantacja mikrobioty kałowej (ang. fecal microbiota transplantation, FMT) to procedura, w której zdrowa biota jelitowa zostaje przeniesiona od dawcy do organizmu biorcy. W modelach zwierzęcych PCOS, zwykle indukowanych farmakologicznie (np. letrazolem), zaburzenia cykliczności i struktury jajników ściśle współwystępują z dysbiozą jelitową. Gdy takim zwierzętom przeszczepiono mikrobiotę od zdrowych dawców, obserwowano odwrócenie części objawów: cykl estrusowy – wcześniej nieregularny lub całkowicie zahamowany – powracał do prawidłowego rytmu, a histologia jajników wykazywała odbudowę struktury pęcherzyków ^[13]. Zanik policystycznej morfologii i przywrócenie owulacyjnej aktywności wskazują, że przywrócenie równowagi mikrobiomu może bezpośrednio modulować funkcję rozrodczą.

Polskie badanie kliniczne z wykorzystaniem synbiotyku w wieloszczepowej formulacji (preparat zawierający 7 szczepów probiotycznych: liofilizowanych szczepów *Bifidobacterium lactis* W51, *Bifidobacterium lactis* W52, *Lactobacillus acidophilus* W22, *Lactocaseibacillus paracasei* W20, *Lactiplantibacillus plantarum* W21, *Ligilactobacillus salivarius* W24, *Lactococcus lactis* W19 oraz inuliny i fruktooligosacharydów zostało zaprojektowane jako randomizowane, podwójnie ślepe i kontrolowane placebo. Wzięty w nim udział kobiety z PCOS i nadwagą lub otyłością, które równolegle otrzymały zalecenia redukcji kalorycznej diety oraz codziennej aktywności fizycznej. Uczestnicy otrzymywali preparat wieloszczepowy przez 6 miesięcy. Dzienna dawka wynosiła 4 kapsułki dziennie. Jego celem było modulowanie mikrobioty jelitowej, aby wpłynąć na gospodarkę hormonalną i metaboliczną pacjentek. Pierwsza analiza wyników, przeprowadzona po trzech miesiącach suplementacji, ujawniła wyraźny sygnał skuteczności ^[14]. W grupie przyjmującej synbiotyki masa ciała i wskaźnik masy ciała BMI zmniejszyły się istotnie bardziej niż w grupie placebo, podobnie jak obwód talii. Szczególnie zwracała uwagę poprawa parametrów hormonalnych: stężenie testosteronu obniżyło się o jedną trzecią, podczas gdy w grupie placebo tylko nieznacznie. Równocześnie zmniejszyły się triglicerydy, a siarczan dehydroepiandrosteronu (ang. Dehydro-

epiandrosterone sulfate, DHEAS) uległ korzystnemu wzrostowi. Już po krótkim okresie interwencji udało się więc uchwycić zmiany zarówno w obrazie metabolicznym, jak i endokrynologicznym. Kontynuacja badania do sześciu miesięcy pokazała, że efekty te nie tylko się utrzymują, ale wręcz nasilają ^[15]. Redukcja obwodu talii i ud była jeszcze wyraźniejsza, a spadek testosteronu sięgnął 40%, co ma ogromne znaczenie kliniczne w kontekście hiperandrogenizmu. Co więcej, poprawiła się regulacja osi podwzgórze–przysadka–jajnik: poziom hormonu luteinizującego (ang. luteinizing hormone LH) obniżył się, a stosunek LH/FSH (hormon folikulotropowy, ang. follicle stimulating hormone) uległ normalizacji, podczas gdy w grupie placebo zmiany szły w przeciwnym kierunku. Dopiero po sześciu miesiącach w pełni uwidoczniła się poprawa w zakresie gospodarki glukozowo-insulinowej – zmniejszyła się insulina na czczo, a wskaźnik wrażliwości na insulinę wzrósł o 70%. Poprawił się też profil lipidowy, a co szczególnie ważne – zmniejszyły się markery endotoksemii: LPS i LBP.

Obserwacje te wskazują, że suplementacja synbiotykiem ma charakter działania narastającego. Początkowo dominuje efekt na masę ciała i androgeny, a wraz z dłuższą interwencją pojawia się wpływ na metabolizm insuliny, gospodarkę lipidową i stan zapalny. Jest to niezwykle ważne, ponieważ wszystkie te elementy – hiperandrogenizm, insulinooporność i endotoksemia – tworzą błędne koło PCOS. Synbiotyki, stosowane jako uzupełnienie modyfikacji stylu życia, wydaje się skutecznie to koło przerywać, oferując kobietom realną poprawę zarówno objawów klinicznych, jak i ryzyka metabolicznego.

Co więcej, klasyczne leczenie farmakologiczne w PCOS – metformina – częściowo działa poprzez mikrobiotę, zwiększając liczebność *Akkermansia muciniphila* oraz bakterii produkujących SCFA ^[16]. Wskazuje to, że działanie terapeutyczne wielu leków stosowanych w PCOS może być współmediowane przez mikrobiotę jelitową. Istotnie, jednym z najlepiej poznanych mechanizmów ograniczania endotoksemii jest działanie *Akkermansia muciniphila* – bakterii bytującej naturalnie w śluzowej warstwie jelita. Jej wyjątkową cechą jest zdolność do wykorzystywania mucyny jako źródła energii. Choć początkowo sądzono, że degradacja śluzu może prowadzić do osłabienia bariery jelitowej, badania wykazały coś odwrotnego: *A. muciniphila* pobudza regenerację warstwy śluzowej i wzmacnia połączenia międzykomórkowe nabłonka. W ten sposób zmniejsza przepuszczalność jelita i utrudnia przedostawanie LPS do krwiobiegu. Co więcej, wykazano, że *A. muciniphila* nie tylko ogranicza translokację LPS, ale również zmniejsza jego syntezę w obrębie mikrobioty. Redukcja stężenia LPS oznacza słabszą aktywację receptora TLR4 i mniej nasilony wyrzut cytokin prozapalnych, a tym samym – przerwanie błędnego koła dysbioza → endotoksemia → zapalenie → insulinooporność ^[17].

Dowody przedkliniczne są spójne: suplementacja *A. muciniphila* u myszy karmionych dietą wysokotłuszczową zmniejszała przyrost masy ciała, poprawiała grubość warstwy śluzu i obniżała ekspresję markerów zapalnych w tkance tłuszczowej. Podobny efekt uzyskano zarówno po podaniu żywej, jak i pasteryzowanej formy bakterii, a nawet samego białka błonowego Amuc_1100 – co sugeruje, że kluczowym mechanizmem są struktury ściany komórkowej^[18,19]. Pierwsze badanie kliniczne typu proof-of-concept (Microbes4U) potwierdziło bezpieczeństwo i skuteczność suplementacji *A. muciniphila* u ludzi. Trzymiesięczna interwencja prowadziła do poprawy wrażliwości na insulinę, spadku insulinemii na czczo, redukcji cholesterolu całkowitego, masy tłuszczowej i obwodu bioder, a także obniżenia markerów zapalnych i dysfunkcji wątroby^[20]. Łącznie wyniki te pokazują, że *Akkermansia muciniphila* stanowi kluczowy czynnik w ograniczaniu endotoksemii i jej konsekwencji metabolicznych. Wzmacniając barie-

rę jelitową, redukując produkcję LPS i wyciszając przewlekły stan zapalny, bakteria ta przyczynia się do przezwyciężania patofizjologicznych sprzężeń zwrotnych charakterystycznych dla PCOS i zespołu metabolicznego.

Podsumowanie

Mikrobiota jelitowa odgrywa istotną rolę w patogenezie PCOS, integrując zaburzenia metaboliczne, immunologiczne i endokrynne. Dysbioza prowadzi do endotoksemii i przewlekłego stanu zapalnego, które nasilają insulinooporność i hiperandrogenizm. Różnice regionalne i różnicowanie fenotypów PCOS w zależności od stężenia testosteronu wskazują, że mikrobiota nie tylko odzwierciedla, ale i aktywnie moduluje obraz kliniczny choroby. Modulacja mikrobioty – poprzez dietę, probiotyki, prebiotyki, synbiotyki czy FMT – stanowi obiecujący kierunek terapeutyczny, który w przyszłości może uzupełniać klasyczne leczenie PCOS.

1. Bozdag, G.; Mumusoglu, S.; Zengin, D.; Karabulut, E.; Yildiz, B.O. The Prevalence and Phenotypic Features of Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Hum Reprod* **2016**, *31*, 2841–2855, doi:10.1093/humrep/dew218.
2. Senthilkumar, H.; Arumugam, M. Gut Microbiota: A Hidden Player in Polycystic Ovary Syndrome. *J Transl Med* **2025**, *23*, 1–12, doi:10.1186/s12967-025-06315-7.
3. Yang, Y.; Cheng, J.; Liu, C.; Zhang, X.; Ma, N.; Zhou, Z.; Lu, W.; Wu, C. Gut Microbiota in Women with Polycystic Ovary Syndrome: An Individual Based Analysis of Publicly Available Data. *eClinicalMedicine* **2024**, *77*, doi:10.1016/j.eclinm.2024.102884.
4. Frost, G.; Sleeth, M.L.; Sahuri-Arisoylu, M.; Lizarbe, B.; Cerdan, S.; Brody, L.; Anastasovska, J.; Ghourab, S.; Hankir, M.; Zhang, S.; et al. The Short-Chain Fatty Acid Acetate Reduces Appetite via a Central Homeostatic Mechanism. *Nat Commun* **2014**, *5*, 3611, doi:10.1038/ncomms4611.
5. Burcelin, R. Regulation of Metabolism: A Cross Talk between Gut Microbiota and Its Human Host. *Physiology (Bethesda)* **2012**, *27*, 300–307, doi:10.1152/physiol.00023.2012.
6. LeBlanc, J.G.; Chain, F.; Martín, R.; Bermúdez-Humarán, L.G.; Courau, S.; Langella, P. Beneficial Effects on Host Energy Metabolism of Short-Chain Fatty Acids and Vitamins Produced by Commensal and Probiotic Bacteria. *Microbial Cell Factories* **2017**, *16*, 79, doi:10.1186/s12934-017-0691-z.
7. Page, M.J.; Kell, D.B.; Pretorius, E. The Role of Lipopolysaccharide-Induced Cell Signalling in Chronic Inflammation. *Chronic Stress* **2022**, *6*, 24705470221076390, doi:10.1177/24705470221076390.
8. Sharif, O.; Bolshakov, V.N.; Raines, S.; Newham, P.; Perkins, N.D. Transcriptional Profiling of the LPS Induced NF-κB Response in Macrophages. *BMC Immunol* **2007**, *8*, 1, doi:10.1186/1471-2172-8-1.
9. Ye, W.; Xie, T.; Song, Y.; Zhou, L. The Role of Androgen and Its Related Signals in PCOS. *Journal of Cellular and Molecular Medicine* **2021**, *25*, 1825–1837, doi:10.1111/jcmm.16205.
10. Cani, P.D.; Amar, J.; Iglesias, M.A.; Poggi, M.; Knauf, C.; Bastelica, D.; Neyrinck, A.M.; Fava, F.; Tuohy, K.M.; Chabo, C.; et al. Metabolic Endotoxemia Initiates Obesity and Insulin Resistance. *Diabetes* **2007**, *56*, 1761–1772, doi:10.2337/db06-1491.
11. He, Y.; Shaoyong, W.; Chen, Y.; Li, M.; Gan, Y.; Sun, L.; Liu, Y.; Wang, Y.; Jin, M. The Functions of Gut Microbiota-Mediated Bile Acid Metabolism in Intestinal Immunity. *Journal of Advanced Research* **2025**, doi:10.1016/j.jare.2025.05.015.
12. Qi, X.; Yun, C.; Sun, L.; Xia, J.; Wu, Q.; Wang, Y.; Wang, L.; Zhang, Y.; Liang, X.; Wang, L.; et al. Gut Microbiota-Bile Acid-Interleukin-22 Axis Orchestrates Polycystic Ovary Syndrome. *Nat Med* **2019**, *25*, 1225–1233, doi:10.1038/s41591-019-0509-0.
13. Guo, Y.; Qi, Y.; Yang, X.; Zhao, L.; Wen, S.; Liu, Y.; Tang, L. Association between Polycystic Ovary Syndrome and Gut Microbiota. *PLOS ONE* **2016**, *11*, e0153196, doi:10.1371/journal.pone.0153196.
14. Chudzicka-Strugała, I.; Kubiak, A.; Banaszewska, B.; Zwozdziak, B.; Siakowska, M.; Pawelczyk, L.; Duleba, A.J. Effects of Synbiotic Supplementation and Lifestyle Modifications on Women with Polycystic Ovary Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* **2021**, dgab369, doi:10.1210/clinem/dgab369.
15. Chudzicka-Strugała, I.; Kubiak, A.; Banaszewska, B.; Wysocka, E.; Zwozdziak, B.; Siakowska, M.; Pawelczyk, L.; Duleba, A.J. Six-Month Randomized, Placebo Controlled Trial of Synbiotic Supplementation in Women with Polycystic Ovary Syndrome Undergoing Lifestyle Modifications. *Arch Gynecol Obstet* **2025**, *311*, 499–506, doi:10.1007/s00404-024-07833-3.

16. Markowska, E.; Kiersztan, A. *Akkermansia muciniphila* – obiecujący kandydat na probiotyk nowej generacji. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej* **2021**, 75, 724–748, doi:10.2478/ahem-2021-0036.
17. Cani, P.D.; Depommier, C.; Derrien, M.; Everard, A.; de Vos, W.M. *Akkermansia Muciniphila: Paradigm for next-Generation Beneficial Microorganisms*. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* **2022**, 19, 625–637, doi:10.1038/s41575-022-00631-9.
18. Plovier, H.; Everard, A.; Druart, C.; Depommier, C.; Van Hul, M.; Geurts, L.; Chilloux, J.; Ottman, N.; Duparc, T.; Lichtenstein, L.; et al. *A Purified Membrane Protein from Akkermansia Muciniphila or the Pasteurized Bacterium Improves Metabolism in Obese and Diabetic Mice*. *Nat Med* **2017**, 23, 107–113, doi:10.1038/nm.4236.
19. Everard, A.; Belzer, C.; Geurts, L.; Ouwerkerk, J.P.; Druart, C.; Bindels, L.B.; Guiot, Y.; Derrien, M.; Muccioli, G.G.; Delzenne, N.M.; et al. *Cross-Talk between Akkermansia Muciniphila and Intestinal Epithelium Controls Diet-Induced Obesity*. *Proc Natl Acad Sci U S A* **2013**, 110, 9066–9071, doi:10.1073/pnas.1219451110.
20. Depommier, C.; Everard, A.; Druart, C.; Plovier, H.; Van Hul, M.; Vieira-Silva, S.; Falony, G.; Raes, J.; Maiter, D.; Delzenne, N.M.; et al. *Supplementation with Akkermansia Muciniphila in Overweight and Obese Human Volunteers: A Proof-of-Concept Exploratory Study*. *Nat Med* **2019**, 25, 1096–1103, doi:10.1038/s41591-019-0495-2.

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o odejściu

DR N. MED. ZOFII SEBASTIAŃSKIEJ

Wieloletnia nauczycielka akademicka, działaczka Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, sekcji stomatologii dziecięcej, aktywna członkini samorządu lekarskiego. Wyrazy najgłębszego współczucia Rodzinie i bliskim składa

Komisja Stomatologiczna Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

DR N. MED. ZOFII SEBASTIAŃSKIEJ

Pozostanie na zawsze w naszej pamięci. Rodzinie i bliskim przekazujemy wyrazy współczucia.

Koło Seniora Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

DR. N. MED. ANDRZEJA WIKTORA

lekarza i lekarza dentysty, specjalisty chirurgii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej. Łączymy się w bólu z rodziną i bliskimi Pana Doktora, składając wyrazy najgłębszego współczucia.

**Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „ZDROJE”
wraz z pracownikami**

Z przykrością zawiadamiamy, że w dniu 7 września 2025 odeszła

DR BARBARA ZALEWSKA

Informuje pogrążona w żalu Rodzina

Z przykrością informujemy, że dnia
12 września 2025 r., przeżywszy 65 lat zmarła

MAŁGORZATA BOCIANIAK

O czym zawiadamia pogrążona w smutku
najbliższa Rodzina

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu
8 września 2025 r. odeszła

DR ROZALIA BABIŃSKA

Pogrążona w żalu Rodzina

CHÓR REMEDIUM NA XIV MIĘDZYNARODOWYM FESTIWALU I KONKURSIE CHÓRALNYM CANCO MEDITERRANIA W BARCELONIE - LLORET DE MAR

Chór OIL w Szczecinie Remedium prowadzony przez prof. Ryszarda Handke brał udział, w dniach od 8 do 14 września, w XIV Międzynarodowym Festiwalu i Konkursie Chóralnym Canco Mediterrania w Barcelonie - Lloret de Mar. W wydarzeniu tym uczestniczyły chóry z Czech, Estonii, Filipin, Finlandii, Peru i Polski, łącznie 16 zespołów. My startowaliśmy w grupie seniorów w dwóch kategoriach: utworów sakralnych i utworów ludowych. W obu zdobyliśmy srebrne dyplomy, co poczytujemy sobie za duże osiągnięcie, biorąc pod uwagę, że mamy próby tylko raz w tygodniu i nie zawsze możemy być w komplecie.

Przesłuchania konkursowe odbywały się w gotyckim kościele św. Romy w Lloret de Mar, ale wszystkie chóry miały też okazję zaprezentować swoje umiejętności również w Barcelonie, w bazylice Sagrada Familia, będącej wizytówką tego miasta. Tam w kaplicy, w której pochowany jest Antoni Gaudí, projektant tego budo-



wanego od 1882 roku do teraz kościoła, odbył się koncert wszystkich chórów.

Poziom wykonawczy wszystkich zespołów był bardzo wysoki i miło nam donieść, że Grand Prix zdobył polski chór męski Cantores Sancti Nicolai z Bochni. W trakcie pobytu w Hiszpanii mieliśmy okazję zwiedzić Barcelonę, Gironę oraz urocze małe miasteczko Tossa de Mar. Ale wszystko co dobre, szybko się kończy tak jak i nasz pobyt w Lloret de Mar. Przed nami znowu praca, która być może zaowocuje dobrym występem na innym, kolejnym międzynarodowym konkursie chóralnym. Jeżeli ktoś z braci lekarskiej, mający słuch i głos chciałby się jej podjąć, to serdecznie zapraszamy do naszego grona.





- Na pewno marzyłbym, żeby zagrać support przed zespołem Green Day albo przed Imagine Dragons. Śmiałem się kiedyś z koleżanką, że nasz cel to wystąpić na Stadionie Narodowym. Wierzę głęboko, że to jest możliwe. Trzeba dużo konsekwencji i trochę szczęścia – mówi Maciej Kozłowski. Młody lekarz ze Szczecina ukończył studia na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym i właśnie wybiera specjalizację. W wolnej chwili gra w punk-rockowym zespole The Cherriffs.

Medycyna wygrała z IT

Czy można pogodzić bycie młodym lekarzem z prowadzeniem i występowaniem w zespole rockowym, który ma aspiracje tworzenia muzyki i występowania na coraz większych scenach? Maciej Kozłowski udowadnia, że tak, choć lekarz ze Szczecina przyznaje, że momentami nie jest to najłatwiejsze. Nasz rozmówca dodaje jednak, że obie części jego życia: muzyka oraz medycyna są dla niego tak ważne, że nie mógłby między nimi wybierać. I na szczęście póki co, nie ma takiej potrzeby.

- Odkąd jestem na stażu i skończyłem studia, to nie mam żadnych wątpliwości, że to jest praca, w której chcę się realizować. Myśl o medycynie zaczęła kiełkować w liceum. Zastanawiałem się także nad IT, ale wygrała medycyna – mówi Maciej Kozłowski.

- Na pierwszym miejscu jest reumatologia. Jest to specjalizacja, która jest mi najbliższa, ale na mapie rozrysowanych planów są też inne dziedziny, które zawsze

mnie interesowały i w sumie mam czas do 30 września, by podjąć decyzję i nie jestem pewien, czy w ostatniej chwili nie zmienię zdania – dodaje.

Nasz rozmówca jest stażystą w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym numer 2 na Pomorzanach.

- Praca młodego lekarza jest wdzięczna. Spotkałem się z bardzo dużym szacunkiem w zespole lekarzy, ale także ze strony pacjentów. To daje wielką satysfakcję i sprawia, że łatwiej jest poczuć pewność, że to jest dobra droga. Ogrom nauki czasem przytłaczał w czasie studiów. Chyba każdy student medycyny raz na jakiś czas ma chwilę zwątpienia. Te wątpliwości mijają, kiedy zaczyna się pracę w szpitalu i słyszy się podziękowania pacjentów i widzi realny efekt swojej pracy – mówi Maciej Kozłowski.

Lekarz muzykiem rockowym? „W sumie mógłbym tak żyć. Przynajmniej raz na jakiś czas.”

W zespole The Cherriffs młody lekarz gra na gitarze elektrycznej i akustycznej. Zespół powstał jako przyjacielska inicjatywa w roku 2017. Muzyka, którą wykonuje zespół jest inspirowana punkiem oraz brytyjskim graniem z lat 90.

- Zespół założyłem pod koniec liceum. Pierwszy koncert zagraлиśmy w obecnym klubie JEGO, który znajduje się w centrum Szczecina. Wówczas to jeszcze była piwnica i gruz. Koncert spotkał się z zaskakująco do-

brym przyjęciem, a nasze ambicje rosły i staraliśmy się nie rezygnować z pasji, mimo że oczywiście studia czy życie prywatne z czasem zaczęły być bardziej angażujące. Skład zespołu się zmieniał, ale chyba entuzjazm tylko rósł. Uformowało się to w grupę, która stanowi zgraną ekipę. Wydaliśmy już kilka piosenek, mamy sporo materiału i planujemy dalszy rozwój – mówi Maciej Kozłowski.

Zespół zaprezentował się podczas wydarzenia organizowanego wiosną w szczecińskich Ogrodach Śródmieście przez Okręgową Izbę Lekarską w Szczecinie i parlament studencki PUM.

- Zawsze miałem ambicję, żeby iść dalej. To jest moje hobby, odskocznia, relaks, ale też wyzwanie. Braliśmy udział w wielu przeglądach uniwersyteckich, graliśmy koncerty w wielu miastach w Polsce. Jest w nas taka chęć, żeby zgłaszać się do kolejnych konkursów czy nagrywać nowe utwory – mówi młody lekarz.

- Byliśmy w Warszawie na przeglądzie kapel, graliśmy w klubie Proxima, wracaliśmy nocnym pociągami, a potem mieliśmy wieczorny koncert w ramach Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. To był taki moment, gdy mogliśmy poczuć się trochę jak muzycy w trasie. W sumie mógłbym tak żyć. Przynajmniej raz na jakiś czas – słyszymy.

Łączenie studiów medycznych i pasji muzycznej. Czy było wyzwaniem?

Maciej Kozłowski przyznaje, że studia medyczne nie są łatwymi studiami. Jednocześnie zaprzecza, by staranność akademicka wymagała rezygnacji z pasji i zainteresowań realizowanych w czasie wolnym.

- Myślę, że to stereotyp, że student medycyny jest tak zawalony nauką, że nie ma czasu na nic innego poza studiowaniem. To wszystko się zmienia. Studiowanie na wymagających kierunkach też wymaga znalezienia pewnego balansu i odskoczni. Dla mnie to jest muzyka, ale widzę po kolegach i koleżankach ze studiów, że oni też realizują swoje zainteresowania czy pracują dodatkowo – mówi Maciej.

- Mamy wiele planów z zespołem i będziemy je realizować. Jeżeli trafię na specjalizację poza Szczecinem, to jestem pewien, że znajdziemy sposób, że to nadal będzie świetnie funkcjonować – dodaje. – Jesteśmy już na tyle zgranym zespołem, że odległość nie będzie problemem.

Maciej jest również organizatorem przeglądu wokalnego 4YOU2. Termin zgłoszeń mija 5 października, a na kolejne tygodnie zaplanowano przesłuchania. Więcej informacji na ten temat można znaleźć w social mediach Fundacji JEGO.



Koleżanki i koledzy lekarze i lekarze dentyści!

Jeszcze niedawno był maj i jechaliśmy do ogrodów w Przelewicach, aby powitać wiosnę, a już wielkimi krokami zbliża się jesień. W tym roku postanowiliśmy poszukać oznak jesieni, płynąc statkiem białej floty m/s Joanna po Odrze i jeziorze Dąbie. Dwie grupy lekarzy i lekarzy dentyistów seniorów ze Szczecina i Stargardu, członków Koła Seniora naszej Okręgowej Izby Lekarskiej spotkały się, aby razem wyruszyć w podróż. Niestety nie obyło się bez nieprzyjemnego zgrzytu, jakim było miejsce, przy którym cumował statek. Przez kilka lat w nasze rejsy odpływaliśmy z Dworca Morskiego. Niestety tym razem statek cumował przy kei na wysokości Mostu Długiego przy ul. Wyszyńskiego i skrzyżowaniu Jana z Kolna. To wprowadziło w błąd część koleżanek i kolegów. Z tego powodu nie wszyscy dotarli i zmieścili się w czasie. Niestety kapitan jednostki miał określony termin odbicia od kei. Za tę sytuację najmocniej przepraszam tych, którzy nie zdążyli i nie popłynęli z nami.

Wracając do naszej wyprawy. Płynęliśmy najpierw Odrą, potem wpłynęliśmy na jezioro Dąbie. Niestety nie ma już kwitnących nenufarów i grążeli, a liście na drzewach porastających brzegi rzeki i jeziora zaczynają przybierać złociste kolory. Jesień tuż, tuż.

Atrakcją naszego rejsu był słynny szczeciński betonowiec, kadłub jednostki, który spoczywa na mieliźnie na jeziorze Dąbie w okolicach Inoujścia. Okręty betonowe budowano w XIX i XX wieku. W czasie II wojny światowej w stoczni w Darłowie zbudowano trzy takie jednostki na potrzeby niemieckiej maszyny wojennej, której brakowało już stali. Jedną z nich to nasz betonowiec - Ulrich Finsterwalder od imienia i nazwiska projektanta. Jednostka została zwodowana w 1944 roku. Była prototypowym projektem statku towarowego i wykorzystywana w czasie II wojny światowej do przewożenia benzyny syntetycznej z Polic do Świnoujścia. 20 marca 1945 roku została zbombardowana przez radzieckie lotnictwo. Po wojnie to jedyny zachowany



kadłub tego typu jednostek. Były różne pomysły co do wykorzystania tego kadłuba, od basenu kąpielowego do sceny koncertowej. Obecnie jest przystankiem dla ptaków wędrownych i ciekawostką techniczną. Wykonany z betonu, a nie tonie.

W trakcie rejsu oglądaliśmy ze strony wody tereny portu i stoczni szczecińskich oraz suchego doku Stoczni Remontowej „Parnica”. Z uwagą słuchaliśmy informacji na temat mijanych miejsc. W drodze powrotnej podziwialiśmy mural na budynku świetlicy Stoczni Szczecińskiej im. A. Warskiego, w której odbywały się w roku 1980 obrady strajkujących stoczniowców i przedstawicieli rządu, i w której podpisano porozumienia sierpniowe.

Pogoda jak zwykle dopisała. Mimo że wcześniej padało, dla nas zaświeciło słońce. Czas niestety upływał szybko i trzeba było się rozstać.

PS. Co do spotkań Koła Seniora OIL, to ze względu na zwirowanie dotyczące remontu starej siedziby przy ul. Skłodowskiej-Curie informuję, że spotkanie październikowe się nie odbędzie. Natomiast co do spotkań w listopadzie i grudniu informacje o miejscu i terminie będę przekazywać telefonicznie koleżankom i kolegom członkom koła.



SPOTKANIA ŚWIĄTECZNE

RADISSON BLU
HOTEL, SZCZECIN

Rezerwuj już dziś!

konferencje.szczecin@radissonblu.com

Tel: 91 3595 014, -012, -026

RADISSON
MEETINGS™

radissonhotels.com/blu

I MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W BIEGU GÓRSKIM NA DŁUGIM DYSTANSIE



W zachwycającym paśmie Beskidu Żywieckiego 9 sierpnia odbyły się pierwsze w historii Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu Górskim na Długim Dystansie. Zawody odbyły się jako impreza towarzysząca Chudem Wawrzyniowi, jednemu z najstarszych i najbardziej znanych ultramaratonów górskich w naszym kraju.

Punktualnie o godzinie 4 nad ranem, z Rajczy, wśród ponad 700 uczestników, wystartowało 42 lekarzy - 18 kobiet i 24 mężczyzn w różnym wieku, kilkunastu specjalności, członków kilkunastu izb lekarskich. Bieg długości około 52 kilometrów, z przewyższeniami ok. 2500 metrów, prowadził przez najpiękniejsze górskie zakątki regionu. W związku z typową dla tego typu zawodów wczesną godziną startu, początkową część trasy zawodnicy pokonać musieli w świetle czołówek, by po zmudnym podejściu na Rachowiec, doświadczyć spektakularnego wschodu słońca, do którego przygrywały zawodnikom rozsiane po tej części trasy góralskie kapele.

Kolejne kilkanaście kilometrów wspinaczki, poprzez Beskid Graniczny i Kikule, prowadziło najtrudniejszym

na trasie podejściem na Wielką Raczę, gdzie wolniejsi biegacze po raz pierwszy od startu mieli możliwość uzupełnienia zapasów wody i jedzenia w schronisku. Warto nadmienić, że najszybsi, którzy osiągnęli szczyt przed godziną 8:00, a więc przed jego otwarciem, nie mieli możliwości skorzystania z jego dobrodziejstw, w tym wspaniałych pierogów, które ożywiły niejednego wycieńczonego śmiatka. Dla szybkiej czołówki, jedyną możliwością zaopatrzenia był jedyny oficjalny punkt odżywczy na trasie, który znajdował się około 10 km dalej, po zdobyciu kolejnego beskidzkiego wierzchołka - Jaworzyny.

Jako że zawody odbywały się w formie semi self-support, przez większość trasy każdy z zawodników był zmuszony do biegu z kilkukilogramowym plecakiem wypełnionym prowiantem, kilkoma litrami wody i izotoniku oraz niezbędną w nieprzewidywalnych górach odzieżą. Po zaliczeniu punktu kontrolnego na Przełęczy Przegibek, na ok. 36 km, ostatnia część trasy prowadziła nieco mniej zalesionymi szlakami, przez Wielką Rycerzową, nieopodal kolejnego malowniczego schroniska. Tym razem to najszybsi mogli cieszyć się

z komfortu biegania pod chmurami rzeńskiego poranka. Ci, którzy wybiegali z punktu na Przegibku po godz.11 rano, doświadczyli bezwietrznej, słonecznej pogody z temperaturami dochodzącymi do 30 st. C.

Ostatnia część trasy, to nieskończenie długie i podstępne podejście na Muncuł, którego wierzchołek nieustannie wydaje się być już w zasięgu wzroku, by po chwili okazać się tylko kolejną górką podszczytową. W końcu, po jego zdobyciu, zmęczeni biegacze doświadczyli niewdzięcznego, męczącego psychicznie i zabierającego resztki sił zbiegu, prowadzącego na

przemian kamienistym szlakiem i ciemnym, gliniastym wąwozem, by po kilkuset metrach płaskiego biegu po asfalcie osiągnąć metę w Ujsołach.

Ostatecznie, dotarli do niej wszyscy nasi koledzy i koleżanki, najszybsi we wczesnych godzinach przedpołudniowych, część z nas nawet ok. 17. Gratulacje dla wszystkich! Mistrzostwo Polski, we wspaniałym stylu i z dużą przewagą zdobyli Justyna Janus z OIL w Rzeszowie (5. miejsce w klasyfikacji generalnej) oraz Michał Kozłowski ze Śląskiej IL (9. miejsce w klasyfikacji generalnej). Warto odnotować udział dwóch człon-

ków naszej OIL w Szczecinie, w tym wysokie - trzecie miejsce na podium doktora Kacpra Janasa. Cieszy również fakt, że aż 20 lekarzy uzyskało wyniki na wysokim poziomie ITRA, ścigając się bark w bark z najlepszymi trailowcami w kraju. W związku z tym, nasze środowisko zostało docenione przez organizatorów wspaniałą ceremonią wręczenia statuetek dla najlepszych lekarzy, która odbyła się tuż po ceremonii głównej, około godziny 13. Dodatkowo, organizatorzy z naszego grona zorganizowali wieczorne spotkanie integracyjne w jednej z okolicznych baczek, w trakcie którego poza wymianą wrażeń z trasy czy dalszych planów biegowych, prezentowano historię naszego lekarskiego biegania. Jako organizatorzy, dziękujemy wszystkim za udział, walkę i wspaniałe towarzystwo. Mamy nadzieję, że bieganie będzie nas jeszcze bardziej integrować i wkrótce spotkamy się na kolejnej biegowej wyrypie! Zachęcamy do udziału w II Mistrzostwach Lekarzy w Biegu Górskim na Długim Dystansie w 2026 roku.



Zdobywcy trofeów:

1. Michał Kozłowski Śląska IL 2. Robert Niewiedziata OIL Warszawa 3. Kacper Janas OIL Szczecin 4. Adrian Grzelak OIL Kraków 5. Marek Antończak Lubelska IL 6. Radosław Guzy Śląska IL

1. Justyna Janus OIL Rzeszów 2. Magdalena Szymala-Lipka OIL Rzeszów 3. Kamila Tymosiak Bydgoska IL 4. Julia Iwanow Dolnośląska IL 5. Joanna Pszeniczna OIL Warszawa 6. Anna Barczak OIL Częstochowa



Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie

ul. Wieniawskiego 23
71-130 Szczecin

tel. 91 487 49 36 (centrala)
tel. 91 487 37 24 (centrala)
tel. 91 487 48 98 (centrala)
e-mail: biuro@oil.szczecin.pl
www.oil.szczecin.pl
facebook: <https://www.facebook.com/oilwszczecin/>
ING Bank Śląski, nr konta: 74 1050 1559 1000 0022 5989 4638

GODZINY PRACY BIURA: BIURO

Przyjęcia interesantów: poniedziałek, czwartek: 8.00-16.00, wtorek, środa, piątek: 7.30-15.30

DYREKTOR BIURA

mgr Elżbieta Misiurka, elzbieta.misiurka@oil.szczecin.pl

SEKRETARIAT

biuro@oil.szczecin.pl
centrala, w. 1
poniedziałek, czwartek: 8.00-16.00/ wtorek, środa, piątek: 7.30-15.30

OKRĘGOWY REJESTR LEKARZY

mgr inż. Lidia Borkowska
tel. 91 4864784, rejestr@oil.szczecin.pl

OKRĘGOWY REJESTR LEKARZY

(Prawa Wykonywania Zawodu, Staż podyplomowy)
mgr Klaudia Kopka
tel. 91 4864775
mgr Berenika Szerniewicz
tel. 91 4864774
rejestr@oil.szczecin.pl

poniedziałek, czwartek w godzinach 8.00 - 16.00
wtorek, środa w godzinach 7.30 - 15.30
piątek NIECZYNNE

REJESTR INDYWIDUALNYCH PRAKTYK LEKARSKICH

Sylwia Krzysztofik
tel. 91 4864777
praktyki@oil.szczecin.pl
poniedziałek, czwartek w godzinach 8.00 - 16.00
wtorek, środa w godzinach 7.30 - 15.30
piątek NIECZYNNE

BIURO OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ, KOMISJA BIOETYCZNA

mgr Paulina Hajdukiewicz, paulina.hajdukiewicz@oil.szczecin.pl
mgr Szymon Paciurek, szymon.paciurek@oil.szczecin.pl
centrala, w. 6
poniedziałek, czwartek: 8.00-16.00/ wtorek, środa, piątek: 7.30-15.30

„VOX MEDICI”

mgr Kinga Wysokińska, voxmedici@oil.szczecin.pl
tel. 91 4864778
poniedziałek, czwartek: 8.00-16.00/ wtorek, środa, piątek 7.30-15.30

KOMISJA DS. KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO, OŚRODEK DOSKONAŁENIA ZAWODOWEGO, REJESTR PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE

mgr Agata Dekajto, agata.dekajto@oil.szczecin.pl; szkolenia@oil.szczecin.pl
tel. 91 4864785
poniedziałek, czwartek: 8.00-16.00/ wtorek, środa, piątek 7.30-15.30

KOMISJA HISTORYCZNA,

mgr inż. Lidia Borkowska, biuro@oil.szczecin.pl
tel. 91 4864773

KOŁO SENIORA, KOMISJA STOMATOLOGICZNA,

Sylwia Krzysztofik, sylwia.krzysztofik@oil.szczecin.pl
tel. 91 4876420
poniedziałek, czwartek: 8.00-16.00/ wtorek, środa, piątek 7.30-15.30

BIURO OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO

mgr Agnieszka Falkowska, agnieszka.falkowska@oil.szczecin.pl
centrala, w. 9
Przyjęcia interesantów: poniedziałek, wtorek, środa, czwartek, piątek: 8.00-15.00

PREZES ORL

Michał Balsa

RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Marek Rybkiewicz

WICEPREZESI ORL

Hubert Bogacki

Jacek Bujko

Halina Ey-Chmielewska

KOMISJA MŁODEGO LEKARZA

mgr Kinga Wysokińska, kinga.wysokinska@oil.szczecin.pl
tel. 91 4864778

KOMISJA DS. KULTURY, SPORTU I REKREACJI

KARTY MULTISPORT
mgr Kinga Wysokińska, kinga.wysokinska@oil.szczecin.pl
tel. 91 4864778

REDAKTOR NACZELNY

Michał Kaczmarek, michal.kaczmarek@oil.szczecin.pl

SEKRETARZ REDAKCJI

Marta Zabłocka

KOLEGIUM REDAKCYJNE

Mieczysław Chruściel
Julia Knop
Lew Michał Lizak
Aleksander Matysiak

ILUSTRACJE

Str. 17 Fot. Eli Abejo. Unsplash
Pozostałe ilustracje:
Materiały własne OIL Szczecin

OPRACOWANIE GRAFICZNE, SKŁAD I DRUK

TOTEM GROUP
71-001 Szczecin
ul. Południowa 27 D
tel. 91 4892557
biuro@totemgroup.pl

Joanna Sprogis, graphic@totemgroup.pl

UWAGA!

Reklamy przyjmujemy wyłącznie w formatach TIFF lub PDF, kolorystyka CMYK, minimalna rozdzielczość zdjęć 300 dpi, czcionki zamienione na krzywe, spad po 3 mm z każdej strony (nie dotyczy ogłoszeń ramkowych), wielkość zgodna z zamówionym modulem. Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń. Sekretariat nie przygotowuje tekstów do publikacji. Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i adiacji nadesłanych tekstów. Nie gwarantujemy publikacji materiałów, które nie zostały zamówione. Przedruk artykułów oraz wykorzystywanie zdjęć za zgodą redakcji. Redakcja musi być powiadomiona o nadesłaniu materiałów zamieszczonych w innych publikacjach.

HARMONOGRAM PRZYJMOWANIA MATERIAŁÓW I WYSŁYKI NAJBLIŻSZEGO WYDANIA VOX MEDICI

„Vox Medici” wrzesień (2025 - 04/270)
ostateczny termin nadsyłania materiałów 22.08.2025
wysyłka do odbiorców 26.09.2025

KONTAKT:

voxmedici@oil.szczecin.pl

KSIEGOWOŚĆ, KASA, WINDYKACJA SKŁADEK:

mgr Małgorzata Amanowicz
centrala, w. 8
poniedziałek, czwartek: 8.00-16.00/ wtorek, środa, piątek 7.30-15.30

DANE DO OPŁACENIA SKŁADEK

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
ul. Wieniawskiego 23, 71-130 Szczecin
WPŁAT SKŁADEK NALEŻY DOKONYWAĆ
NA INDYWIDUALNE KONTA BANKOWE PRZYPISANE
KAŻDEMU LEKARZOWI/ LEKARZOWI DENTYSTYCE WG NR PWZ
GENERATOR NUMERÓW KONT ZNAJDUJE SIĘ NA STRONIE IN-
TERNETOWEJ OIL
WWW.OIL.SZCZECIN.PL
W ZAKŁADCE SKŁADKI/KONTA INDYWIDUALNE





Zachodniopomorska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A.

www.zarr.com.pl/uslugi-rozwojowe-3



Zwracamy od 70% do 80% kosztów za szkolenia medyczne

Poszerz swoje kompetencje dzięki profesjonalnym szkoleniom dla kadry medycznej. Stomatologia, diagnostyka, medycyna estetyczna, dietetyka, język angielski w medycynie i wiele innych – pełną ofertę refundowanych szkoleń znajdziesz na uslugirozwojowe.parp.gov.pl

Oferujemy:

- ◆ dla firmy do 200 000,00 zł
- ◆ do 10 000 zł na jednego pracownika
- ◆ fachową pomoc i doradztwo przy wypełnianiu dokumentów

Po więcej informacji zapraszamy do kontaktu: uslugirozwojowe3@zarr.com.pl

(+48) 512 205 708 (+48) 512 205 810 (+48) 506 907 284 (+48) 506 910 585 (+48) 512 205 546

Nasi doradcy dojeżdżają do klientów na terenie całego województwa zachodniopomorskiego!



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Pomorze
Zachodnie



ROK WYBORCZY

Rok 2025 jest w samorządzie lekarskim rokiem wyborczym, w którym będziemy wybierać delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji. Zjazd ten odbędzie się w marcu 2026r. Cały proces wyborczy opiera się o regulamin wyborów.

Po raz pierwszy w historii samorządu lekarskiego posługujemy się w podczas wyborów aplikacją wyborczą, zwaną również systemem głosowania elektronicznego.

Aplikacja dostępna jest z poziomu przeglądarki pod adresem:

<https://wybory.szczecin.nil.org.pl/>

