



10/2026 (432)

MEDIUM

egzemplarz bezpłatny ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Hejt!

s. 16, 28, 57, 63



ROZMOWY MEDIUM

Badajmy kierowców
rzetelnie. Teleporady
nie działają

11

ZDROWIE NA CO DZIEŃ

Superambulans USK,
czyli intensywna terapia
w drodze na OIOM

17

WYDARZENIA

XIII Kongres
Polonii Medycznej
we Wrocławiu

37

Z ŻYCIA IZBY

Międzynarodowe
sympozjum w Dreźnie
„Utrata kontroli” –
uzależnienia

7

NOWA

MAZDA CX-6e



NOWY WYMIAR PEWNOŚCI

W Japonii wierzymy, że pewność kryje się w odważnym designie, doskonałych proporcjach i precyzji każdego detalu. Poczujesz ją także za kierownicą, dzięki innowacyjnym technologiom i zasięgowi dającemu pewność podczas każdej podróży.



CRAFTED WITH JAPANESE SOUL

W zależności od wersji samochodu średnie zużycie energii oraz emisja CO₂ (na podstawie WLTP) wynoszą odpowiednio: 18,9-19,4 kWh/100 km oraz 0 g/km. Samochody Mazda są wyposażone w układ klimatyzacji zawierający fluorowany gaz cieplarniany o współczynniku ocieplenia globalnego powyżej 150. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji znajdują się na mazda.pl

Zasięg samochodu do 484 km został określony zgodnie z wytycznymi WLTP. Rzeczywisty zasięg może różnić się w zależności od wyposażenia, warunków atmosferycznych, stylu jazdy, prędkości, korzystania z udogodnień (np. klimatyzacja) oraz wieku i zużycia akumulatora.

6 LAT | GWARANCJA
MAZDY

JAREMKO WROCŁAW

WROCŁAW | MIŃSKA 41A, TEL. +48 71 350 30 30 | [WWW.MAZDA-WROCŁAW-JAREMKO.PL](https://www.mazda-wroclaw-jaremko.pl)

UWAGA – kolportaż Gazety DIL „Medium”

Szanowni Czytelnicy,

17 listopada 2022 r. Uchwałą nr 130/2022 Dolnośląskiej Rady Lekarskiej podjęto decyzję o kontynuowaniu wydawania wersji papierowej Gazety DIL „Medium”. Jeżeli chcą Państwo otrzymywać „Medium” tylko w formie elektronicznej, prosimy o poinformowanie o tym drogą e-mailową: kolportaz@dilnet.wroc.pl bądź za pośrednictwem poczty tradycyjnej na adres: Dolnośląska Izba Lekarska, Redakcja „Medium”, ul. Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław. Wersja elektroniczna jest dostępna na stronie <https://medium.dilnet.wroc.pl>

Zwracamy się z prośbą do tych Czytelników, którzy – mimo wyrażenia takiej chęci – nie otrzymują wydania papierowego „Medium” albo nie otrzymali konkretnych wydań czasopisma, aby zechcieli o tym nas poinformować e-mailowo pod adresem: redakcja@dilnet.wroc.pl. Dziękujemy.



W NUMERZE

INFORMATOR DIL

Komentarz aktualny

Z ŻYCIA IZBY

KALENDARIUM WYDARZEŃ DIL: PAŹDZIERNIK-LISTOPAD 2026 R.

KALENDARIUM KOMISJI KSZTAŁCENIA DIL

Uzależnienia – Międzynarodowe Sympozjum w Dreźnie

Posiedzenie Komisji ds. Współpracy z Konsultantami

Wojewódzkimi

Pierwsze w X Kadencji posiedzenie Komisji Etyki DRL

Młodzi lekarze odebrali Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza

i Lekarza Dentysty

Integracyjny rodzinny piknik w Forcie Przygody

ROZMOWY MEDIUM

Badajmy kierowców rzetelnie

Warzywa z miejskich pól

ZDROWIE NA CO DZIEŃ

Czy lekarz w Polsce może czuć się bezpiecznie?

Superambulans z USK, czyli intensywna terapia w drodze na OIOM

Wycieczka urologiczno-onkologiczno-botaniczna

STOMATOLOGIA

Wpływ odżywiania na periimplantitis – znaczenie witamin i wieku pacjenta – część 2

Z PORADNIKA PSYCHOPRAKTYKA

Hejt okiem psychologa

WAŻNE KOMUNIKATY

Warto skorzystać z doradztwa podatkowego – bezpłatnie dla członków DIL

NABÓR LEKARZY DO GRUPY BALINTA

Komunikat Koła Lekarzy Seniorów we Wrocławiu

Klub Podróżnika DIL zaprasza na comiesięczne spotkania

Czasopismo „Lemiesz” zaprasza do współpracy

II edycja Sympozjum „Nowoczesne technologie w pediatrii”

WYDARZENIA

XIII Kongres Polonii Medycznej we Wrocławiu

Jubileuszowy Jazd Absolwentów Akademii Medycznej

Oddziału Stomatologii, rocznik 1976

8 września Światowym Dniem Fizjoterapii

4. Onkobiegi DCOPiH

HOBBY I PASJE

Algier na dobry początek

4

5

6

6

7

8

8

9

10

11

13

16

17

19

21

28

30

33

33

33

33

35

37

40

41

42

43

HISTORIA

Księga operacyjna kliniki prof. Brossa z zespoleniem Potts w tle 46
80 lat działalności klinicznej, naukowej i dydaktycznej Kliniki
Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu – część I 49

KULTURALNIK LEKARSKI

DOBRA LEKTURA Tam, gdzie zaczyna się medycyna 52
DOBRY FILM Pięćset mil do siebie 52
WARTO PRZECZYTAĆ „Tysiąc bieszczadzkich gwiazd” 53
SPOTKAJ SIĘ Z KULTURĄ. WYDARZENIA KULTURALNE
Muzyka w Zamku na Wodzie – trzy koncerty na finał 53
Jazztopad 2026 – muzyczne eksperymenty i premierowe
projekty 54
Wyroby plakatopodobne. Wystawa Patryka Grochowickiego 54
Fajnie się składa – klocki w roli głównej 54
Pomruk salonów 55
Zapiski emeryta „ZWYKŁY LEKARZ” 56
Silva rerum medicarum veterum 56

PRAWO I MEDYCyna

Z WOKANDY Okręgowego Sądu Lekarskiego we Wrocławiu 57
Nowe przepisy prawne 59
Porady prawne: Prawne aspekty hejtu kierowanego
wobec lekarzy 63

PRO MEMORIA

Wspomnienie: Kazimiera Milan 65
Wspomnienie: Eugeniusz Mierczyński 65
Wspomnienie: Bożena Płonka-Syroka „Moja koleżanka
z podstawówki” 66
Nekrologi 67

DOKUMENTY WEWNĘTRZNE

Obwieszczenie Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej 68
Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
z dnia 6 sierpnia 2026 r. 68
Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 3 września 2026 r. 68
Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
z dnia 4 września 2026 r. 69

KONFERENCJE I SZKOLENIA

70

OGŁOSZENIA

77

CZAS NA RELAKS

78

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska, 50-077 Wrocław,
ul. Kazimierza Wielkiego 45, tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51,
redakcja: 71 798 80 80, e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl
PKO BP SA: 62 1020 5242 0000 2402 0349 0570

Zdzisława Michalska – redaktor naczelna
e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl, kom. 535 814 903

Grzegorz Ociepa – kierownik

Aleksandra Kołodziejczyk – sekretarz redakcji

Kateryna Vakhovska – skład i łamanie wydania

Kolegium redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący,

Małgorzata Niemiec – zastępca przewodniczącego,

Barbara Bruzewicz-Miklaszewska, Martyna Daroszevska, Patrycja Drozdek,

Wojciech Florjański, Przemysław Janusz, Katarzyna Jungiewicz-Janusz,

Bożena Kaniak, Ryszard Kępa, Alicja Marczyk-Felba, Dorota Radziszewska,

Krzysztof Wronecki

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca
materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo do skracania
i adiestacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmian w ty-
tułach.

Okladka: Kateryna Vakhovska

Fot. na okładce: stock.adobe.com

Numer zamknięto 23 września 2026 r.

Druk: Drukarnia Tolek,

ul. Żwirki i Wigury 1, 43-190 Mikołów, tel. 694 490 213



Lekarzu – zaszczep się!

Informujemy, że przedłużony został program:
„Szczepienia profilaktyczne dla lekarzy
i lekarzy dentystów członków DIL”.

Zapraszamy do zapoznania się z ofertą
dofinansowania do szczepień:

dilnet.wroc.pl/dofinansowania-kosztów-szczepienia-
-profilaktycznego-dla-lekarzy-i-lekarzy-dentystów-
-członków-dil/

Szanowni Państwo,

Komisja Kształcenia DRL informuje, że z uzasadnionych przyczyn, których nie można było przewidzieć wcześniej (niezawinionych po stronie organizatora) odwołane zostają Warsztaty Psychologiczne prowadzone przez mgr Agnieszkę Trnkę, zaplanowane na II półrocze bieżącego roku.

Za utrudnienia przepraszamy.

☐ Komisja Kształcenia DRL

NASZE PATRONATY

Patronat Honorowy

XII Międzynarodowe Dni Fizjoterapii
„Fizjoterapia oparta na faktach: współczesna
nauka w ruchu”

Wrocław, 18-19.09.2026 r.

Patronat Honorowy

V Ogólnopolska Konferencja „Ergonomia wieku podeszłego”

Wrocław, 9-10.10.2026 r.

Patronat Honorowy

IX edycja konferencji „Psychiatria. Dialogi interdyscyplinarne”

Wrocław, 9-10.10.2026 r.

Patronat Honorowy

Dezinformacja medyczna – dlaczego fake news bywa bardziej przekonujący niż zalecenie lekarskie i jak skutecznie rozmawiać z pacjentem i komunikacja z pacjentem

Wrocław, 24.10.2026 r.

Patronat Honorowy

XIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa

Wrocław, 26-26.11.2026 r.

Patronat Honorowy

Jubileusz 70-lecia IFMSA – Poland

Gdańsk, 28.11.2026 r.



Biuro DIL

pon. śr. pt. 8.00-15.30
wt. 8.00-16.30, czw. 8.00-17.00
ul. Kazimierza Wielkiego 45,
50-077 Wrocław, dil@dilnet.wroc.pl

Dyrektor Biura DIL
mgr Jacek Bondyra
tel. 71 798 80 50, -52, -54

Sekretariat
inż. Magdalena Smolis – starszy specjalista
tel. 71 798 80 50, fax 71 798 80 51
mgr Katarzyna Kruttyj – starszy specjalista
tel. 71 798 80 52
mgr Sandra Wszola – sekretarka
tel. 71 798 80 54

Księgowość
mgr Urszula Majchrzak – zastępca dyrektora
Biura DIL ds. finansowych
tel. 71 798 80 87
mgr Halina Rybacka – starsza księgowa tel.
71 798 80 70
mgr Katarzyna Nowak – starsza księgowa
tel. 71 798 80 72

Składki na rzecz DIL/ wpłaty i wypłaty
mgr Agata Gajewska – starszy specjalista
tel. 71 798 80 65
lic. Barbara Maciążek – starszy specjalista
tel. 71 798 80 83

Komórka placowo-kadrowa
mgr Joanna Mańturzyk – kierownik
tel. 71 798 80 73

Ośrodek Pamięci i Dokumentacji Historycznej
mgr inż. Justyna Słomian – starszy
specjalista, tel. 71 798 80 64

Komisja Stomatologiczna
mgr Joanna Wojtowicz – starszy specjalista
tel. 71 798 80 54

Komisja Rewizyjna
mgr Katarzyna Nowak – specjalista,
tel. 71 798 80 52

Komisja Współpracy Międzynarodowej
mgr Małgorzata Onufrzak
– specjalista, tel. 71 798 80 54

Komisja Młodych Lekarzy
Renata Czajka – starszy specjalista,
tel. 71 798 80 66

Pośrednictwo pracy
mgr Aleksandra Kołodziejczyk
tel. 71 798 80 80

Rejestr Lekarzy i Prywatnych Praktyk Lekarskich
Krystyna Popiel – p.o. kierownik rejestru
tel. 71 798 80 55
mgr Anna Piasecka – specjalista
tel. 71 798 80 56
mgr Agata Sobarska – starszy specjalista
tel. 71 798 80 82
Jolanta Dącer – specjalista
tel. 71 798 80 57
mgr Joanna Żak – starszy specjalista
tel. 71 798 80 60
mgr Iryna Sokoliuk – specjalista
tel. 71 798 80 61

Dokumentacja po zmarłych lekarzach
Ewa Świerska – starszy specjalista
tel. 71 798 80 71
lic. Aleksandra Shcherbak – specjalista
mgr inż. Justyna Słomian – starszy
specjalista

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiej
Ewa Świerska – starszy specjalista
tel. 71 798 80 71
wt., śr. 8.00-14.00; czw. 8.00-16.00
Konto Kasy Pomocy Koleżeńskiej
BGŻ O/Wrocław
64 2030 0045 1110 0000 0035 5040

Komisja Kształcenia
komisja.kształcenia@dilnet.wroc.pl
mgr Małgorzata Krupa-Mączka
– starszy specjalista, tel. 71 798 80 81
Patrycja Malec – starszy specjalista
tel. 71 798 80 68
pon.-pt. 8.00-15.00

Kursy do stażu podyplomowego
staz@dilnet.wroc.pl
mgr Małgorzata Krupa-Mączka
– starszy specjalista, tel. 71 798 80 81

Komisja Bioetyczna
mgr Joanna Wojtowicz – starszy specjalista
tel. 71 798 80 74

Komisja Etyki
mgr inż. Justyna Słomian – starszy
specjalista, tel. 71 798 80 64

Komisja Sportu, Turystyki i Rekreacji
Renata Czajka – starszy specjalista
tel. 71 798 80 66

Koło Lekarzy Seniorów DIL
Renata Czajka – starszy specjalista
tel. 71 798 80 66

Zespół Radców Prawnych
mec. Beata Kozyra-Łukasik
koordynator zespołu
pon.-śr. 13.00-15.00
mec. Monika Huber-Lisowska
tel. 71 798 80 62
śr., pt. 9.30-13.00, wt., czw. 10.30-14.00

Biuro Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej
mgr Ewa Bielońska – kierownik
tel. 71 798 80 77
Anna Pankiewicz – starszy specjalista
tel. 71 798 80 78
Marzena Majcherkiewicz – starszy specjalista
tel. 71 798 80 76
mgr Angelika Bebniańek – starszy specjalista
tel. 71 798 80 75

Biuro Okręgowego Sądu Lekarskiego
dr Aleksandra Stebel – kierownik
tel. 71 798 80 96
mgr Patrycja Muszyńska-Banaszek
– radca prawny

mgr Marta Wawrzyniak – starszy specjalista
tel. 71 798 80 79

Informacja o ubezpieczeniach
Renata Czajka – starszy specjalista
tel. 71 798 80 66
Jolanta Kowalska-Jóźwik
– starszy specjalista, tel. 71 798 80 58

Informatycy
inż. Wiktor Wołodkiewicz – starszy
informatyk, tel. 71 798 80 84
inż. Grzegorz Olszanowski – starszy
informatyk, tel. 71 798 80 85

Remonty i inwestycje
mgr Tomasz Bielecki – starszy specjalista
tel. 71 798 80 69

Filie biura w delegaturach
Wrocław
Przewodnicząca DRL
ds. Delegatury Wrocławskiej
Bożena Kaniak, wt. 13.00-14.00

Jelenia Góra
Wiceprezes ds. Delegatury Jeleniogórskiej
Patrycja Drozdek, po uzgodnieniu
telefonicznym
ul. 1 Maja 27, 58-500 Jelenia Góra
tel./fax 75 753 55 54
Jolanta Franc-Poniatowska – obsługa biura
poniedziałek nieczynne,
wtorek 9.00-14.00, środa 9.00-14.00,
czwartek 11.00-16.00, piątek 10.00-15.00
dil_jeleniagora@dilnet.wroc.pl

Wałbrzych
Wiceprezes ds. Delegatury Wałbrzyskiej
Dorota Radziszewska, wt. 15.00-16.00
ul. Moniuszki 1/1, 58-300 Wałbrzych
Beata Czołowska – specjalista
tel. 74 665 61 62
pon.-czw. 9.00-17.00, pt. 9.00-13.00
dil_walbrzych@dilnet.wroc.pl

Legnica
Wiceprezes ds. Delegatury Legnickiej
Ryszard Kępa, wt. 15.00-16.00
pl. Słowiański 1, 59-220 Legnica
tel. 76 862 85 76
Krystyna Krupa – specjalista
pon.-pt. 8.00-15.00, wt. 8.00-16.00
dil_legnica@dilnet.wroc.pl

Koła terenowe DIL, Komisja Społeczna
Patrycja Malec – starszy specjalista
tel. 71 798 80 68
e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl

Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich
mgr Jacek Bondyra
tel. 71 798 80 86

TERMINY DYŻURÓW

Prezes DRL Wojciech Florjański

przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu
z sekretariatem,
tel. 71 798 80 50, -52, -54

Wiceprezes DRL ds. stomatologii Alicja Marczyk-Felba

przyjmuje po uprzednim umówieniu się
tel. 71 798 80 74

Wiceprezes DRL ds. kształcenia Katarzyna Jungiewicz-Janusz

przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu
z sekretariatem,
tel. 71 798 80 50, -52, -54

Wiceprezes ds. Młodych Lekarzy Martyna Daroszewska

przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu
z sekretariatem
tel. 71 798 80 50, -52, -54

Sekretarz DRL Przemysław Janusz

przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu
z sekretariatem,
tel. 71 798 80 50, -52, -54

Skarbnik DRL Anna Szewczyk-Borkowska

przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu
z sekretariatem,
tel. 71 798 80 50, -52, -54

Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów Aleksander Błaszczak tel. 603 877 518

Ośrodek Pamięci i Dokumentacji Historycznej

Barbara Bruziewicz-Miklaszewska
czwartek 10.00-12.00

Delegatura Wrocławska Przewodnicząca Bożena Kaniak wtorek 13.00-14.00

Delegatura Jelenia Góra
Wiceprezes DRL Patrycja Drozdek
przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu
z sekretariatem,
tel. 71 798 80 50, -52, -54

Delegatura Legnica Wiceprezes DRL Ryszard Kępa wtorek 15.00-16.00

Delegatura Wałbrzych Wiceprezes DRL Dorota Radziszewska wtorek 15.00-16.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Dominik Drogosz-Rynowiecki

przyjmuje po uprzednim uzgodnieniu
telefonicznym z Kancelarią OROZ

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego Jan Nienartowicz piątek 13.00-15.00

Dyżur RODO i ws. EDM inż. Maciej Kozięjko udziela porad wyłącznie drogą elektroniczną, e-mail: iodo@dilinet.wroc.pl

Przynależność do Dolnośląskiej Izby
Lekarskiej jest warunkiem skorzystania
z porady. Podczas kontaktu prosimy
o podanie numeru PWZ.

KOMENTARZ AKTUALNY



Fot. z archiwum WF.

Od kiedy pamiętam, zawsze uważałem, że Izba Lekarska powinna być miejscem dla wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów. Od początku drogi zawodowej aż do jej końca. Za kilka dni spotkam się ze stażystami, którzy niedawno otrzymali Prawo Wykonywania Zawodu. Zastanawiam się, co im powiedzieć.

Swój staż podyplomowy odbywałem w 4. Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. Było to już parę dobrych lat temu, ale dobrze pamiętam ten okres. To był czas niezwykle intensywny: pierwsze dyżury, pierwsze samodzielne decyzje i możliwość wykonywania procedur, które wcześniej znałem głównie z podręczników i zajęć klinicznych. Był to również czas poznawania nowych ludzi i nawiązywania przyjaźni.

Nie bardzo interesowało mnie wtedy to wszystko, co działo się wokół wykonywania naszego zawodu. Ustawy, rozporządzenia, zarządzenia prezesa NFZ, organizacja systemu – wydawały mi się odległe i mało istotne. Chciałem przede wszystkim nauczyć się dobrze leczyć.

Z czasem perspektywa się jednak zmienia.

Dziś wiem, że na możliwość wykonywania zawodu wpływa nie tylko nasza wiedza i doświadczenie, ale również cała otaczająca nas rzeczywistość prawna i organizacyjna. A ta potrafi zmieniać się bardzo szybko.

Dobrym przykładem są planowane zmiany dotyczące zatrudniania personelu medycznego, zgodnie z którym minimalny wymiar zatrudnienia osoby udzielającej świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnych ma wynosić co najmniej połowę pełnego wymiaru czasu pracy. Z perspektywy dużego ośrodka prawdopodobnie niewiele to zmieni, ale może stanowić duży problem dla mniejszych miejscowości, w których oddział lub poradnia funkcjonują niejednokrotnie tylko dlatego, że specjaliści dojeżdżają tam jeden czy dwa dni w tygodniu z miast akademickich. Wprowadzenie sztywnego minimalnego wymiaru zatrudnienia rodzi więc pytanie, czy część takich miejsc nie będzie musiała ograniczyć działalności, a nawet jej zaprzestać. To może znacznie utrudnić dostęp do świadczeń dla pacjentów, a dla lekarzy ograniczyć swobodę wykonywania naszego zawodu.

To jednak niejedyny przykład z ostatnich tygodni.

13 września zaczęły obowiązywać nowe reguły walidacji recept refundowanych. System zaczął bardziej rygorystycznie kontrolować między innymi sposób dawkowania, ilość przepisanego produktu i czas trwania terapii. Recepty niespełniające określonych wymogów nie są akceptowane przez system P1.

Cel jest zrozumiały – dawkowanie powinno być jednoznaczne, a recepta zgodna z aktualnymi wytycznymi. Tyle że rzeczywistość medycyna nie zawsze daje się opisać prostym schematem „jedna tabletką dwa razy dziennie przez siedem dni”.

Szybko przekonali się o tym zwłaszcza lekarze tych specjalności, w których dawkowanie z natury rzeczy bywa mniej policzalne lub po prostu zmienne. Dermatolog stosujący maść nie jest w stanie przewidzieć w prosty sposób jej dokładnego zużycia, okulista wyliczyć ilości kropli w opakowaniu, a diabetolog stosujący terapię insuliną w sposób prosty uwzględnić chwilowej glikemii, rodzaju spożywanego posiłku czy aktywności fizycznej.

Problemem okazała się więc nie sama idea walidacji, ale brak dostatecznie jasnych, praktycznych wskazówek obejmujących wszystkie sytuacje kliniczne. W naszej Izbie zaczęliśmy zbierać przykłady problemów napotykaných przez lekarzy po wprowadzeniu nowych zasad, żeby przekazać je do Centrum E-Zdrowia.

Podobne poczucie niepewności pojawiło się w ostatnich tygodniach w stomatologii. Zarządzenie Prezesa NFZ z 31 sierpnia zmieniło zasady realizacji świadczeń stomatologicznych związanych z pakietami ST30-ST30G. Wraz ze zmianą pojawiły się pytania. Jak dokładnie dokumentować czas wykonania świadczenia? W jaki sposób będzie on później weryfikowany? Jak sprawozdawać poszczególne elementy pakietów? Wątpliwości było na tyle dużo, że Komisja Stomatologiczna naszej Izby zwróciła się do lekarzy dentystów o przekazywanie problemów dotyczących sposobu realizacji i sprawozdawczości nowych pakietów, a zebrane pytania zostały przekazane do prezesa NFZ.

Te trzy historie są oczywiście bardzo różne. Łączy je jednak coś istotnego.

Coraz częściej lekarz dowiadyuje się o zmianie przepisów odnośnie wykonywania swojego zawodu, a dopiero później zaczyna się wspólne ustalanie, jak właściwie należy je wprowadzić w życie. Ustawy, zarządzenia i rozporządzenia mają porządkować rzeczywistość. Jeżeli jednak ich wprowadzeniu nie towarzyszą jasne i praktyczne wytyczne, zamiast porządku wprowadzają niepewność i chaos.

I właśnie tutaj widzę miejsce dla samorządu lekarskiego.

Nie jesteśmy od tego, aby sprzeciwiać się każdej zmianie. Jesteśmy natomiast po to, aby pytać o konsekwencje zanim odczuje je lekarz pracujący na oddziale czy w gabinecie. A kiedy problem już się pojawi, żeby zbierać głosy pojedynczych lekarzy i zamieniać je w jeden, dobrze słyszalny głos środowiska.

Wracam więc do pytania, które zadałem sobie na początku: co powiedzieć stażystom?

Pewnie nie będę opowiadał im szczegółowo o zasadach walidacji recept, pakietach ST30 ani o projektowanych przepisach dotyczących zatrudnienia. Mają jeszcze czas, żeby poznać wszystkie absurdalności i zawiłości funkcjonowania systemu. Teraz powinni przede wszystkim uczyć się medycyny i zdobywać doświadczenie w zawodzie, na który tak długo pracowali.

Powiem im jednak, że nie są w tym zawodzie sami. Że kiedy pojawi się przepis, którego nie rozumieją, system, który zamiast pomagać zaczyna przeszkadzać albo decyzja, która zmienia warunki ich pracy – jest miejsce, do którego mogą przyjść z tym problemem.

Bo właśnie taka powinna być Izba Lekarska. Od pierwszego dnia wykonywania zawodu aż do jego końca.

Wojciech Florjański

Wojciech Florjański
Prezes DRL

KALENDARIUM WYDARZEŃ DIL: PAŹDZIERNIK-LISTOPAD 2026 R.

WYDARZENIE	DATA	MIEJCE	GODZINA
SPOTKANIE GRUPY BALINTA	01.10.2026 r. 19.11.2026 r.	Online	17.30-20.30
SPOTKANIE GRUPY BALINTA	23.10.2026 r. 13.11.2026 r.	DIL ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław (Sala Ceglana)	I tura 14.30-16.00 II tura 16.15-17.45
OPIDH I PTHNM – PROF. EDMUND WASZYŃSKI	24.10.2026 r.	Klub Muzyki i Literatury, pl. Tadeusza Kościuszki	12.00
OPIDH I PTHNM – ZADUSZKI	28.11.2026 r.	Klub Muzyki i Literatury, pl. Tadeusza Kościuszki	12.00
SPOTKANIE KLUBU PODRÓŻNIKA DIL MAUI CZYLI NIE TYLKO HUMBAKI – ANDRZEJ HENDRICH ALGIER I ANNABA – PIOTR WILAND	28.10.2026 r. 25.11.2026 r.	DIL ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław	18.00-19.15
SPOTKANIE KLUBU PODRÓŻNIKA DIL ISLANDIA ZUPEŁNIE NIEZWYCZAJNIE – AGATA CYGAŃSKA	25.11.2026 r.	DIL ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław	18.00-19.15
SPOTKANIE KOŁA SENIORÓW DIL – PROF. HALINA PODBIELSKA SZTUCZNA INTELIGENCJA	30.10.2026 r.	DIL al. Matejki 6, Wrocław	11.00
SPOTKANIE KOŁA SENIORÓW DIL – SPOTKANIE Z DR. MARKIEM RAWSKIM, AUTOREM ALBUMU FOTOGRAFICZNEGO	27.11.2026 r.	DIL al. Matejki 6, Wrocław	11.00
KLUB LEKARZA – KONCERT MUZYKI KLASYCZNEJ DOLNOŚLĄSKIE SALONY MUZYCZNE	15.11.2026 r.	DIL ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław (Sala Konferencyjna)	18.00
KLUB LEKARZA – KONCERT PODARUJ MI SWÓJ CZAS KAZIMIERZ PICHLAK	15.11.2026 r.	DIL al. Matejki 6 Wrocław, (Sala Konferencyjna)	18.00
VII OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWA MEDYCINA I PAMIĘĆ KULTUROWA	18-19.11.2026 r.	DIL al. Matejki 6 Wrocław (Sala Konferencyjna, Sala Klubowa)	09.00

KALENDARIUM KOMISJI KSZTAŁCENIA DIL

KONFERENCJE/WARSZTATY/KURSY	DATA	MIEJCE	GODZINA
KWALIFIKACJA CHOREGO Z ZAAWANSOWANĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA DO TRANSPLANTACJI LUB WSPOMAGANIA MECHANICZNEGO W GABINECIE POZ TO NIE SCIENCE FICTION	6.10.2026 r.	DIL ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław (Sala Konferencyjna lp.)	16.00-19.00
WŚCIEKLIZNA – SPOJRZENIE NA CAŁOŚĆ PROBLEMU	8.10.2026 r.	Tryb hybrydowy/DIL ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław (Sala Konferencyjna lp.)	8.45-13.45
POWSZECHNE I RZADKIE CHOROBY WĄTROBY	22.10.2026 r.	Online	9.00-14.00
SEPSA. WSPÓŁCZESNE ZAGROŻENIE EPIDEMIOLOGICZNE. EDYCJA III	03.12.2026 r.	Online	8.30-14.00
LAKTACJA W POZ. NAJCZĘSTSZE SYTUACJE KLINICZNE W CODZIENNEJ PRAKTYCE LEKARSKIEJ	5.12.2026 r.	Tryb hybrydowy/DIL ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław (Sala Konferencyjna lp.)	9.00-15.00
NAGŁE STANY METABOLICZNE W ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII DZIECIĘCEJ – część II	10.12.2026 r.	Tryb hybrydowy/DIL ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław (Sala Konferencyjna lp.)	16.00-20.00.
MIEDZY NAMI LEKARZAMI – BIEGUNY STOMATOLOGII W RAMACH XIV DOLNOŚLĄSKICH DNI STOMATOLOGICZNYCH	21.11.2026 r.	DIL ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław (Sala Konferencyjna lp.)	9.00-16.30
LECZENIE BIOLOGICZNE MIAZGI – VITAL PULP THERAPY	27.02.2027 r.	DIL ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław (Sala Konferencyjna lp.)	10.00-15.00
ASERTYWOŚĆ – W ZGODZIE ZE SOBĄ I INNYMI	10.10.2026 r. 21.11.2026 r. 5.12.2026 r.	DIL al. Matejki 6, Wrocław (Sala Klubowa)	9.00-14.00
STANY NAGŁE W GABINECIE LEKARSKIM – POSTĘPOWANIE PRAKTYCZNE	16.01.2027 r. 13.02.2027 r. 13.03.2027 r. 17.04.2027 r. 15.05.2027 r. 18.09.2027 r. 16.10.2027 r. 20.11.2027 r. 4.12.2027 r.	DIL al. Matejki 6 Wrocław (Sala Konferencyjna)	9.00-15.00



Od lewej: Dorota Radziszewska – wiceprezes ds. Delegatury Wąbrzyskiej, Katarzyna Borucka, Aleksandra Obszarńska, Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, Wojciech Idczak, Wojciech Florjański – prezes DRL, Barbara Dziadkowiec-Macek, Katarzyna Jungiewicz-Janusz – wiceprezes DRL ds. Kształcenia, Maria Młostek-Piotrowska, Magdalena Ciba, Michael Pardel, Anna Szewczyk-Borkowska



Od lewej: Maik Spreer, Michael Smolka, Norbert Wodarz, Erick Bodendieck, Wojciech Florjański, Barbara Dziadkowiec-Macek i Wojciech Idczak

Uzależnienia – Międzynarodowe Sympozjum w Dreźnie

W dniach 18–19 września 2026 roku w siedzibie Saksońskiej Krajowej Izby Lekarskiej w Dreźnie odbyło się wyjątkowe wydarzenie naukowe – Międzynarodowe Sympozjum „Utrata kontroli”, poświęcone tematyce różnorodnych uzależnień.

Współorganizowane przez Dolnośląską Izbę Lekarską oraz Saksońską Krajową Izbę Lekarską spotkanie zgromadziło wybitnych ekspertów, lekarzy i naukowców z Polski oraz Niemiec. Oficjalną część obrad oraz merytoryczne dyskusje poprzedziła uroczysta kolacja. Uczestniczyła w niej delegacja Dolnośląskiej Izby Lekarskiej z prezesem Dolnośląskiej Rady Lekarskiej – dr. n. med. Wojciechem Florjańskim. Wieczorne spotkanie było doskonałą okazją do integracji środowiska medycznego z obu krajów oraz nieoficjalnych rozmów wstępnych. Dyskutowano na temat uzależnień. Podczas obrad, w których również aktywnie uczestniczyła delegacja DIL, poruszono szereg palących problemów współczesnej medycyny i psychiatrii.

Przedstawiciele Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przedstawili prezentacje:

- Wpływ substancji psychoaktywnych na zaburzenia rytmu serca – **dr n. med. Piotr Macek**,
- Uzależnienia u dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem mediów cyfrowych i elektroniki – **dr n. med. Barbara Dziadkowiec-Macek**,
- Problem hazardu patologicznego – **lek. Wojciech Idczak**.

Wydarzenie, w którym wzięli udział prezesi obu izb – dr. n. med. Wojciech Florjański oraz Erik Bodendieck – stanowiło istotny krok w zacieśnianiu polsko-niemieckiej współpracy medycznej oraz wymianie doświadczeń w obszarze profilaktyki i leczenia uzależnień.

Liczymy, że za rok wszyscy spotkamy się na kongresie we Wrocławiu.

- **dr n. med. Barbara Dziadkowiec-Macek**
przewodnicząca Komisji Współpracy Międzynarodowej DRL



Prezesi – Erick Bodendieck i Wojciech Florjański



Wykład Barbary Dziadkowiec-Macek





Od lewej: Aleksander Błaszczyk, Paulina Mazurkiewicz, Barbara Dziadkowiec-Macek, Monika Szewczuk-Bogusławska, Andrzej Wojnar, Michał Jeleń, Michał Głuszek, Monika Rutkowska

Posiedzenie Komisji ds. Współpracy z Konsultantami Wojewódzkimi

25 sierpnia 2026 r. odbyło się posiedzenie Komisji ds. Współpracy z Konsultantami Wojewódzkimi, na którym komisja podjęła decyzję o rekomendacji Dolnośląskiej Rady Lekarskiej kandydatury dr hab. n. med. Moniki

Szewczuk-Bogusławskiej do pełnienia funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży dla województwa dolnośląskiego. Komisja zaproponowała również wystąpienie do wojewody dolnośląskiego o przywrócenie pro-

cedury przesyłania rocznych raportów dokumentujących wykonywanie zadań w zakresie obejmującym reprezentowaną przez konsultanta dziedzinę medycyny.

❑ Redakcja



Od lewej: Franciszek Zawisłak, Janusz Dembowski, Marta Pilak, Robert Susło, Michał Jeleń, Andrzej Wojnar, Aleksander Błaszczyk, Bożena Kaniak, Urszula Kanaffa-Kiljańska, Krzysztof Wronecki

Pierwsze w X Kadencji posiedzenie Komisji Etyki DRL

16 września 2026 r., odbyło się pod przewodnictwem prof. Andrzeja Wojnara pierwsze w tej kadencji posiedzenie Komisji Etyki DRL. Wybrano prezydium ko-

misji: dwóch wiceprzewodniczących – prof. Michała Jelenia i lek. Bożenę Kaniak oraz sekretarza dr Urszulę Kanaffę-Kiljańską. Omawiano bieżące sprawy i wydano opinie.

Posiedzenia Komisji Etyki będą odbywać się raz w miesiącu.

❑ Redakcja



Martyna Daroszevska, Katarzyna Jungiewicz-Janusz, Karol Mirkowski, Kinga Brawańska-Maśluch



Prawo Wykonywania Zawodu wręcza Martyna Daroszevska, z lewej Patrycja Drozdek

Młodzi lekarze odebrali Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza i Lekarza Dentysty

W dniach 8-9 września 2026 r. w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 uroczyste wręczono Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza i Lekarza Dentysty. Swoją upragnioną dokument odebrało 170 młodych lekarzy.

Dla młodych medyków to szczególny czas – zwieńczenie lat intensywnej nauki oraz oficjalny, pełen dumy wstęp do samodzielnej praktyki.

Uroczystości przewodniczyła lek. Kinga Brawańska-Maśluch – człon-

nek Dolnośląskiej Rady Lekarskiej. Dolnośląską Izbę Lekarską reprezentowali: lek. Martyna Daroszevska – Wiceprezes DRL ds. Młodych Lekarzy, lek. Patrycja Drozdek – Wiceprezes DRL ds. Delegatury Jeleniogórskiej, dr Katarzyna Jungiewicz-Janusz – wiceprezes DRL ds. Kształcenia oraz lek. Karol Mirkowski – członek Komisji Młodych Lekarzy.

Nowych członków rodziny lekarskiej przywitała w swoim wystąpieniu lek. Martyna Daroszevska. Opowiedzia-

ła między innymi o prawach i obowiązkach oraz możliwościach związanych się z członkostwem w Izbie Lekarskiej. Na zakończenie życzyła wszystkim niegasnącej pasji, satysfakcji z codziennej pracy z pacjentami oraz sukcesów na dalszej drodze zawodowej.

Po zakończeniu części oficjalnej uczestnicy tego wyjątkowego wydarzenia spotkali się na poczęstunku. Była okazja do rozmów i wzajemnego poznania się.

□ Redakcja





Fot. O.K., Z.M.

Integracyjny rodzinny piknik w Fortcie Przygody

Wniedzielę, 6 września 2026 r., na VII Pikniku Lekarskim, zorganizowanym przez Klub Lekarza DIL i Komisję Młodych Lekarzy w Fortcie Przygody, spotkali się członkowie DIL wraz z rodzinami.

Fort Przygody znajduje się na Sołtysowicach przy ul. Redyckiej na terenie dawnych poligonów wojskowych. Miejsce wymarzone dla takich wydarzeń – olbrzymia przestrzeń,

zielen, daleko od ruchliwych ulic, dookoła las.

Piknik rozpoczął się o godzinie 12.00, trwał do 18.00. Na uczestników czekało wiele atrakcji, m.in. strzelnica paintballowa dla dorosłych i starszych dzieci, strzelanie z łuku, strzelnica wiatrówka, mega-bańki, klocki max, dmuchane zamki, warsztaty kreatywne, szukanie przy pomocy wykrywacza metalu ukrytych w piasku metalowych

przedmiotów, quady, konkursy, gra terenowa, boiska do gry w piłkę i siatkówkę. Nie było czasu na nudę. Wszystkie gry i zabawy prowadzili sympatyczni instruktorzy. Oczywiście był też poczęstunek.

Pogoda dopisała. Piknik był wspólną zabawą dla dużych i małych. Uczestniczyło w nim około 530 osób.

❑ **Zdzisława Michalska**





Badajmy kierowców rzetelnie

Podstawowa zasada brzmi: kierowcę musisz zobaczyć w swoim gabinecie. Porady zdalne tutaj nie działają. Z dr. Dariuszem Kraśnickim, lekarzem medycyny pracy i specjalistą medycyny transportu o badaniach kierowców, ich problemach zdrowotnych i wypadkowości rozmawia Aleksandra Solarewicz.

Aleksandra Solarewicz: Jest pan „lekarzem od kierowców”. Jakich pacjentów pan przyjmuje?

Dariusz Kraśnicki: Jestem specjalistą medycyny transportu. Wśród moich pacjentów zauważam dwie grupy główne: kandydaci na kierowców w kategorii B, tych przychodzi najwięcej, oraz w kategorii A – zdobywających uprawnienia do jazdy motocyklem. Pojawia się też kategoria CD. Są to uprawnienia na kierowanie ciężarówkami i autobusami. To kierowcy zawodowi, którzy muszą robić co pięć lat tak zwane świadectwo kwalifikacji. Częstotliwość zależy od wieku, ale powiedzmy, że odnowienie świadectwa jest wymagane co pięć lat. I są jeszcze pracownicy – kierowcy, czyli osoby jeżdżące autami służbowymi, kurierzy, prowadzący busy. Jeżeli ktoś przejeżdża nawet dziesięć minut w aucie służbowym, czyli nie swoim własnym, to już powinien przejść specjalne badania. One powinny być uwzględnione w jego badaniu profilaktycznym. Poza tym część ludzi przychodzi do mnie po poradę po utracie prawa jazdy za prowadzenie pod wpływem alkoholu, bo chce je odzyskać.

To już poważna sprawa...

– Kierowca myśli, że to jest proste, że przejdzie badanie, jakie przeszedł w szkole jazdy, bo lekarz go tam badał pięć minut. Ale wojewódzkie ośrodki medycyny pracy podchodzą do kierowców po przejściach poważnie. Na przykład, jeżeli ktoś został złapany za jazdę pod wpływem środków odurzających lub używek. On już wtedy musi udowodnić swoją, nazwijmy to, niewinność i postanowienie poprawy. A często się zdarza, że nie potrafi. To są przypadki, gdy ktoś przychodzi do mnie w poniedziałek, po grillu, który odbył się w niedzielę, czy w sobotę, i... po spotkaniu z patrolem na drodze. Ci ludzie się dziwią, że ciężko odzyskać prawo jazdy. Takich pacjentów mam sporo.

Proszę powiedzieć więcej o problemie alkoholowym.

– Mam tutaj dwie grupy. Alkoholików, którzy próbują utrzymać swoje

uprawnienia, bo muszą dojeżdżać do pracy i funkcjonować do momentu, kiedy ich złapie policja albo stanie się jakieś nieszczęście. Przychodzą do mnie takie osoby, czasem po poradę, ale wojewódzkie ośrodki medycyny pracy podchodzą do sprawy bardzo rygorystycznie i takie badania przejść jest bardzo ciężko. Do drugiej grupy należą osoby złapane podczas jazdy po użyciu alkoholu. Np. kierowca zawodowy, który nie jest alkoholikiem, ale on też po incydencie nie może odzyskać prawa jazdy, bo jak już powiedziałem, to nie jest prosta sprawa.

Jakie ma pan wnioski z przeprowadzonych badań. Jak pan generalnie ocenia stan psychofizyczny polskich kierowców?

– W trakcie badania każdy pacjent trochę się mobilizuje i stara pokazać z najlepszej strony. Ale nie jest dobrze, przynajmniej jeżeli chodzi o kierowców zawodowych. Oni mają duży problem związany ze stresem, zmęczeniem, z czego wynika ta agresja na drogach. I chociaż nasza infrastruktura drogowa w Polsce poprawiła się, to stan tych osób, kondycja psychofizyczna jest nienajlepsza. Wyzwaniem medycznym dla mnie są przede wszystkim kurierzy i kierowcy zawodowi. U nich obciążeniem jest przemęczenie i presja czasu.

Kurierzy są postrachem chyba dla wszystkich użytkowników dróg.

– To pewnie jest tajemnicą poliszynela, że kurier w drodze ma 75, 100 „stopów”. Potem wystarczy jakiś korek na drodze, a on go musi nadrobić. Ten stres, pośpiech, oczywiście frustracja przenoszą się na styl jazdy. Czasami też jakaś agresja drogowa, pokazywanie środkowego palca, zajeżdżanie drogi. Sami szeryfowie za kierowcą! Presja czasu przenosi się na styl jazdy. I oczywiście ci przemęczeni. Ich daleko szukać nie trzeba, wystarczy przywołać ostatni wypadek na Węgrzech, gdy wracała pielgrzymka z Medjugorje. Przypuszcza się, że kierowca autobusu zasnął. Jako specjalista medycyny transportu oceniam: tak, z dużym



Fot. z archiwum DK

□ Dariusz Kraśnicki

absolwent Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Związany całe życie zawodowe z Wrocławiem. Specjalista medycyny transportu oraz właściciel przychodni medycyny pracy, badającej również kierowców.

prawdopodobieństwem zasnął. Po prostu komuś się wydaje, że czas reakcji ma idealny, a jest zmęczony, albo zdarza się nagle hamowanie i nieszczęście gotowe.

Rozmawiamy cały czas o kierowcach samochodów. A przecież istnieje takie hasło umieszczane na zderzakach: „Uważaj, motocykle są wszędzie”.

– Motocykliści to jest bardzo ciekawy wątek. Sam jestem ostrożny, bo nie stety już paru moich kolegów odeszło z tego świata w wypadku z udziałem motocykla. Jest takie powiedzenie, przynajmniej w środowisku szkół nauki jazdy, że motor nie wybacza. Często jest tak, że kierowcy samochodów osobowych, ciężarowych nie zwracają uwagi na motocyklistę, wymuszają pierwszeństwo. I co z tego, że motocyklista miał rację, kiedy już go nie ma między nami. Ja także zrobiłem prawo jazdy na motocykl, ale po roku żona przekonała mnie, że bym sprzedał swój pojazd. Woli, abym jeździł samochodem. Teraz oboje jesteśmy spokojniejsi.

Panie doktorze, w jaki sposób kierowca powinien dbać o zdrowie?

– Praca kierowcy zawodowego jest dosyć monotonna. Dla niego ważna jest przede wszystkim higiena narządu ruchu, ergonomia pozycji, w której się znajduje. Samochody

są już lepiej projektowane, szczególnie ciężarowe, i fotele mają wygodniejsze. Ale trzeba przestrzegać przerw na ruch. Kierowca co dwie, trzy godziny powinien się zatrzymać. Niech będzie to minutowa przerwa na rozprostowanie się, parę skłonów, spacer. O, i jeszcze nawadnianie się. Ale ja mam świadomość, że to jest myślenie bardziej życzeniowe niż fakty. Kierowcy mają za mało przerw i ruchu. Można ich rozpoznać po tym, że są otyli. To efekt jedzenia fastfoodów, przekąsek na stacjach benzynowych. Często dużo kawy, oni „jadą na kawie”, na energetykach. To tworzy błędne koło, bo z wiekiem pojawia się i otyłość, i choroby z nią związane, czyli cukrzyca i nadciśnienie. A do tego wysiada kręgosłup. Poza tym, przy dłuższym przebywaniu w pomieszczeniu klimatyzowanym, a dotyczy to kabiny auta, nie oddycha się zdrowym powietrzem. Wpływ klimatyzacji odczuwają także gałki oczne. Ważny jest dobór okularów i stosowanie kropli nawilżających. O stresie na drodze już mówiliśmy.

Przekonywać kierowców, aby wykonywali badania dla własnego dobra, nie „dla urzędu”?

– Kierowców trudno jest nakłonić do regularnych badań lekarskich. To jest jeszcze szerokie pole do działania. Był taki okres, że próbowano je wymuszać administracyjnie, to znaczy obowiązywało zgłaszanie do Wydziału Komunikacji przypadków cukrzycy i padaczki. Przychodził ktoś z napadem padaczki do neurologa, czy na SOR i lekarze automatycznie wysyłali informację o diagnozie do Urzędu Miejskiego. Spełniało to swoją rolę, bo bardzo wiele osób zostało skierowanych na dodatkowe badania.

A wiek kierowcy? Czy to jest istotna kategoria, jeżeli chodzi o sprawność i zasadność posiadania uprawnień do kierowania?

– Tak. Widzę to we własnej rodzinie. Po 75. roku życia czas reakcji może być znacznie wolniejszy, pogarsza się ostrość widzenia, na przykład po zmroku. W tym wieku może pojawić się już demencja, choroba Alzheimera, Parkinsona. Zdolność tych osób do kierowania pojazdem staje się trochę ograniczona. Część z nich świadomie sama rezygnuje z jazdy albo ogranicza się do przysłowio-
wego „do kościoła”, „na zakupy”. Z ciekawostek – w USA i Wielkiej Brytanii można dokonać dobrowol-

nego zrzeczenia się uprawnień do kierowania pojazdem. Nasze prawo nie przewiduje zrzeczenia się uprawnień na życzenie.

Ale są urzędowe plany ograniczenia uprawnień ze względu na wiek...

– Są plany ustalenia górnej granicy wieku dla kierowców, ale ja uważam, że do tego nie dojdzie. Nie jest opłacalne politycznie. Poza tym widać, że kategoria B każdemu do czegoś jest potrzebna. I jeżeli u pacjenta ewidentnie nie ma jakichś problemów zdrowych typu padaczka czy cukrzyca źle prowadzona, nie powinno być przeciwwskazań dla wydawania pozwoleń na maksymalny okres, czyli obecnie na 15 lat (a w kategoriach prawa jazdy zawodowego na 5 lat lub mniej, w zależności od stanu zdrowia i wieku). Ale powiem pani uczciwie, że ja bardziej się martwię o młodych kierowców.

Dlaczego?

– Proszę poczytać, znajdzie pani doniesienia o dżentelmenach wracających z dancingu i lądujących na drzewie czy w wodzie. A młodzi ludzie często chcą się popisać. Miałem taką historię w rodzinie. Chłopak, chyba 17-18-latek, wziął auto rodziców, a do auta zaprosił cztery dziewczyny i dwóch chłopaków. Wylądowali na jakimś drzewie i nie dość, że zginął on sam, to jeszcze unieszczył parę osób. Ja sam mam prawo jazdy od 16. roku życia, ale wiem, że z odpowiedzialnością w tym wieku bywa różnie. Młodzi chcą się wykazać i o ile czas reakcji mają lepszy niż senior, ale zdecydowanie brakuje im doświadczenia, a przy tym szarżują. Uczciwie mówiąc, nie tylko ta grupa traktuje jazdę jako rywalizację. Dotyczy to także nas, lekarzy.

To znaczy?

– Miałem kolegę, który wsiadając do samochodu, jako człowiek zmieniał się nie do poznania. Chciał wszystkich powyprzedzać. I skończyło się tak, że kilkanaście lat temu, wracając z długiego weekendu wyprzedzał na podwójnej ciągłej i zderzył się z busem. Zginęło dwoje jego dzieci nieprzytych pasami na tylnym siedzeniu – unieszczył i siebie, i żonę. Lekarze też są łapani za jazdę po alkoholu, czy to po użyciu, czy pod wpływem. Miałem taki przypadek. Przyszła na badania psychologiczne w naszej przychodni osoba, która została skierowana na testy za jazdę pod wpływem alkoholu. Ale okazało się coś jeszcze. Gdy ją za-

trzymali policjanci, to pod wpływem tego alkoholu zaproponowała jakąś łapówkę za odstąpienie od czynności. W takiej sytuacji zachodzą dwa przestępstwa. Nie dość, że miała problem alkoholowy (bo nawet nie sądzę, że uzależnieniowy), to jeszcze zaproponowała korzyść finansową. W efekcie dostała dwa zarzuty, a bycie ukaranym to dla lekarza jest poważna sprawa. Aczkolwiek w tej chwili wydaje mi się, że większym niż alkohol problemem u kierowców staje się używanie narkotyków, różnych substancji psychotropowych.

Proszę o tym powiedzieć.

– Pamiętam historię, kiedy kierowca ciężarówki najechał na pracujących na drodze – zginęły cztery osoby. Wina leżała prawdopodobnie po obu stronach: robotnicy nie postawili znaku ostrzegawczego w wystarczająco dużej odległości, a kierowca zażył jakiś środek narkotyczny czy dopalacz. Śledczy nie stwierdzili u niego alkoholu we krwi, ale po dokładnym badaniu znaleźli ślady substancji psychoaktywnych. I to się, niestety, często zdarza. Nadchodzi weekend, więc w użyciu są marihuana, zioła. I jest problem, bo komuś się wydaje, że można ich używać rekreacyjnie, okazjonalnie. A skutki okazują się tragiczne.

Podsumowując, co według pana jest najważniejsze dla lekarza zajmującego się medycyną transportu?

– Absolutny wymóg bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Do 2013 roku można było zapisać się na naukę jazdy i nawet nie przedstawiać zaświadczenia lekarskiego. Potem w trakcie kontroli nagle okazywało się, że on skończył kurs, więc formalnie powinien mieć zaświadczenie lekarskie z terminem rozpoczęcia kursu, a nie ma. Dobrze się stało, że zmieniono przepisy i tę możliwość zlikwidowano. Pozostał natomiast u naszych rodaków problem przyzwyczajenia. Jeśli ktoś generalnie czuje się dobrze, nie obserwuje u siebie niepokojących objawów, to jest przekonany, że potrzebuje od lekarza tylko podpisu. Sam do dzisiaj otrzymuję e-maile o treści: „A wie pan, załatwimy to przez telefon, przez e-maila”. Nie, nie ma mowy. Odradzam takie sposoby, bo to jest telemedycyna, która już wywołała wiele problemów ze zwolnieniami, z receptami. Badajmy kierowców rzetelnie.



Fot. z archiwum A.S.

Warzywa z miejskich pól

Parapet, ogródek czy duże gospodarstwo – w mieście można (i warto!) hodować warzywa. We Wrocławiu na Swojczycach, z dala od biurowców i mrówkowców, po cichutku rosną rzędy uprawianej naturalnie cukinii, buraków i ziemniaków, marchewki i ziół rozmaitych. Rosną po to, by trafić na stoły wrocławskich maluchów i seniorów. O projekcie Miejska Farma Wrocław z Katarzyną Sokołowską, kierownikiem Sekcji ds. Polityki Żywnościowej w Wydziale Klimatu i Energii Urzędu Miejskiego Wrocławia oraz koordynatorem projektu Miejska Farma Wrocław rozmawia Aleksandra Solarewicz.

Aleksandra Solarewicz: Czym jest Farma Miejska?

Katarzyna Sokołowska: Farma Miejska Wrocław jest wyjątkowym projektem Urzędu Miejskiego Wrocławia i Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu. Jest uprawą warzyw i ziół – prowadzoną z poszanowaniem środowiska naturalnego – na terenie Stacji Badawczo-Dydaktycznej Uniwersytetu Przyrodniczego na Swojczycach. Liczy w tej chwili 3,5 ha, a jej plony trafiają do żłobków, przedszkoli i DPS-ów, finansowanych z budżetu miasta Wrocławia.

Ostatnio zrobiło się o niej głośno, a od kiedy tak naprawdę działa?

– Farma Miejska we Wrocławiu istnieje od 2024 roku. Pierwszą umowę podpisaliśmy w marcu w 2024 roku właśnie z Uniwersytetem Przyrodniczym jako głównym partnerem

miasta w tym projekcie. Wtedy uruchomiliśmy pierwszy pilotażowy sezon upraw, żeby zobaczyć czy to, co zaprojektowaliśmy wspólnie z uczelnią, rzeczywiście się sprawdzi. I okazało się, że tak. Pierwsze dostawy zrealizowaliśmy na początku lata.

Zaznaczę, że my generalnie funkcjonujemy w tym projekcie sezonowo. To znaczy na ten moment nie mamy jeszcze zaplecza magazynowego, które pozwala nam dostarczać produkty do naszych odbiorców przez cały rok, więc zazwyczaj działamy tak, że już w okolicach marca zaczynamy pierwsze prace przygotowawcze do sezonu upraw, a pierwsze dostawy odbywają się w lipcu i są prowadzone najpóźniej do grudnia.

Po wakacyjnych przerwach ruszyły przedszkola. Dostawy także?



Fot. z archiwum A.S.

□ Katarzyna Sokołowska

kierownik Sekcji ds. Polityki Żywnościowej Wydział Klimatu i Energii Urzędu Miejskiego Wrocławia oraz koordynator projektu Miejska Farma Wrocław.

– Dokładnie, bo my, i to jest ważna informacja, dowozimy warzywa oczywiście również w trakcie wakacji, czyli przez lipiec i sierpień, ale wtedy mamy mniej odbiorców, bo przedszkola i żłobki pracują na zmiany – działa tylko połowa z nich. We wrześniu ruszyliśmy pełną parą, bo wtedy otwierają się wszystkie placówki.

Co rośnie na waszych polach?

– Zaczynaliśmy od ziemniaków, buraków, dyni i cukinii, a w tej chwili mamy jeszcze marchew, pasternak, por, cebulę, fasolkę szparagową, ogórki. I mamy świeże zioła, takie jak koper, natka, pietruszki, szczypiorek. Teraz na grządkach mamy 13 rodzajów warzyw.

Pychota. Ilu jest odbiorców plonów?

– W 2024 zaczynaliśmy pilotaż. Uprawialiśmy je wtedy na areale około 2,5 hektara. To pozwoliło na dostawę do 16 żłobków należących do Wrocławskiego Zespołu Żłobków, w których było łącznie 2 517 dzieci. W 2025 powiększyliśmy obszar upraw do 3,5 ha, dodaliśmy nowe warzywa i przekazywaliśmy je dodatkowo do 10 małych przedszkoli. Łącznie mieliśmy ponad 4 000 odbiorców. W tym roku zamieniliśmy część przedszkoli na większe placówki i dowozimy warzywa do ponad 5 000 osób łącznie. Dodatkowo plony odbiera od nas Miejskie Centrum Usług Socjalnych, które prowadzi 11 domów pomocy społecznej. W pierwszym roku byli odbiorcą awaryjnym, gdy pojawiały się nadwyżki, dziś są już z nami na stałe.

A ja jestem ciekawa, bo zapytają o to lekarze, czy szpitale też będą mogły skorzystać z tych plonów?

– W tym przypadku nie, dlatego że to nie są jednostki, którymi się opiekuje miasto. Nie mamy we Wrocławiu szpitali zarządzanych przez miasto. Nie wykluczamy jednak rozmów o różnych formach rozwoju tego projektu. Kto wie, co przyniesie przyszłość.

Brzmi interesująco! A jak wpadliście na pomysł tej farmy i dlaczego dokładnie powstała?

– To projekt pierwszy w Polsce i wyjątkowy ze względu na kilka rzeczy. Po pierwsze, to jest pierwsza taka współpraca miasta z uczelnią, która dodatkowo angażuje jeszcze NGO-sy i prywatny biznes. A zaczęło się od Urzędu Miasta, Departamentu Strategii Zrównoważonego Rozwoju i Departamentu Spraw Społecznych (odpowiada za żłobki i DPS-y), który jest tą drugą jednostką realizującą projekt z ramienia miasta. Chcieliśmy połączyć szlaki dla większego zrównowoczenia naszego systemu żywnościowego, a jednocześnie zaspokojenia bieżących potrzeb społecznych. Okazało się też, że i Uniwersytet Przyrodniczy jest otwarty na znalezienie nowego zastosowania dla swoich gruntów na Swojczycach.

No właśnie, co na to uniwersytet?

– Uczelnia ma swoje stacje badawczo-dydaktyczne, w nich są realizowane bardzo różne projekty. A stacja na Swojczycach jest jeszcze o tyle wyjątkowa, że to jest łącznie prawie 300 hektarów gruntów, bardzo dobrych pod uprawy. Nie wszystkie są wykorzystywane do dydaktyki czy badań naukowych i dlatego szukali jakiegoś nowego, ciekawego projektu, który też będzie służył uczelni. Podpisaliśmy trójstronne porozumienie o współpracy między Departamentem Spraw Społecznych, Departamentem Strategii Zrównoważonego Rozwoju i uniwersytetem. To jest jakby trzon tego projektu, te trzy główne jednostki. Zaś dla zapewnienia projektowi codziennego funkcjonowania jako miasto, co roku ogłaszamy dwa konkursy dla organizacji pozarządowych.

Na czym polega ten wkład NGO-sów w realizację zadań farmy?

– Pierwszy konkurs jest na dostawę plonów z farmy do odbiorców, ale z wykorzystaniem ekologicznego transportu, samochodu elektrycznego. Od początku projektu zgłasza się do nas Fundacja Mniej Więcej. A drugi konkurs, który ogłaszamy, dotyczy działań edukacyjnych. I te są finansowane przez naszego partnera prywatnego – firmę InPost, która zgodziła się wesprzeć właśnie nasz projekt. Dzięki tej współpracy mamy co roku fundusze na to, żeby realizować różnorodne działania edukacyjne.

Fundacja Mniej Więcej. Zagadkowa nazwa.

– Nie ukrywam, że to jest wyjątkowa organizacja, w której pracują szefowie kuchni i to z takich znanych restauracji, jak na przykład Dinette, albo ma-





jący doświadczenie pracy w restauracjach z gwiazdkami Michelin. Ci ludzie, po wybuchu wojny na Ukrainie, zebrali sprzęt i pojechali na granicę gotować dla uchodźców, kiedy panowała tam najtrudniejsza sytuacja. Potem, na fali tej energii, stworzyli we Wrocławiu Fundację Mniej Więcej, która zajmuje się pozyskiwaniem nadwyżek żywności z rynku (dzięki temu zapobiega marnowaniu żywności) i z nich przygotowuje dania dla potrzebujących.

Czyli kogo?

– Uchodźcy we Wrocławiu zaczęli się usamodzielniać, więc teraz w większości beneficjenci Fundacji to na przykład samotni, schorowani seniorzy, którzy nie mogą już samodzielnie wyjść na zakupy i przygotować pełnowartościowy posiłek. Ci szefowie kuchni gotują naprawdę dobre posiłki, które im dostarczają prosto pod drzwi. Jeżeli my mamy nadwyżki, to Fundacja Mniej Więcej, która przewozi plony do żłobków i do przedszkoli, również odbiera je od nas i gotuje dla seniorów, co jest swoistym domknięciem tego całego projektu.

Czym się różnią te warzywa od państwa, od warzyw, które ja mogę kupić w warzywniaku?

– Podsumuję. Warzywa w farmie są uprawiane z poszanowaniem środowiska naturalnego i maksymalnym wykorzystaniem metod biologicznych. Stosujemy naturalne ściółkowanie. Wykorzystujemy m.in. słomę oraz właśnie ściółkę z wełny owczej, co pomaga ograniczać chwasty i zatrzymywać wodę w glebie. Łańcuch dostaw jest bardzo krótki, np. w poniedziałek zbieramy, w środę dostarczamy na stoły, a odbywa się to transportem elektrycznym. Nie marnujemy nadwyżek.

Wszystko świeże.

– Pani Bogusława Bronowicka, która jest odpowiedzialna za prowadzenie tego projektu po stronie Uniwersytetu Przyrodniczego [obecnie na urlopie zdrowotnym – nie ma możliwości rozmowy – AS], zaproponowała, żebyśmy wykonywali cykliczny, systematyczny wysiew i później wykonywali również systematyczne, mniejsze zbiory. To jest prosta zasada, która powoduje, że mamy na farmie rośliny w bardzo różnej fazie wzrostu i systematycznie zbieramy je na potrzeby zamówień. A nie – że robiony jest jeden duży zbiór, który magazynujemy i potem próbujemy znaleźć dla niego odbiorców.

A czy wie pani, że na terenie Stacji UP na Swojczycach są hodowane zwierzęta, np. owce?

To bardzo ciekawe!

– Jest to rasa owcy olkuskiej, którą trzeba strzyc i dzięki temu mamy np. możliwość korzystania z wełny odpadowej właśnie po strzyżeniu owiec. Taka wełna umieszczona w glebie pomaga zachować jej wilgotność. W tej chwili pani Bogusia testuje jej zastosowanie na 2 sposoby, po to żebyśmy zobaczyli, jak lepiej gospodarować wodą. Gospodarka wodna jest dużym wyzwaniem, zwłaszcza teraz, jak rozmawiamy w jednym z najgorętszych dni, prawda?

A kto na co dzień pracuje w polu, w farmie?

– Są to podopieczni Wrocławskiego Centrum Integracji (jednostki podległej Departamentowi Spraw Społecznych). Prowadzi ono program aktywizacji społeczno-zawodowej dla osób długotrwale bezrobotnych z bardzo różnych przyczyn, które często trafiają do MOPS-u i starają się o zasiłek. Ci ludzie dostają od miasta propozycję uczestniczenia w programie, który ma im docelowo pomóc w powrocie

na rynek pracy. Mają z uczestnictwa konkretne korzyści, m.in. świadczenie w wysokości 120% zasiłku dla bezrobotnych. I niektórzy decydują się z tej oferty skorzystać i dołączają do nas na farmie. Tam pod okiem ekspertów z Uniwersytetu Przyrodniczego zdobywają praktyczne umiejętności w zawodzie ogrodnika.

Kogo tam można spotkać?

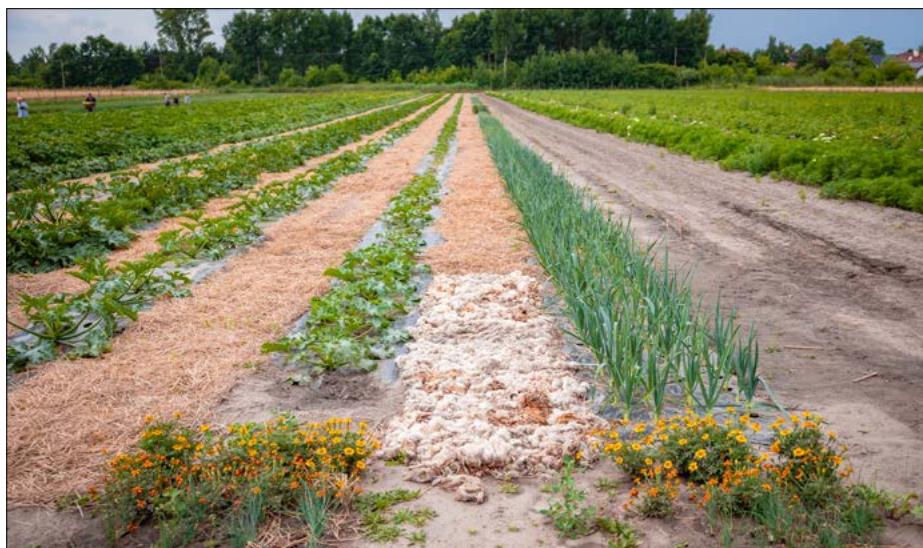
– Zdziwi się pani. W drugim sezonie mieliśmy na przykład muzyka, który przez wiele lat grał w znanym ogólnopolskim zespole. W pewnym momencie życie mu się tak poukładało, że „wypadł z rynku” i losy zaprowadziły go do farmy. Mieliśmy tu nauczyciela kaligrafii z Afganistanu, który nie mógł dalej pracować w swoim kraju, bo władze się zorientowały, że on uczy także dziewczynki i musiał uciekać. Mieliśmy pana z doktoratem... Niejednokrotnie zdarza się, że stereotypowo myślimy o tym, kto potrzebuje pomocy. A to są czasami ludzie władający kilkoma językami, z wyższym wykształceniem.

Wróćmy do upraw. Wiele osób słyszy o miejskiej farmie, a widzi tablicę Mendelegiewa?

– Panuje stereotypowe myślenie o tym, że miasto emituje tyle zanieczyszczeń, że absolutnie nie możemy tutaj zbierać. To nieprawda, możemy, tylko trzeba wiedzieć jak, gdzie i jak to robić mądrze. Dlatego dla nas tak ważne było też, żeby ten projekt uruchamiać właśnie razem z takimi ekspertami jak Uniwersytet Przyrodniczy. To są naukowcy czuwający nad tym, żeby wszystkie normy zostały spełnione, badają grunt, na którym uprawiamy warzywa i dbają o ich najwyższą jakość i bezpieczeństwo upraw.

Trwa edukacja, o której pani wspominała.

– Tak, zabieramy dzieci na farmę, na zajęcia i nagle okazuje się, że nie musimy myśleć o tym, co zaproponować, żeby było ciekawie. Wystarczy pójść na pole i pokazać jak rośnie marchewka, czy razem wykopać ziemniaki. W kolejnym roku mamy nadzieję dołączyć jakieś zajęcia dla młodzieży i dla dorosłych, by mieli umiejętności ogrodnicze nie tylko po to, żeby wiedzieli co kupują w sieciówkach, ale żeby uprawiali warzywa we własnym ogrodzie, bo niektórzy mają rodzinne ogródki działkowe, niektórzy nawet przydomowe. Czasami wystarczy doniczka z pomidorkami na balkonie, tylko po prostu trzeba wiedzieć, jak to robić mądrze. Jeżeli zadbamy o środowisko, to ono będzie mogło zadbać o nas i dawać nam wysokiej jakości plon.



Czy lekarz w Polsce może czuć się bezpiecznie?

Czy jesteśmy zawodem zaufania społecznego, czy wrogiem publicznym???

To pytanie zadają sobie od wielu lat, gdyż od początku mojej pracy zawodowej, bez względu na różne opcje polityczne i rządy sprawowane w naszym kraju, społeczeństwo jest karmione co rusz różnymi mitami naszego zawodu. A to że możemy zabijać naszych pacjentów (1996 r. afera „łowców skór”), że nie chce nam się pracować tylko strajkujemy (Ludwik Dorn „lekarze w kamasze”), że leczymy i przeszczepiamy narządy za łapówki (minister Ziobro „ten lekarz już nikogo więcej nie zabije”) no i obecnie szerzone opinie, że my krwiopijcy, pazerne doktory zarabiamy krocie kosztem biednych pacjentów (dr Kacprzyk ze Szpitala Południowego w Warszawie i inni). Tak się dziwnie składa, że służba zdrowia, a obecnie ochrona zdrowia, od czasów powojennych zawsze była w Polsce niedoceniana i niedofinansowana, i w momencie różnych napięć społecznych traktowana jak chłopiec do bicia. Kiedy w krajach Europy Zachodniej budowano systemy opieki zdrowotnej oparte na ubezpieczeniach, u nas wprowadzono w 1999 roku karykaturalną formę ubezpieczeń i własności podmiotów medycznych. Tylko część społeczeństwa płaci składki zdrowotne, często wielokrotnie, a pozostali nie płacą i korzystają z bezpłatnego leczenia. Taki komunistyczny solidaryzm społeczny – wszystkim wszystko się należy. Tak zadecydowali politycy. Środki przeznaczone na ochronę zdrowia są jedne z najmniejszych w Europie. Zła wycena procedur, wprowadzenie kontraktów aby ominąć europejskie prawo czasu pracy medyków, zniszczenie zespołów lekarskich, różne formy właścicielskie podmiotów medycznych spowodowały kolejny kryzys – olbrzymią dziurę finansową NFZ, zadłużenie szpitali i kolejki pacjentów po zdrowie, a może nawet życie. Nie lekarze a stworzony przez polityków chaos spowodował całkowitą niewydolność systemu i olbrzymie niezadowolone społeczeństwo. Na pierwszej linii frontu są pracownicy medyczni, głównie lekarze i ratownicy medyczni, którzy są postrzegani jako główni winowajcy problemów pacjentów. Rodzi to agresję wobec naszego środowiska, zarówno fizyczną jak i słowną. Ta ostatnia znajduje niesamowity upust w social mediach, podsycany przez różne siły, w tym również polityczne, bowiem przeniesienie odpowiedzialności za systemowe problemy zawsze było wygodne dla rządzących. Lekarze są wyzywani, obrażani, często dochodzi do agresji fizycznej. Jesteśmy odzierani z godności. Samorząd lekarski w 2009 roku powołał funkcję Rzecznika Praw Lekarza – miałam w tym osobisty udział po przeżyciach związanych z ogólnopolskimi aresztowaniami lekarzy transplantologów, kardiochirurgów, neurochirurgów, lekarzy z Wałbrzycha i okolic w tzw. ośmiornicy wałbrzyskiej. Zniszczono wtedy niejedno życie osobiste i zawodowe naszych kolegów. Zadaniem rzeczników było wspieranie lekarzy, stworzenie optymalnego systemu bezpieczeństwa wykonywania zawodu. Prowadziliśmy monitoring zachowań agresywnych, walczyliśmy z dziennikarzami, którzy nas szkalowali, zgłaszaliśmy agresję na policję i do Prokuratury. Wydaliliśmy Kartę Praw Lekarza, czyli zbiór obowiązujących wówczas przepisów prawnych chroniących nasz zawód. Efekty naszego działania były i są różne. Były dla nas nieprzychylnie czasy, gdy Prokuratura umarzała postępowanie,

kwalifikując je jako niską szkodliwość społeczną. Mieliśmy też sukcesy – wyrok Sądu Rejonowego w Świdnicy, który orzekł zakaz zbliżania się do lekarki i wysoką grzywnę dla agresywnego pacjenta, ostateczne uniewinnienie przez sądy powszechne kilku lekarzy, którzy zostali oskarżeni o błąd lekarski, nawiązki finansowe na rzecz fundacji charytatywnych. Były to bardzo trudne sprawy, tym bardziej że były minister sprawiedliwości Zbigniew Ziobro, znany był z nienawiści do lekarzy, powołał w każdym mieście zespoły prokuratorskie, które miały za zadanie szukanie i oskarżanie „przestępców w białych fartuchach”. Zaangażował w ten proces nie tylko Prokuraturę, ale także CBA i CBŚ. Szukano na siłę w nas przestępców. Mało tego – tak zmodyfikowano wówczas kodeks karny, że lekarze jako ten „uprzywilejowany zawód” za błąd ponosi karę bezwzględnego więzienia. Walka samorządu lekarskiego o system no-fault utknęła w miejscu. Udało się co prawda uruchomić system kompensacyjny, ale kwoty zasądzane przez sądy powszechne są wielokrotnie większe od sum gwarantowanych przez ten fundusz. Wydawałoby się, że zabyłło światło w tunelu – zlikwidowano komórki w Prokuraturach poświęcone lekarzom, powołano Parlamentarny Zespół ds. Bezpieczeństwa Medyków (po śmierci zamordowanego w szpitalu w Krakowie lekarza ortopedy). Minister sprawiedliwości także utworzył kilkuosobowy zespół pracujący nad projektem „Bezpieczny Medyk”. Zespół ten monitoruje zjawiska agresji, określa standardy postępowania, zabezpieczenia w miejscu udzielania świadczeń, ma przygotować szkolenia, opracować formy współpracy z organami ścigania, wprowadzić nowe regulacje prawne (np. status funkcjonariusza publicznego). Już zanotowano pozytywne zmiany w 2024 roku – ataki na medyków nie mają już statusu czynów o niskiej szkodliwości społecznej – wszczęto postępowanie wobec około 354 agresorów i 287 wniosków skierowano do sądu (dane profesora Andrzeja Matyi z sesji Bezpieczny Lekarz Kongresu Polonii Medycznej w Wrocławiu).

Jednak brak prawdziwej reformy ochrony zdrowia, nadużycia władzy i jej błędy są nadal wykorzystywane przez przeciwników politycznych, a także mowa nienawiści płynąca z Sejmu, radia, telewizji, internetu zyskuje aprobatę naśladowców w społeczeństwie.

Ujawnienie organizacyjnej patologii i nieuzasadnionych wynagrodzeń nieuczciwych lekarzy spowodowały kolejną lawinę hejtu, agresji na nasze środowisko. Największą krzywdą jest fakt obarczania winą wszystkich lekarzy i lekarzy dentyistów, tych którzy ciężko, uczciwie pracują i zasługują na zaufanie. W szpitalach, na SOR-ach dochodzi do fizycznej napaści na lekarzy, przebijano medykom opony w samochodach, obrażano słownie w przychodniach, na ulicy, w sklepach, także telefonicznie. Ale najtrudniejszy i najboleśniejszy jest hejt w mediach społecznościowych, a także w przekazie tradycyjnych mediów, bo **autorom wydaje się że są bezkarni**. Z miesiąca na miesiąc tych ataków jest coraz więcej. Niestety, nasi koledzy ulegają emocjom i wdają się w dysputy w kontaktach z pacjentami i na forach społecznościowych, co nasila mowę nienawiści, a co gorsza daje przyczynek do pisania na nich skarg do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej o naruszenie dóbr osobistych pacjenta. Według naszego ubezpieczyciela



Autor grafik Aleksandra Herzyk, źródło – internet

TU IINTER oraz naszych prawników **rośnie ilość roszczeń pacjentów z tytułu naruszenia dóbr osobistych**. Stąd apel o powściągliwość w kontaktach z pacjentami, niekomentowanie wpisów, nietłumaczenie się w mediach społecznościowych. Proszę także zawsze mieć świadomość, że pacjenci nagrywają wizyty i rozmowy. Ponadto niewskazane jest nadmierne reklamowanie się w internecie – rezydent który przedstawia się jako wybitny specjalista, z doświadczeniem i genialnymi nowoczesnymi metodami diagnostyki i leczenia, szybko może zostać zweryfikowany przez pacjentów i przez prawników.

Kompetencje medyczne kształtują wiedza, doświadczenie, praktyka lekarska a nie internet!!!

Uczciwy, przestrzegający Kodeksu Etyki lekarz zawsze może liczyć na wsparcie i pomoc naszej korporacji.

Mówimy STOP AGRESJI, walczymy o godność i bezpieczeństwo wykonywania naszego zawodu.

Z każdej strony czyhają na nas zagrożenia: ze strony pacjentów i ich rodzin, ze strony pracodawcy, NFZ, RODO dlatego w Polsce wykonywanie zawodu lekarza bez wsparcia prawnego jest niemożliwe!

Dzięki współpracy naszej Izby z Towarzystwem Ubezpieczeń Inter i Kancelarią Prawną LEGALS SKILLS mamy bardzo zaawansowaną pomoc prawną w każdym zakresie. Już lekarze stażysci i lekarze dentyści mogą korzystać z programu ubezpieczeniowego „**Bezpieczny start**” – jest to dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z asystą prawną – bezpłatne bo finansowane przez naszą Izbę. Ponadto członkowie naszej Izby mają do dyspozycji **program Doraźna Pomoc Prawna**, czyli w sytuacjach nagłych i nie tylko – można uzyskać profesjonalną poradę i wsparcie prawne w bardzo prosty sposób – kontaktując się telefonicznie, mailowo lub osobiście w Biurze DIL (piątki) lub kancelarią LEGALS SKILLS. Bardzo istotną pomocą jest udział adwokata w przesłuchaniach lekarzy w Prokuraturze. Niejednokrotnie uratowało to naszych kolegów przed poważnymi konsekwencjami karnymi. Walczymy z kłamstwami i hejtem w internecie.

Politycy, społeczeństwo ale i wszyscy lekarze muszą zrozumieć, że „**bezpieczny medyk to bezpieczny pacjent**” i bez zaufania społecznego i odbudowania prestiżu naszego zawodu nie jest możliwa odbudowa systemu ochrony zdrowia w Polsce.

❑ **Dorota Radziszewska**
Zespół Rzeczników Praw Lekarza DIL



Fot. Małgorzata Sagan-Nowicka/USK

Superambulans z USK, czyli intensywna terapia w drodze na OIOM

Od sierpnia 2026 jeździ drogami Dolnego Śląska. Ma w wyposażeniu mobilny system ECMO-Cardiohelp, mikropompy sercowe Impella, analizator parametrów krytycznych krwi EPOC, zaawansowany respirator transportowy, defibrylator oraz pompy infuzyjne. Ambulans Shock Team, o którym mowa, zabiera na pokład specjalistów, którzy na co dzień w USK opiekują się pacjentami w najcięższym stanie. To właśnie oni tworzą Shock Team, mobilny zespół, który wdraża zaawansowane procedury ratujące życie, jeszcze zanim chory dotrze do specjalistycznego ośrodka.

Sekunda może uratować, dobrze wykorzystana minuta może dać drugą szansę. I o to chodzi w projekcie Shock Team. Gdy dochodzi do zatrzymania akcji serca, ostrej niewydolności oddechowej, czy wstrząsu krwotocznego, to zanim chory trafi na docelową OIOM w USK, przyjeżdża po niego mobilna sala intensywnej terapii. On już znajduje się w rękach tych specjalistów, do których normalnie musiałby dotrzeć, jadąc przez całe miasto. Zaawansowane działania medyczne mogą być wykonane już na miejscu i podczas transportu do szpitala. To właśnie są te minuty i sekundy, których w innym układzie mogłoby zabraknąć.

OIOM na kółkach – pierwszy taki w Polsce

Ambulans jeździ dopiero od sierpnia 2026 r., ale system Shock Team działa w USK już od 6 lat. To był niezwykle pomysł specjalistów Instytutu Chorób Serca USK. W 2020 roku stworzyli oni „team”, czyli zespół, składający się z kardiologów, kardiochirurgów i anestezjologów. Wspólnie wyjeżdżają do pacjenta we wstrząsie kardiogenym, czy w sytuacji zatrzymania krążenia i tam wspólnie, natychmiast, podejmują decyzję co do postępowania. – Największą wartością tego projektu jest połączenie ludzi, kompetencji i technologii – podkreśla Beata

Freier, dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu – U pacjenta w stanie krytycznym możemy rozpocząć najbardziej zaawansowane leczenie jeszcze przed transportem do naszego szpitala. To może mieć kluczowe znaczenie dla jego bezpieczeństwa i szans na przeżycie. – Shock Team od początku był projektem tworzonym przez naszych specjalistów z myślą o tym, by w najtrudniejszych sytuacjach medycznych decyzje zapadały szybko, a pacjent otrzymywał dostęp do wszystkich potrzebnych kompetencji. To rozwiązanie rozwijamy konsekwentnie od kilku lat. Ambulans jest kolejnym krokiem – pozwala przenieść możliwości naszego szpitala jeszcze bliżej pacjenta – dodaje prof. Wiktor Kulickowski, koordynator zespołu w USK. Ten szpital jest pierwszym ośrodkiem, gdzie powołano do życia Shock Team. Na nim zaczęły się wzorować inne szpitale w Polsce.

Co mogą lekarze w erce?

W ambulansie Shock Team mogą działać naprawdę dużo. Mają do dyspozycji wysokospecjalistyczny sprzęt, m.in. mobilny system ECMO-Cardiohelp, mikropompy sercowe Impella, analizator parametrów krytycznych krwi EPOC, zaawansowany respirator transportowy, defibrylator oraz pompy infuzyjne. W szczególnie ciężkich przypadkach mogą uruchomić mechaniczne wspomaganie krążenia, w tym terapię ECMO i to jeszcze przed rozpoczęciem transportu. W dodatku ambulans Shock Team jest dużo większy niż typowa karetka, spotykana na ulicach miast. – To, co go wyróżnia, to przestrzeń i komfort pracy dla zespołu. Ona pozwala nam sprawnie wykonywać wszystkie czynności – tłumaczy Łukasz Błażniak, koordynator zespołu wczesnego reagowania. Warto wspomnieć też o zainstalowanych w pojeździe bezpiecznych systemach mocowania, które też są bardzo ważne.

Zabezpieczony? Ruszamy!

Ambulans Shock Team na sygnał dociera na Borowską. Tu znowu oszczędza się bezcenny czas i siły organizmu. USK cały czas pozostaje w łączności z zespołem, od akcji ratowniczej w miejscu zdarzenia aż po dostarczenie pacjenta do szpitala. Dlatego teraz ten pacjent nie trafia na Izbę Przyjęć. Omijają go triaż, diagnostyka i procedury biurowe, bo on jest już po przeprowadzeniu niezbędnych procedur, a jego stan został ustabilizowany. Z ambulansu trafia bezpośrednio na docelowy oddział, na przygotowane wcześniej stanowisko. W Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii, na bloku operacyjnym, w klinice kardiologicznej... Zależnie od diagnozy. Jest prościej, szybciej. Jest bezpieczniej.

– To nie jest po prostu szybki transport. To przeniesienie najwyższych kompetencji medycznych specjalistów USK we Wrocławiu dokładnie

tam, gdzie człowiek właśnie walczy o życie. Chcemy, aby pacjent otrzymał specjalistyczną pomoc możliwie najwcześniej, niezależnie od tego, gdzie rozpoczęła się jego walka o życie – podkreśla prof. Waldemar Goździk, kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii USK.

Miasto korzysta i miasto pomaga

Z 2 048 273,22 zł, bo tyle wyniosła łączna wartość inwestycji związanej z uruchomieniem ambulansu Shock Team, prawie 900 000 zł stanowiło dofinansowanie Miasta Wrocławia. Miasto wsparło zakup samochodu wraz z hydraulicznymi noszami bariatrycznymi. Natomiast Uniwersytecki Szpital Kliniczny ze środków własnych zakupił dodatkowo wysokospecjalistyczne wyposażenie ambulansu. Od 2020 roku Miasto Wrocław wsparło zakup już dwóch karet dla USK. – Ten ambulans jest jeszcze większy. To jest praktycznie oddział intensywnej terapii, najbardziej zaawansowany, jaki może być – podsumowuje prof. Goździk. Poprzedni pojazd dotowany przez miasto, jak przypomina profesor, także się bardzo sprawdził. Kupiony tuż przed wybuchem pandemii posłużył USK do transportu kilkunastu osób z ostrą niewydolnością oddechową. – On „zrobił” już prawie 500 000 km i czas na wymianę sprzętu – komentuje prezydent Jacek Sutryk, który ma satysfakcję z nowej inwestycji. W porównaniu z możliwościami starszego pojazdu wyposażenie ambulansu Shock Team reprezentuje już bardzo zaawansowaną technologię mechanicznego wspomagania serca. Będzie służył generalnie do transportu osób ze wstrząsem kardiogenym, które bardzo często wymagają podłączenia zarówno do ECMO, jak i do pompy Impella. Dzięki temu lekarze będą w stanie dostarczyć pacjenta z odległej części województwa, a właściwie praktycznie z każdego miejsca w Polsce! – Zaawansowane urządzenia do mechanicznego wspomagania serca instalują u siebie różne szpitale w naszym województwie. Problem polega na tym, że my w USK wykonujemy bardziej skomplikowane operacje, mamy możliwość przeprowadzania przeszczepów serca – tłumaczy profesor – czyli ten pacjent musi być przekazany do nas. W tak ciężkim stanie bez nowego ambulansu dostarczenie go nie byłoby możliwe. Stąd wielka wdzięczność lekarzy dla prezydenta miasta.

□ Aleksandra Solarewicz





Wycieczka urologiczno-onkologiczno-botaniczna

Jednym z najciekawszych miejsc wypoczynku na Dolnym Śląsku jest na pewno arboretum w Wojsławicach.

Tuż za wejściem napotykamy zakątek, na którym rośnie cis, a u jego podstawy barwinek. Prawie wszyscy przechodzą obojętnie obok tego miejsca, jednak dla nas takie zestawienie (nawet jeżeli w zamyśle było tylko przypadkowe) stanowiło przesłankę do tego, aby się zatrzymać i podziwiać rośliny, które dały początek dwu grupom chemioterapeutyków.

W latach 60. i 70. XX wieku w USA Narodowy Instytut Raka (NCI) wspólnie z Departamentem Rolnictwa (USDA) rozpoczęły poszukiwania materiałów biologicznych, które mogłyby stanowić podstawę do stworzenia nowych leków przeciwnowotworowych. W ramach tej działalności zgromadzono 30 000 próbek, które systematycznie badano. Wśród nich były próbki pochodzące z cisu pacyficznego (*Taxus brevifolia*). Badanie wyciągu z kory cisu wykazało jego cytotoksyczne działanie na komórki. Zidentyfikowano najbardziej aktywny składnik tego wyciągu i nadano mu nazwę paclitaxel. Na modelach zwierzęcych udowodniono jego działanie przeciwnowotworowe. Działa on antymitotycznie, hamując podziały komórkowe w kilku różnych mechanizmach, co jest szczególnie ważne, biorąc pod uwagę „pomysłowość” komórek nowotworowych

w ucieczce przed lekami. W latach 80. rozpoczęto badania kliniczne, w których uzyskano pozytywne rezultaty w leczeniu pacjentek z zaawansowanym rakiem jajnika. Problemem z kontynuacją tych badań było niewielkie stężenie paclitaxelu w korze cisów: cała światowa populacja cisów pacyficznym wystarczałaby za ledwie na kilkanaście pełnych terapii. Wprowadzenie leku do użycia klinicznego było możliwe dopiero po opracowaniu półsyntetycznego sposobu jego otrzymywania z bardziej powszechnego cisu pospolitego.

Paclitaxel i jego „następca” (docetaxel) z powodzeniem znalazły zastosowanie w leczeniu nie tylko raka jajnika, ale także kolejnych nowotworów – raka trzustki i raka stercza. W przerzutowym, opornym na kastrację raku gruczołu krokowego leczenie z ich użyciem stanowiło znaczący przełom i pierwszy znaczący postęp.

W latach 50. XX wieku kanadyjscy naukowcy Robert Noble i Charles Thomas Beer badali potencjalne możliwości wykorzystania w medycynie pokrewny gatunek a mianowicie rosnący na Madagaskarze barwinek różowy (*Vinca rosea*). Asumptem do rozpoczęcia badań nad tą rośliną było jej wykorzystanie w tradycyjnej medycynie chińskiej i ayurwedyjskiej, gdzie podkreślano jej działanie przeciwcukrzycowe. Badania na modelach zwierzęcych (króliki) nie wykazały takich właściwości, natomiast u badanych zwierząt wystąpiła gorączka neutropeniczna. To skierowało badania nad alkaloidami barwinka na inne tory. Okazało się, że zaburzają one tworzenie się wrzeciona mitotycznego. Pierwszym wyizolowanym alkaloidem była vinblastyna, kolejnym vinkrystyna. Znalazły one zastosowanie w leczeniu białaczek, chłoniaków, raka płuc, piersi, jąder, guza Wilmsa. Kolejnymi alkaloidami z tej grupy są uzyski-



Fot. z archiwum MW.

dr n. med. Michał Wróbel

urolog, Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej, Politechnika Wrocławska Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka we Wrocławiu



dr n. med. Ewa Wróbel

elektroterapiolog, Dolnośląska Szkoła Policealna Medyczna we Wrocławiu

wane półsyntetycznie analogi: vindesyna, vinorelbina i vinflunina. Ta ostatnia była stosowana w leczeniu raka urotelialnego. Z wyciągów barwinka wyizolowano wiele alkaloidów różnorodnych grup, w tym stosowaną w zaburzeniach pamięci vinpocetynę oraz johimbina, której przypisuje się działanie poprawiające erekcję. Johimbina jest α_2 -adrenolitykiem pierwotnie wyizolowanym z kory drzewa johimba lekarska rosnącego w krajach śródziemnomorskich. W badaniach kli-



Cis pospolity (*Taxus baccata*)



Barwinek pospolity rośnie w wielu naszych ogródkach

nicznych potwierdzono jej działanie w zaburzeniach erekcji u mężczyzn, ale także u kobiet.

Tak więc sam barwinek mógłby być początkiem kolejnego spaceru: urologiczno-seksuologicznego lub neurologicznego. A w wojsławickim arboretum takich medycznych spacerów można zaplanować kilka, jak chociażby: kardiologiczny (trzeba zacząć wcześniej, od konwalii majowej i kontynuować, podziwiając naparstnicę), a zakończyć rok na ścieżce reumatologicznej, żegnając jesień z zimowitami zawierającymi kolchicynę.

Piśmiennictwo:

<https://www.cancer.gov/research/progress/discovery/taxol#:~:text=National%20Cancer%20>

Institute%20%28NCI%29-fund%20researchers%20unlocked%20the%20Pacific,by%20stopping%20cell%20division%2C%20resulting%20in%20cell%20death.

Divekar G, Bhosale B, Kulkarni P. History of paclitaxel and oral paclitaxel – Clinical data and future. *Indian J Med Paediatr Oncol* 2020;41:260–3.

<http://www.acs.org/content/acs/en/education/whatischemistry/landmarks/camptothecin.html>

Gallego-Jara, J.; Lozano-Terol, G.; Sola-Martínez, R.A.; Cánovas-Díaz, M.; de Diego Puente, T. A Comprehensive Review about Taxol®: History and Future Challenges. *Molecules* 2020, 25, 5986. <https://doi.org/10.3390/molecules25245986> <https://doi.org/10.1016/j.>

bmcl.2018.06.044

Vrabec, R., Drašar, P., Opletal, L. *et al.* Alkaloids from the genus *Vinca* L. (Apocynaceae): a comprehensive biological and structural review. *Phytochem Rev* 24, 3665–3735 (2025). <https://doi.org/10.1007/s11101-025-10102-z>

Tam SW, Worcel M, Wyllie M. Yohimbine: a clinical review. *Pharmacol Ther.* 2001 Sep;91(3):215–43. doi: 10.1016/s0163-7258(01)00156-5. PMID: 11744068.

Meston CM, Worcel M. The effects of yohimbine plus L-arginine glutamate on sexual arousal in postmenopausal women with sexual arousal disorder. *Arch Sex Behav.* 2002 Aug;31(4):323–32. doi: 10.1023/a:1016220225392. PMID: 12187545.

PREMIERA
24.10.2026



„SABAT KOCICH WIEDŹM” - TOM 2 – IWONA SEREJ

Dwa miesiące po dramatycznych wydarzeniach w Akademii Maoil czwórka przyjaciół próbuje odzyskać namiastkę normalności. Spokój okazuje się jednak tylko pozorny. Choć Alec, Nina, Mia i Susannah są przekonani, że przepowiednia już się dopełniła, dopiero teraz zaczynają rozumieć jej prawdziwe znaczenie. A los nie zamierza dać im wytchnienia – na horyzoncie pojawia się kolejne proroctwo.

Z każdym dniem wiedźmy muszą mierzyć się nie tylko z ponurą wizją przyszłości, lecz także z bolesnymi wydarzeniami z przeszłości. Sytuację komplikują budzące się w nich niezwykle moce, które zamiast dawać poczucie bezpieczeństwa, rodzą kolejne pytania, na które nikt nie zna odpowiedzi. Lęk przed tym, do czego naprawdę są zdolni, zaczyna ich przerastać.

W obliczu nadciągającego mroku przyjdzie im nawiązać nowe więzi i zmierzyć się z konsekwencjami wyborów, których nie da się już cofnąć. Czy to wystarczy, by odzyskać przeczucie, kiedy lodowaty oddech Śmierci czują już na własnych plecach?



Zajrzyj na nasze
social media!



www.wydawnictwoexcalibur.pl





Wpływ odżywiania na periimplantitis – znaczenie witamin i wieku pacjenta – część 2

Witaminy, składniki mineralne i białko – wsparcie tkanek wokół implantu

Prawidłowe utrzymanie implantu zależy także od zdolności organizmu do regeneracji nabłonka, syntezy kolagenu, przebudowy kości i wygaszania reakcji zapalnej. Procesy te wymagają odpowiedniej podaży energii, białka, witamin oraz składników mineralnych. Niedobory żywieniowe nie są samodzielną przyczyną periimplantitis, mogą jednak osłabiać tkanki otaczające implant i utrudniać ich gojenie.

Szczególne znaczenie ma to u osób starszych, pacjentów stosujących diety eliminacyjne, osób z chorobami przewodu pokarmowego oraz przyjmujących wiele leków. W tych grupach nawet pozornie urozmaicona dieta nie zawsze zapewnia prawidłowe wchłanianie wszystkich niezbędnych składników.

Witamina C – kolagen, naczynia i odporność

Witamina C jest jednym z najlepiej poznanych składników odżywczych wpływających na stan dziąseł. Uczestniczy w syntezie kolagenu, który stanowi podstawowy element tkanki łącznej otaczającej implant. Jest także ważna dla prawidłowego funkcjonowania naczyń krwionośnych, gojenia ran oraz aktywności komórek układu odpornościowego.

Jej niedobór może prowadzić do osłabienia struktury dziąsła, zwiększonej kruchości naczyń, wolniejszego gojenia i większej skłonności do krwawienia. Przeglądy badań wskazują, że niskie spożycie lub niskie stężenie witaminy C jest związane z gorszym stanem przyzębia. Suplementacja może zmniejszać krwawienie dziąseł u osób z niedoborem lub zapaleniem dziąseł, ale nie wykazała jednoznacznie, aby sama witamina C hamowała zaawansowaną utratę kości albo leczyła periimplantitis [8].

Najlepszym źródłem witaminy C są świeże warzywa i owoce, w szczególności papryka, natka pietruszki, brokuły, kapusta, owoce jagodowe, kiwi i cytrusy. Korzystniejsze jest regularne spożywanie tych produktów niż doraźne przyjmowanie bardzo dużych dawek suplementów.

Warto również pamiętać, że palenie tytoniu zwiększa stres oksydacyjny i zapotrzebowanie organizmu na witaminę C. U palaczy jednocześnie częściej obserwuje się choroby przyzębia oraz gorsze wyniki leczenia implantologicznego. Rezygnacja z palenia ma zatem znacznie większe znaczenie niż samo zwiększenie dawki witaminy.

Witamina D3 i wapń – znaczenie dla kości

Kość otaczająca implant jest strukturą zmienną. Przez całe życie podlega ciągłej przebudowie, w której uczestniczą komórki kościotwórcze i kościogubne. **Witamina D3** reguluje gospodarkę wapniowo-fosforanową, wpływa na mineralizację kości oraz uczestniczy w modulowaniu odpowiedzi immunologicznej.

Niedobór witaminy D3 może pogarszać warunki gojenia kości po wszczepieniu implantu. Badania sugerują związek między niskim stężeniem witaminy D3 a słabszą osteointegracją lub większą częstością wczesnych niepowodzeń implantologicznych. Poza modulowaniem tworzenia kości witamina D ma wpływ bowiem na wrodzoną i adaptacyjną odpowiedź immunologiczną w dziedzinie osteoimmunologii, a zatem może wpływać na wczesne gojenie implantów poprzez: 1. regulację w górę ekspresję genu osteokalcyny, osteopontyny, kalbindyny i 24-hydroksylazy, 2. zwiększenie tworzenia białek macierzy zewnątrzkomórkowej przez osteoblasty, 3. stymulację aktywności osteoklastów. Niedobór witaminy D może więc zakłócać wrażliwą

równowagę między układem odpornościowym a metabolizmem kości podczas gojenia implantu z powodu bezpośredniej lub pośredniej zmiany funkcji osteoklastów.

Jakość dostępnych dowodów pozostaje jednak zróżnicowana, a większość badań dotyczy początkowego wgajania się implantu z kością, a nie bezpośrednio rozwoju późnego periimplantitis związane go z samym niedoborem witaminy D [9].

Warto podkreślić jednak, że dopiero połączenie witaminy D wraz z kofaktorami – K2, witaminą A, C i Mg odpowiadają za aktywną biologicznie postać witaminy D. Witamina D, wykazując działanie pleiotropowe w organizmie może wpływać pośrednio przez wiele szlaków hormonalnych na regulację układu immunologicznego, a przez to na możliwość rozwoju periimplantitis wczesnego lub późnego. Ważna jest także wysokość suplementacji i czas jej stosowania. I tu pojawia się pewna kontrowersja. Instytut Medycyny (IOM) wydaje zalecenia dietetyczne na wniosek rządów USA i Kanady. Jednym z tych zaleceń jest Zalecane Spożycie Dietetyczne (RDA). RDA to spożycie składników odżywczych uważane za wystarczające do pokrycia potrzeb 97,5% zdrowych osób [17].

RDA dla witaminy D wynosi 600 IU dziennie dla osób w wieku od 1 do 70 lat i zakłada się, że osiąga poziom 25-hydroksywitaminy D (25(OH)D) w surowicy wynoszący 50 nmol/l lub więcej u 97,5% zdrowych osób [1]. Stężenie 25(OH)D w surowicy jest ustalonym wskaźnikiem statusu witaminy D, a wykazano, że poziomy 50 nmol/l lub więcej korzystnie wpływają na zdrowie kości i zapobiegają chorobom i urazom [1]. W nowych badaniach, na podstawie regresji liniowej ujawniono, że 600 IU witaminy D dziennie powoduje, że 97,5% osób będzie miało wartości 25(OH)D w surowicy powyżej 26,8 nmol/l,

AUTORZY



Marzena Dominiak

Katedra i Zakład Chirurgii Stomatologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu



Karolina Rybarska

Poradnia dietetyczna „Całkiem Zdrowo”, Kraków, www.calkiemzdrowo.pl



Jacek Matys

Katedra i Zakład Chirurgii Stomatologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu



Wojciech Simka

Katedra Chemii Nieorganicznej, Analitycznej i Elektrochemii, Wydział Chemiczny Politechniki Śląskiej



Tomasz Gedrange

Katedra i Zakład Chirurgii Stomatologicznej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Fot. z archiwum autorów



a nie powyżej 50 nmol/l, co jest obecnie przyjmowane. Oszacowano również, że 8895 IU witaminy D dziennie może być potrzebne, aby 97,5% osób osiągnęło wartości 25(OH)D w surowicy wynoszące 50 nmol/l lub więcej. Ponieważ dawka ta znacznie przekracza zakres badanych dawek, należy zachować ostrożność przy interpretacji tego szacunku. Niezależnie od tego, bardzo wysoki szacunek ilustruje, że dawka znacznie przekracza obecne RDA wynoszące 600 IU dziennie i tolerowane górne spożycie wynoszące 4000 IU dziennie [1].

Nie należy więc twierdzić, że sama suplementacja witaminy D3 zapobiega periimplantitis. U pacjentów z rozpoznaniem niedoboru jej wyrównanie może wspierać metabolizm kości, stan układu immunologicznego i hormonalnego, a przez to ogólny stan zdrowia. Szczególnej uwagi wymagają osoby starsze, pacjenci z osteoporozą, osoby unikające ekspozycji na słońce oraz chorzy z zaburzeniami wchłaniania i w przebiegu leczenia onkologicznego (osteonecrosis kości – martwica polekowa lub popromienna kości) [18–23].

Witamina K2

W naturze istnieją dwie naturalne formy witaminy K: witamina K1 oraz K2. Obydwie odmiany zawierają wspólny pierścień 2-metylo-1,4-naftochinonu, ale różnią się typem i długością izoprenoidowych łańcuchów bocznych przyłączonych do tego pierścienia. Witamina K1, znana również jako fitomenadion lub fitochinon, posiada łańcuch fitylowy składający się z jednej nienasyconej i trzech nasyconych reszt izoprenoidowych. Natomiast witamina K2, zwane menachinonami i oznaczane MK z dodatkowym numerem określającym liczbę reszt izoprenoidowych, zawierają łańcuchy składające się wyłącznie z nienasyconych reszt izoprenoidowych, których liczba waha się od 4 do 10. Witamina K jest wrażliwa na kwaśne i zasadowe pH środowiska, a także na działanie światła.

Wchłanianie witaminy K następuje w jelitach do układu limfatycznego. Aby proces przebiegał prawidłowo niezbędna jest żółć oraz sok trzustkowy. W zależności od formy witaminy, mają one różny stopień wchłaniania w organizmie. Do wchłonięcia witaminy K1 wymaga energii oraz obecności długołańcuchowych, nienasyconych kwasów tłuszczowych, a witamina K2 (menachinon) i K3 są wchłanianie w wyniku dyfuzji.

Spożycie witaminy K wiąże się ze zmianami w gospodarce wapniowej organizmu i może pozytywnie wpływać na zwiększenie ilości wapnia w kościach. Aktywna forma witaminy D3, znana jako 1,25-hydroksycholekalcyferol (kalcytriol), w połączeniu z witaminą K, jest kluczowa dla wytwarzania osteokalcyny w komórkach kostnych zwanych osteoblastami. Osteokalcyna to białko o niskiej masie cząsteczkowej produkowane przez osteoblasty, odontoblasty i chon-

drocyty. Poziom osteokalcyny w krwi jest wskaźnikiem aktywności osteoblastów. Omawiana witamina uczestniczy w mineralizacji kości i regulacji wapnia w organizmie, pełniąc funkcję hormonu tkankowego. Ale co najważniejsze, witamina K jest kluczowa dla procesu krzepnięcia krwi, ponieważ umożliwia karboksylację reszt kwasu glutaminowego w siedmiu białkach uczestniczących w krzepnięciu.

Witamina K szybko wydalana jest z organizmu wraz z moczem lub kałem. Okres półtrwania wynosi tylko 72 godziny.

Niedobór witaminy K2 MK7 może wystąpić u noworodków (brak mikroflory syntezującej witaminę, a mleko matki zawiera niewielkie ilości) oraz osób w podeszłym wieku (problemy z poprawnym funkcjonowaniem przewodu pokarmowego, stosowanie antybiotyków i leków). Niedobór witaminy K wpływa na krzepliwość krwi i gęstość kości, co objawia się skłonnością do krwawień i **wzmocnionym zwapnieniem kości** oraz naczyń krwionośnych.

Wapń jest głównym składnikiem mineralnym kości, ale jego działanie jest ściśle powiązane z witaminą D3. Samo przyjmowanie dużych ilości wapnia bez oceny diety, stężenia witaminy D3 i stanu zdrowia nie zawsze przyniesie wymierne korzyści. Naturalnymi źródłami wapnia są mleko i fermentowane produkty mleczne, ryby spożywane wraz z ośćmi, niektóre warzywa liściowe, migdały oraz produkty wzbogacane.

Decyzja o suplementacji witaminy D3 lub wapnia powinna uwzględniać wyniki badań laboratoryjnych, choroby współistniejące i przyjmowane leki. Jest to szczególnie istotne u pacjentów z chorobami nerek, zaburzeniami gospodarki wapniowej albo kamicą nerkową.

Mikroelementem wspomagającym gospodarkę wapniem, magnezem oraz metabolizm i okresem półtrwania **witaminy D3** w organizmie jest **bor**. Bor występuje w niewielkim stężeniu w kościach, mięśniach i mózgu, i mimo to pełni tam bardzo ważne funkcje.

Wpływa na: metabolizm wapnia i magnezu oraz regulację gospodarki wapniowej, wchłanianie witaminy D i utrzymanie jej stężenia, syntezę hormonów, takich jak testosteron i estrogen, gojenie ran oraz odbudowę tkanek, łagodzenie stanów zapalnych, zwłaszcza w obrębie stawów.

Bor występuje głównie w produktach roślinnych. Najwięcej można go znaleźć w warzywach liściastych, owocach pestkowych, roślinach strączkowych i orzechach.

Magnez i witamina D

Wszystkie enzymy metabolizujące witaminę D wymagają magnezu, który działa jako KOFAKTOR w reakcjach zachodzących w wątrobie i nerkach.

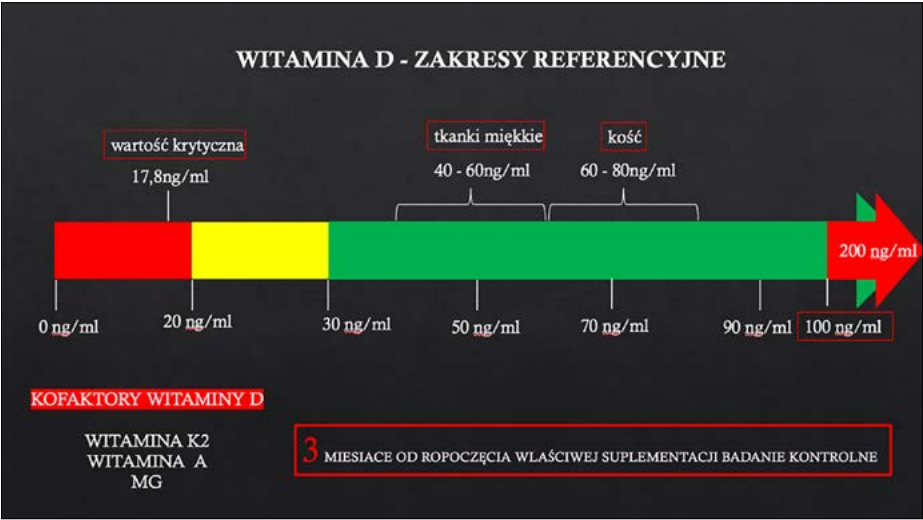
Rola Mg: magnez aktywuje nie tylko witaminę D, ale również ponad 600 enzymów w organizmie, wpływa także na pozakomórkowe poziomy wapnia, a tworząc związki kompleksowe z fosfolipidami, stanowi integralną część struktury błon komórkowych, wewnątrzkomórkowych, mitochondrialnych i siateczkowych. Stabilizuje także rybosomy, lizosomy i mitochondria. Jest niezbędny do utrzymania stabilności funkcji komórek, syntezy RNA i DNA oraz naprawy komórek, jak również zachowania statusu antyoksydacyjnego komórki. Około 40% magnezu w organizmie mieści się wewnątrz komórek, a prawie 60% magnezu występuje w kościach i zębach – jedynie niecały 1% znajduje się w płynach pozakomórkowych, w tym w surowicy krwi. Dlatego też stężenie pierwiastka w surowicy nie odzwierciedla jego realnego poziomu. Może wręcz okazać się, że wynik badania krwi będzie prawidłowy, podczas gdy wewnątrzkomórkowa zawartość pierwiastka jest zdecydowanie zbyt niska, przez co wciąż obserwowane będą objawy charakterystyczne dla jego niedoborów [24].

Witaminy A i E – ochrona nabłonka i działanie antyoksydacyjne

Witamina A uczestniczy w różnicowaniu i odnawianiu komórek nabłonkowych. Jej niedobór może pogarszać stan błon śluzowych i osłabiać ich funkcję ochronną. Nie oznacza to jednak, że dodatkowe przyjmowanie witaminy A poprawi stan tkanek wokół implantu u osoby bez niedoboru. Witamina A może kumulować się w organizmie, dlatego suplementacja wysokimi dawkami powinna być prowadzona wyłącznie po ocenie wskazań klinicznych.

Witamina E jest jednym z elementów układu antyoksydacyjnego chroniącego błony komórkowe przed uszkodzeniem. W badaniach nad chorobami przyzębia analizowano jej stosowanie wraz z witaminą C, selenem i innymi antyoksydantami. Uzyskiwano niekiedy poprawę wybranych parametrów klinicznych, jednak wyniki nie pozwalają obecnie zalecać takich preparatów do rutynowego leczenia periimplantitis.

Bezpieczniejszym źródłem antyoksydantów, jak i witamin rozpuszczalnych w tłuszczach ADEK pozostaje urozmaicona dieta zawierająca warzywa, owoce,



Witamina D – zakresy referencyjne (cyt. z Marzena Dominiak: Profilaktyka zdrowia jamy ustnej W: Edukacja Zdrowotna. Podręcznik dla nauczycieli. Pod red. redakcja naukowa Jolanta Grzebieluch Alicja Basiak-Rasała Barbara Grabowska, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław, 2025

orzechy, nasiona i dobrej jakości oleje roślinne. Na rycinach na str. 22 (z materiału i za zgodą dietetyk Arkadiusz Matras) przedstawiona jest zawartość witamin ADEK na 100 g produktów.

Na kolejnych rycinach przedstawiono zakresy referencyjne witaminy D oraz jej suplementację wraz z kofaktorami. Bardzo ważne, że 3 miesiące od rozpoczęcia właściwej suplementacji zleconej przez lekarza, na podstawie aktualnego poziomu witaminy D w krwi włośniczkowej lub obwodowej, należy wykonać badanie kontrolne. Zależnie od uzyskanych wyników trzeba lub nie kontynuować suplementację aż do uzyskania właściwego, stabilnego poziomu witaminy D (wysycenie w organizmie).

Witamina B12 i kwas foliowy – szczególnie ważne w starszym wieku

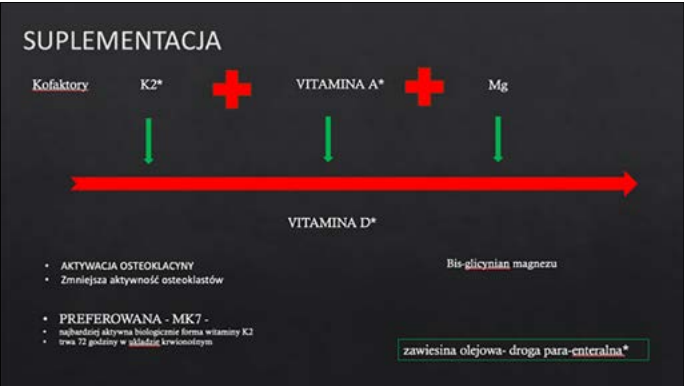
Witaminy z grupy B uczestniczą w działaniu komórkowych, tworzeniu krwi i regeneracji tkanek. Niedobór witaminy B12 może powodować niedokrwistość, osłabienie, pieczenie języka, zmiany w obrębie błony śluzowej jamy ustnej oraz zaburzenia neurologiczne. Z kolei kwas foliowy odgrywa istotną rolę w procesach podziału komórkowego, dlatego jest niezbędny do prawidłowej regeneracji tkanek, w tym komórek nabłonka.

Dane dotyczące bezpośredniego związku niedoboru witaminy B12 z periimplantitis są nadal niewystarczające. Nie należy więc uznawać niedoboru B12 za potwierdzoną przyczynę tej choroby. Badania dotyczące przyzębia wskazują jednak, że niedostateczna podaż witamin z grupy B, szczególnie kwasu foliowego i witaminy B12, może współwystępować z gorszym stanem tkanek przyzębia.

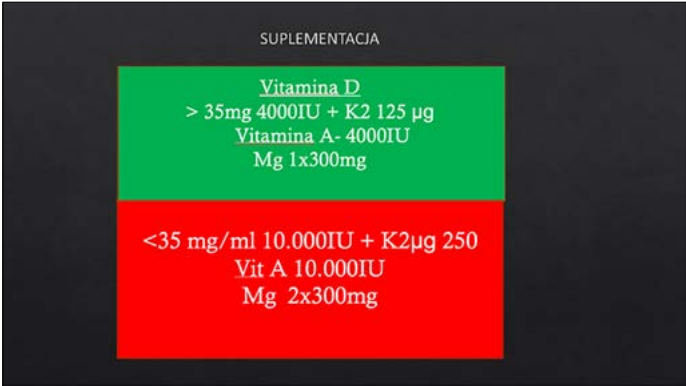
Ryzyko niedoboru B12 wzrasta u osób starszych, pacjentów z chorobami żołądka i jelit, osób po operacjach bariatrycznych oraz długotrwale przyjmujących niektóre leki, między innymi metforminę lub leki zmniejszające wydzielanie kwasu żołądkowego. Dotyczy również wegan, ponieważ naturalnym źródłem B12 są przede wszystkim produkty pochodzenia zwierzęcego. Dlatego u tych osób warto rozważyć okresową ocenę parametrów laboratoryjnych i odpowiednio dobraną suplementację.

Białko – materiał niezbędny do regeneracji

Tkanki miękkie wokół implantu charakteryzują się ciągłą odnową. Białko jest niezbędne do syntezy kolagenu, enzymów, przeciwciał i mediatorów uczestniczących w gojeniu. Jego niedobór może osłabiać odporność, zmniejszać masę mięśniową i spowalniać regenerację ran.



Suplementacja witaminy D z kofaktorami – zasady



Suplementacja witaminy D – dawki zależnie od poziomu w wynikach badań laboratoryjnych



Wpływ sposobu odżywiania, wieku pacjenta na ryzyko i przebieg periimplantitis

W badaniach eksperymentalnych dieta niskobiałkowa pogarszała proces integracji implantów tytanowych z kością. Wyników tych nie można jednak bezpośrednio przenosić na codzienną praktykę kliniczną ani uznać niedoboru białka za samodzielną przyczynę periimplantitis. Wskazują one jednak, że prawidłowy stan odżywienia stanowi ważny warunek gojenia i utrzymania tkanek [10].

Problem niedoboru białka dotyczy przede wszystkim osób niedożywionych, seniorów, pacjentów po rozległych zabiegach, osób z chorobami przewlekłymi oraz pacjentów mających trudności z gryzieniem i połykaniem. Dobrymi źródłami białka są ryby, jaja, produkty mleczne, chude mięso, nasiona roślin strączkowych i produkty sojowe.

Najpierw dieta, później suplementacja

Suplementy nie usuwają biofilmu bakteryjnego i nie zastępują leczenia stomatologicznego. Ich stosowanie jest najbardziej uzasadnione w przypadku potwierdzonego niedoboru, zwiększonego zapotrzebowania albo ograniczonej możliwości dostarczenia danego składnika z diety.

U pacjenta z nawracającym stanem zapalnym, utrudnionym gojeniem lub postępującą utratą kości warto rozważyć ocenę ogólnego stanu zdrowia i sposobu żywienia. W zależności od sytuacji klinicznej lekarz może zlecić między innymi oznaczenie stężenia witaminy D3, morfologię krwi oraz ocenę poziomu witaminy B12, kwasu foliowego, żelaza lub parametrów gospodarki wapniowej i lipidowej.

Suplementacja powinna przede wszystkim służyć wyrównywaniu potwierdzonych niedoborów i nie może zastępować prawidłowo zbilansowanej diety. Podstawą profilaktyki oraz utrzymania zdrowia tkanek otaczających implant pozostaje urozmaicony sposób żywienia, dostarczający odpowiedniej ilości białka, warzyw, owoców, produktów pełnoziarnistych, ryb i fermentowanych produktów mlecznych.

Wiek pacjenta a ryzyko periimplantitis

Implanty zębowe są coraz częściej stosowane u osób starszych, ponieważ poprawiają zdolność żucia, komfort spożywania posiłków i jakość życia. Dobrze zaplanowane leczenie może przynosić bardzo dobre efekty także u pacjentów po 70. czy 80. roku życia. Sam zaawansowany wiek nie jest przeciwwskazaniem do wszczęcia implantu ani jednoznacznie potwierdzonym, niezależnym czynnikiem ryzyka periimplantitis. Większe znaczenie niż liczba lat mają ogólny stan zdrowia, przebyte choroby przyzębia, kontrola chorób metabolicznych, palenie tytoniu, sprawność pacjenta oraz możliwość utrzymania prawidłowej higieny [4]. Najnowsze opracowania podkreślają, że wiek chronologiczny nie powinien być automatycznie utożsamiany z większym ryzykiem niepowodzenia leczenia implantologicznego.

Wiek metrykalny nie jest tym samym, co wiek biologiczny

Dwie osoby w wieku 75 lat mogą bardzo różnić się stanem zdrowia. Jedna pozostaje aktywna, prawidłowo się odżywia, samodzielnie dba o higienę i regularnie

zgłasza się na kontrolę. Druga może cierpieć na kilka chorób przewlekłych, przyjmować liczne leki, mieć ograniczoną sprawność rąk, zaburzenia pamięci i niedożywienie. Dlatego podczas oceny ryzyka periimplantitis należy brać pod uwagę nie tylko datę urodzenia, lecz przede wszystkim wiek biologiczny i stopień samodzielności pacjenta.

U osób starszych częściej występują choroby i zaburzenia, które mogą pośrednio wpływać na tkanki wokół implantów. Należą do nich cukrzyca, osteoporoza, choroby układu krążenia, przewlekłe choroby nerek, niedokrwistość, zaburzenia wchłaniania oraz osłabienie odporności. Znaczenie ma również wcześniejsza choroba przyzębia, której przebieg jest jednym z najlepiej udokumentowanych czynników zwiększających ryzyko periimplantitis.

Starzenie się układu odpornościowego

Starzenie jest zjawiskiem wynikającym z upływu czasu, a jego tempo zależy zarówno od genów, jak i od czynników środowiskowych. Konsekwencją procesu starzenia się jest postępująca utrata integralności tkanek i narządów oraz upośledzenie ich funkcji prowadzące do powstawania chorób przewlekłych. W 1969 roku Walford sformułował „immunologiczną teorię starzenia, która ewaluowała w koncepcję immunosenescencji (całokształt zmian zachodzących w układzie immunologicznym). Nie oznacza ono całkowitej utraty odporności, lecz zmniejszenie zdolności organizmu do szybkiego i precyzyjnego reagowania na drobnoustroje. Jednocześnie u części osób starszych utrzymuje się dodatkowo przewlekły, łagodny stan zapalny, nazywany niekiedy inflammaging. Stąd immunosenescencja i inflammaging to 2 filary dysfunkcji układu odpornościowego związanego ze starzeniem.

W badaniach własnych PERI-EDU konsorcjum, w modelu wieloczynnikowym skorygowanym o wiek, płeć, osteoporozę, nadciśnienie tętnicze i choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca była związana z obecnością FLDIF – ogniskowych zmiany o niskim beleczkowaniu/niskiej gęstości śródtrzonowej (skorygowany iloraz szans 1,647; 95% CI: 1,022–2,686; p = 0,042). Oszacowanie to należy traktować jako hipotezę, ponieważ informacje o chorobach układowych uzyskano retrospektywnie, istotne czynniki zakłócające były niedostępnymi, a analiza wrażliwości wykazała, że wynik nie był w pełni stabilny. FLDIF to opisowy fenotyp CBCT, a nie diagnoza tłuszczowej martwicy kości szczęki z degeneracją, stłuszczenia szpiku kostnego, ogniskowego osteoporotycznego ubytku szpiku kostnego lub innej specyficznej choroby. CBCT uwiarygodnia zmineralizowaną architekturę beleczkową i względne osłabienie, ale nie może bezpośrednio wykazać obecności tłuszczu w szpiku ani potwierdzić martwicy kości.

IMMUNOSENESCENCIA	INFLAMMAGING
Pogorszenie funkcji narządów związanych z układem odpornościowym (grasicy, śledziony, skóry)	Przewlekły stan zapalny
Upośledzenie funkcji barier fizycznych i śluzówkowych	Akumulacja starzejących się komórek SASP (ang. senescence-associated secretory phenotype)
Obniżona aktywność komórek macierzystych (HSC)	Zaburzenia metabolizmu, dysfunkcja mitochondriów
Obniżenie wrodzonej i nabytej odpowiedzi immunologicznej	Dysbioza jelit, brak równowagi mikrobiologicznej



Niemniej jednak należy stwierdzić, że stan zapalny w przebiegu ww. chorób, potwierdzonych przez zmiany widoczne na obrazowaniu rtg, dodatkowo starzejącym się szpiku kostnym upośledza funkcjonowanie HSC. Starzenie się HSC prowadzi do zmian w liczebności i funkcjonowaniu tych komórek.

Cechami starzenia się komórek układu odpornościowego są: osłabienie zdolności do pełnienia funkcji immunologicznych, utrata zdolności funkcjonalnych oraz zwiększone uwalnianie czynników prozapalnych

W takich warunkach odpowiedź na biofilm bakteryjny może być mniej skuteczna, a proces wygaszania zapalenia – wolniejszy. Tkanki mogą również potrzebować więcej czasu na regenerację po zabiegu lub profesjonalnym oczyszczaniu. Nie oznacza to jednak, że periimplantitis jest nieuniknioną konsekwencją starzenia. U prawidłowo leczonego i regularnie kontrolowanego seniora implanty mogą pozostawać stabilne przez wiele lat.

Dostępne dane wskazują, że większa częstość chorób przyzębia i tkanek wokół implantów obserwowana w starszych grupach wiekowych może wynikać nie tylko ze zmian odporności, lecz także z dłuższego czasu ekspozycji na biofilm, większej liczby chorób przewlekłych oraz pogarszającej się możliwości samodzielnej higieny [4].

Implant również ma swój „wiek”

Oceniając znaczenie wieku, należy odróżnić wiek pacjenta od czasu funkcjonowania implantu. Implant obecny w jamie ustnej przez 15 lub 20 lat był znacznie dłużej narażony na działanie biofilmu i powtarzające się epizody zapalne niż implant wszczepiony rok wcześniej.

Dlatego częstsze występowanie periimplantitis u osób starszych może częściowo wynikać z dłuższego użytkowania uzupełnienia protetycznego i możliwych konsekwencji z występowaniem korozji metalu.

Żaden metal ani stop metali nie jest bowiem całkowicie bezczynny in vivo, a ponieważ implant metaliczny styka się z tkankami i płynami ustrojowymi, jony/cząstki generowane w wyniku:

1. procesów elektrochemicznych (korozja) mogą zostać uwolnione do środowiska biologicznego,
2. jony/cząstki mogą być również uwalniane w wyniku zużycia lub tarcia (trybologia).

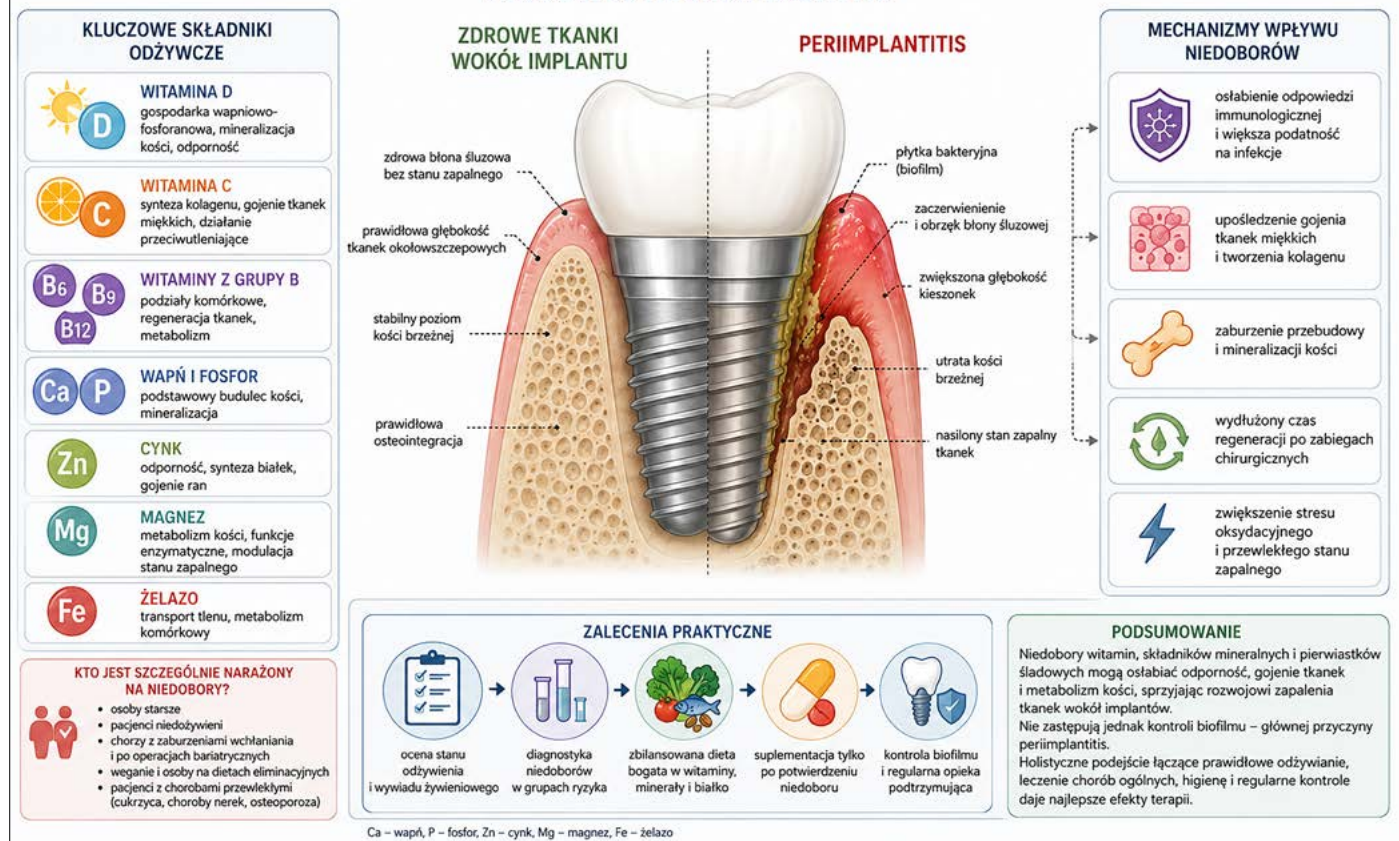
Gdy procesy korozji występują w połączeniu z procesami tribologicznymi, wynikowy efekt jest znany jako TRIBOKOROZJA, a gdy tribokorozja zachodzi w układzie biologicznym, nazywa się ją BIOTRIBOKOROZJĄ.

W przebiegu leczenia implantologicznego spotykamy się najczęściej z 3 typami korozji: 1. galwaniczną, 2. ze zużycia – w wyniku mikroruchów pomię-

dzy stykającymi się powierzchniami na połączeniach w implancie oraz 3. wżerową – na powierzchni implantu występującą w kontakcie ze środowiskiem i działaniem np. fluoru czy też środków wybielających. Należy podkreślić, że obecność cząstek korozji i produktów zużycia w tkance otaczającej implant może ostatecznie spowodować kaskadę zdarzeń prowadzących do utraty kości okołowszczepowej. Obniżone pH w środowisku elektrolitycznym w wyniku lokalnych procesów zapalnych wydaje się stymulować korozję. Kontrowersyjne pozostaje, czy proces zapalny związany ze spadkiem pH, generuje korozję, czy korozja powoduje reakcję zapalną.

Ponadto nadwrażliwość lub nietolerancja tytanu jako materiału implantologicznego w chirurgii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej prawdopodobnie występuje częściej niż odnotowano to w piśmiennictwie. Taka reakcja na tytan może odpowiadać za niewyjaśnione, kolejne przypadki niepowodzeń implantów stomatologicznych u niektórych pacjentów. Dlatego na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu rozpoczęto prospektywne badanie kliniczne o charakterze eksploracyjnym, w konsorcjum międzynarodowym PERI-EDU, które łączy badanie kliniczne, ocenę utraty tkanki kostnej opartą na CBCT, sparowane pobieranie próbek krwi i analizę SEM/EDX usuniętych implantów, aby zbadać, w jaki sposób ciężkie zapalenie

NIEDOBORY WITAMIN, SKŁADNIKÓW MINERALNYCH I PIERWIASTKÓW ŚLADOWYCH A ROZWÓJ PERIIMPLANTITIS



Zestawienie czynników odżywczych- witamin, składników mineralnych i pierwiastków śladowych wpływających na rozwój periimplantitis

tkanek okołowszczepowych może łączyć miejscowe zniszczenie tkanek z ogólnoustrojowym stanem zapalnym i zmianami powierzchni związanymi z korozją (www.Peri-edu.pl).

Z czasem mogą pojawić się również trudności w oczyszczaniu korony, mostu lub protezy opartej na implantach. Zmiany położenia dziąsła, zużycie elementów protetycznych i odsłonięcie fragmentów implantu mogą tworzyć miejsca sprzyjające nagromadzeniu płytki bakteryjnej, a to jest właśnie jeden z powodów występowania korozji implantu.

Nie bez znaczenia jest możliwość dokładnego oczyszczenia konstrukcji protetycznej. Nawet estetyczne i trwałe uzupełnienie może zwiększać ryzyko stanu zapalnego, jeżeli pacjent nie jest w stanie dotrzeć szczoteczką lub odpowiednimi akcesoriami do powierzchni znajdujących się pod mostem albo protezą.

Sprawność rąk, wzrok i pamięć

Jednym z najważniejszych problemów wieku podeszłego jest pogorszenie zdolności do samodzielnego oczyszczania jamy ustnej. Choroba zwyrodnieniowa stawów, drżenie rąk, przebyte udary, choroba Parkinsona lub osłabienie mięśni mogą utrudniać precyzyjne posługiwanie się szczoteczką, nitką czy szczoteczkami międzyzębowymi. Gorszy wzrok ogranicza możliwość zauważenia osadu i krwawienia, natomiast zaburzenia pamięci mogą prowadzić do pomijania codziennych zabiegów higienicznych.

W takiej sytuacji rozwiązaniem nie jest jedynie częstsze przypominanie pacjentowi o szczotkowaniu. Konieczne może być dostosowanie metody higieny do jego rzeczywistych możliwości. Pomocne bywają szczoteczki elektryczne z grubszym uchwytem, irygatory, odpowiednio dobrane szczoteczki międzyzębowe oraz instruktaż przeprowadzony wspólnie z opiekunem.

U pacjentów częściowo lub całkowicie zależnych od opieki innych osób higiena implantów powinna zostać włączona do codziennych czynności pielęgnacyjnych. Utrata samodzielności jest jednym z momentów, w których stan jamy ustnej może pogorszyć się bardzo szybko, mimo że przez wcześniejsze lata implanty funkcjonowały prawidłowo [4].

Suchość jamy ustnej i przyjmowane leki

Osoby starsze częściej przyjmują kilka lub kilkanaście leków jednocześnie. Wiele z nich może zmniejszać wydzielanie śliny. Dotyczy to między innymi niektórych leków przeciwdepresyjnych, uspokajających, przeciwhistaminowych, moczopędnych i stosowanych w leczeniu nadciśnienia.

Ślina nawilża błonę śluzową, ułatwia oczyszczanie jamy ustnej i zawiera składniki uczestniczące w ochronie przed drobnoustrojami. Jej niedobór może powodować pieczenie, trudności w żuciu i połykaniu, nieprzyjemny za-

pach z ust oraz zwiększone odkładanie osadu. Suchość sama w sobie nie jest wystarczającą przyczyną periimplantitis, może jednak utrudniać utrzymanie prawidłowych warunków w jamie ustnej.

Pacjent zgłaszający przewlekłą suchość powinien poinformować o niej lekarza stomatologa. Nie należy samodzielnie odstawiać leków, ale można rozważyć zmianę pory ich stosowania, korektę terapii przez lekarza prowadzącego, używanie preparatów nawilżających oraz częstsze popijanie wody. Słodzone napoje i cukierki stosowane w celu pobudzenia wydzielania śliny mogą przynosić więcej szkody niż korzyści.

Wiek, niedożywienie i niedobory witamin

W starszym wieku zwiększa się ryzyko niedożywienia. Przyczynami mogą być mniejszy apetyt, samotność, ograniczenia finansowe, choroby przewlekłe, problemy z gryzieniem, zaburzenia smaku, depresja oraz trudności w przygotowywaniu posiłków. Pacjent może spożywać wystarczającą liczbę kalorii, a jednocześnie otrzymywać zbyt mało białka, witamin i składników mineralnych.

Szczególnej uwagi wymagają witamina D₃, witamina B₁₂, witamina C, wapń oraz białko. Niedobór witaminy D₃ jest częsty u seniorów ze względu na ograniczoną ekspozycję na światło słoneczne i mniejszą zdolność skóry do jej syntezy. Z kolei wchłanianie witaminy B₁₂ może pogarszać się wraz z wiekiem oraz pod wpływem niektórych leków.

Niedostateczna ilość białka sprzyja utracie masy mięśniowej, czyli sarkopenii, i może ograniczać zdolność regeneracji tkanek. Słabsze mięśnie oraz pogorszenie sprawności dodatkowo utrudniają przygotowywanie posiłków i utrzymywanie higieny jamy ustnej. W ten sposób powstaje błędne koło łączące niedożywienie, osłabienie i pogarszający się stan jamy ustnej.

Nie oznacza to, że każdy starszy pacjent z implantem powinien przyjmować zestaw suplementów. Korzystniejsze jest rozpoznanie rzeczywistego problemu, ocena diety i – w razie wskazań – wykonanie badań laboratoryjnych. Suplementacja witaminy D₃ z kofaktorami, B₁₂, wapnia lub żelaza powinna być dostosowana do stanu zdrowia, ponieważ nadmiar niektórych składników również może być szkodliwy.

Cukrzyca i kontrola glikemii

Cukrzyca występuje częściej w starszych grupach wiekowych i może zwiększać podatność na zakażenia oraz zaburzać gojenie. W Polsce choruje na nią ponad 3 miliony osób i liczba ta systematycznie rośnie. Szczególne znaczenie ma jednak nie samo rozpoznanie choroby, lecz stopień jej kontrolowania. Przewlekła hiperglikemia sprzyja powstawaniu produktów zaawansowanej glikacji, nasila stres oksydacyjny i może prowadzić do nadmiernej reakcji zapalnej (patrz wyżej).

Dobrze kontrolowana cukrzyca nie jest kluczem skutecznego leczenia implantologicznego. Pacjent powinien jednak pozostawać pod opieką lekarza diabetologa, regularnie kontrolować glikemię oraz unikać diety bogatej w cukry proste i wysoko przetworzone węglowodany. W działaniach zapobiegających periimplantitis uwzględnia się nie tylko higienę jamy ustnej, ale również kontrolę metaboliczną pacjenta.

Regularna opieka ważniejsza niż metryka

Największym zagrożeniem dla starszego pacjenta nie musi być jego wiek, lecz utrata ciągłości opieki. Zmiana miejsca zamieszkania, pobyt w szpitalu, przeprowadzka do domu opieki lub pogorszenie sprawności mogą spowodować przerwanie regularnych wizyt kontrolnych. Tymczasem brak opieki podtrzymującej i niedostateczna higiena należą do istotnych czynników związanych z chorobami tkanek wokół implantów.

Częstotliwość kontroli powinna być dobierana indywidualnie. Pacjent z wcześniejszą chorobą przyzębia, cukrzycą, ograniczoną sprawnością albo trudną do oczyszczenia konstrukcją protetyczną może wymagać wizyt częściej niż osoba o niskim ryzyku. Podczas kontroli należy oceniać nie tylko ruchomość implantu, lecz także krwawienie, głębokość kieszeni, obecność ropnej wydzieliny, poziom kości oraz możliwość skutecznego oczyszczania uzupełnienia.

Wiek nie powinien więc być traktowany jako wyrok dla implantu. Powinien natomiast skłaniać do bardziej indywidualnego podejścia uwzględniającego stan ogólny, odżywienie, przyjmowane leki, samodzielność i wsparcie ze strony opiekunów. O powodzeniu leczenia częściej decydują regularna profilaktyka i szybka reakcja na pierwsze objawy zapalenia niż sama liczba lat pacjenta.

Informacje



Niniejszy materiał powstał w ramach projektu „Integrating Peri-Implantitis Research into Higher Education Curriculum” (PERI-EDU), współfinansowanego przez Unię Europejską na podstawie umowy o dofinansowanie nr 2024-1-PL01-KA220-HED-000251208.

Zastrzeżenie (disclaimer)

Dofinansowane ze środków UE. Wyrażone poglądy i opinie są jedynie opiniami autora lub autorów i niekoniecznie odzwierciedlają poglądy i opinie Unii Europejskiej lub Narodowej Agencji programu ERASMUS+ (NA). Unia Europejska ani NA nie ponoszą za nie odpowiedzialności.

Śledź moduły szkoleniowe na: PERI-EDU Module 1 – Peri-implantitis: From biofilm to bone loss <https://peri-edu.umw.edu.pl/2026/07/19/peri-edu-module-1-peri-implantitis-from-biofilm-to-bone-loss/>



21 listopada 2026



Komisja Kształcenia i Komisja Stomatologiczna
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
oraz Polskie Towarzystwo Stomatologiczne Oddział Wrocław

zapraszają lekarzy i lekarzy dentystów

na Warsztaty

Między Nami Lekarzami „Bieguny stomatologii”

w ramach

XIV Dolnośląskich Jesiennych Dni Stomatologicznych

które odbędą się 21 listopada 2026 r. w godz. 9.00-16.30
w Sali Konferencyjnej DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu.



Program Warsztatów

9.00-9.10	Powitanie	12.15-13.30	„Nowoczesna stomatologia w codziennej praktyce” lek. dent. Mateusz Klich
9.10-9.40	Wykład „Ciekawostki o Wrocławiu”	13.30-14.15	Poczęstunek
9.40-10.50	„Bezpieczne leczenie stomatologiczne pacjentów z chorobami naczyń. Algorytmy postępowania, farmakoterapia, antybiotykoterapia” dr n. med. Dorota Łyko-Morawska	14.15-15.00	„Co zrobiłbym inaczej? 10 lekcji z 20 lat pracy w implantologii i protetyce” lek. dent. Marcin Lubczyński
10.50-11.15	Przerwa kawowa	15.00-16.30	„Znieczulenie ogólne w stomatologii: od kwalifikacji pacjenta do postępowania w stanach nagłych” dr n. med. Jan Kiryk i lek. Łukasz Zygmunt
11.15-12.15	„Periimplantitis – etiologia i najnowsze doniesienie kliniczne” dr hab. Jacek Matys	16.30	Zakończenie Warsztatów

Uczestnikowi warsztatów przysługuje 6 punktów edukacyjnych. Udział w warsztatach jest dobrowolny i bezpłatny.
Warsztaty mają charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi.

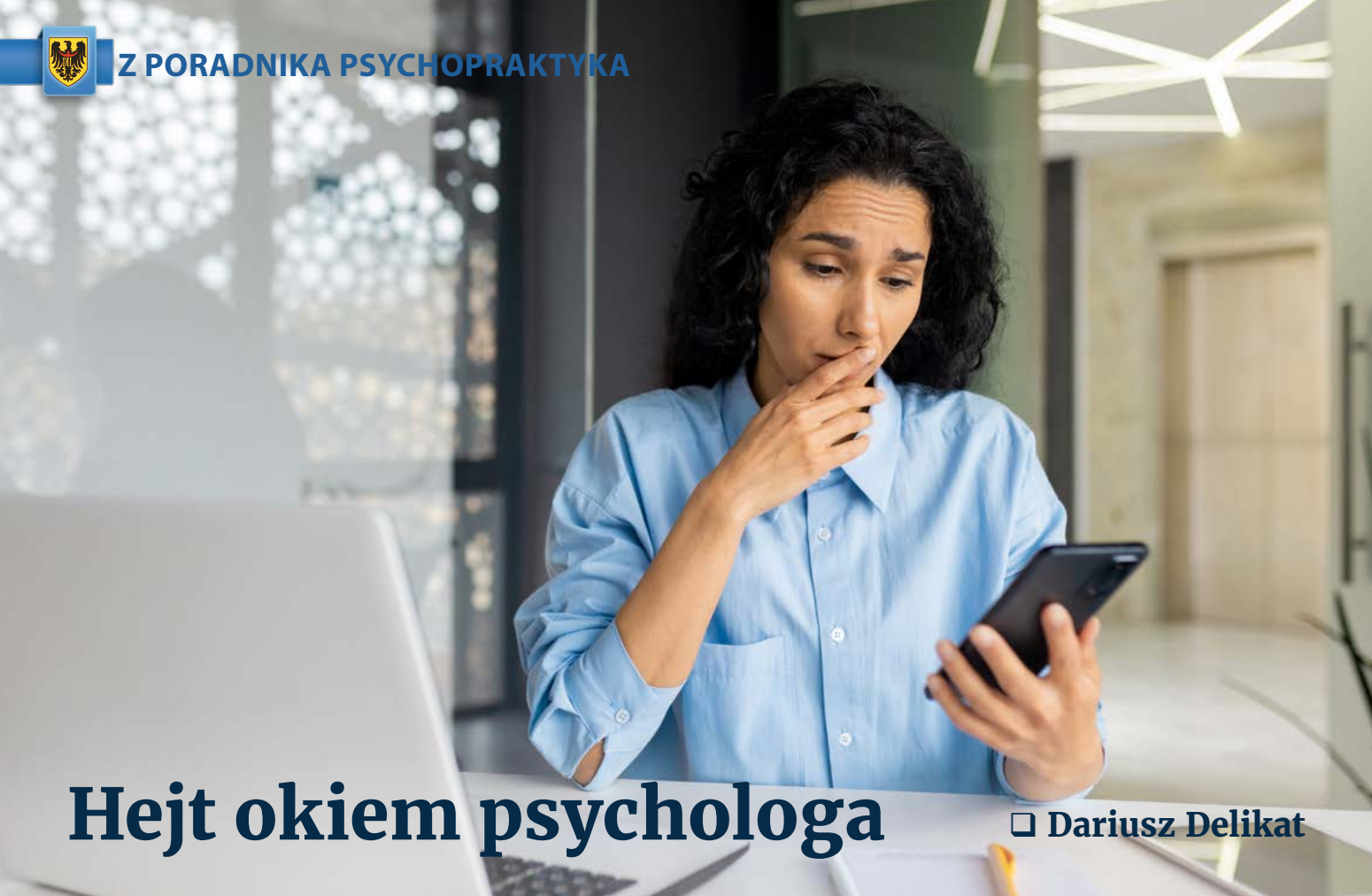
UWAGA! NOWA FORMUŁA ZAPISÓW NA SZKOLENIA

Zapisy prowadzone są poprzez stronę internetową dilnet.wroc.pl/kalendarium.

W przypadku problemów z zapisem prosimy o kontakt z działem informatycznym 71/798 80 84 lub 71/798 80 85.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa prosimy niezwłocznie o tym fakcie poinformować na adres: komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl

jesiennedni@dilnet.wroc.pl



Hejt okiem psychologa

□ Dariusz Delikat

Źródło grafiki stock.adobe.com

Dwudziesty pierwszy wiek zdominowany przez internet, media społecznościowe, powszechny dostęp do informacji i wiedzy często nazywany jest erą cyfrową, erą informacji lub (zwłaszcza obecnie) erą sztucznej inteligencji. Opisujący zjawiska społeczne socjologowie, a także psycholodzy i terapeuci dodają chętnie jeszcze jedno określenie: XXI wiek to era hejtu.

Czym jest hejt?

Według Słownika Języka Polskiego PWN hejt to obraźliwy lub agresywny komentarz zamieszczony w internecie. Na stronach fundacji ks. Jana Kaczkowskiego znajdziemy rozwinięcie tego określenia.

Hejt to potoczne określenie agresywnych, często obraźliwych i nienawistnych wypowiedzi, które mają na celu zranić, ośmieszyć lub zniszczyć drugą osobę. W przeciwieństwie do krytyki, hejt nie zawiera wartościowych uwag ani nie prowadzi do poprawy sytuacji. Jest formą ataku – emocjonalnego, werbalnego lub symbolicznego. Pojęcie to odnosi się zarówno do działań w świecie wirtualnym, jak i rzeczywistym. Hejt może przybierać formę komentarzy w internecie, memów, wpisów na forach, ale również zachowań w pracy, szkole czy nawet w rodzinie.

Dlaczego ludzie hejtują?

Odpowiedź nie jest prosta, ponieważ waż przyczyn może być wiele. Część z nich (tzw. czynniki wewnętrzne) to związane bezpośrednio z osobą hejtera jego cechy, postawy, przeżywane emocje i mechanizmy ich redukcji, doświadczenia, nawyki. Drugą grupą

są uwarunkowania zewnętrzne, wśród których najważniejszy jest sam internet z jego cechami i możliwościami. Przyglądnijmy się tym pierwszym. Ludzie hejtują, rozładowując przykre emocje. Jedną z najważniejszych jest frustracja. To właściwie stan emocjonalny, konglomerat przykrych emocji (złość, gniew, lęk...) związany ze świadomością niemożności realizacji założonego celu. Jest szczególnie duża, jeśli cel jest ważny i był w zasięgu ręki, a jeszcze większa, gdy w naszym przekonaniu nie zasłużyliśmy na to lub ktoś się do tego specjalnie przyczynił. Hejterskie zachowanie może być przejawem swoistego mechanizmu obronnego i występować jako projekcja lub przemieszczenie. Przypomnijmy, że projekcja to przypisywanie drugiej stronie swoich negatywnych emocji, intencji, zamierzeń np. zazdrość komuś powodzenia – myślę jaki on jest zawistny. Natomiast przemieszczenie ma miejsce, gdy swoje negatywne emocje wylewam na Bogu ducha winną osobę tylko dlatego, że taka nadarzyła się okazja. W przypadku młodych ludzi powodem hejterskich zachowań jest często chęć uzyskania aprobaty gru-



□ Dariusz Delikat

lekarz laryngolog i psycholog, trener komunikacji i coach. Absolwent wrocławskiej Akademii Medycznej oraz Uniwersytetu SWPS. Czynnie wykonuje pracę lekarza i psychologa. Autor wielu programów szkoleniowych oraz artykułów popularnonaukowych, dotyczących szeroko rozumianych umiejętności psychologicznych. Od kilku lat prowadzi szkolenia dla lekarzy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Stały współpracownik „Medium”.

py rówieśniczej. Hejt może być także używany instrumentalnie jako narzędzie zdobywania rozgłosu, wpływu, pieniędzy. W niektórych przypadkach nienawistne wypowiedzi i zachowania mają swe źródło w zaburzeniach osobowościowych lub związane są z chorobami psychicznymi.

Wśród czynników zewnętrznych prym wiedzie sam internet. Środowisko sprzyjające rozproszeniu odpowiedzialności oraz deindywidualizacji, czyli anonimowości zachęca wręcz do hejterskich zachowań. A jeśli dodamy do tego cyniczne zachowania administratorów różnych platform



cyfrowych, którzy nie śpieszą się z usuwaniem nienawistnych treści, ponieważ zło jest wyraziste, zwiększa oglądalność lub zasięg, warunki dla rozkwitu hejtu są optymalne.

Inne ważne uwarunkowania zewnętrzne to szeroko rozumiany współczesny świat – zmiany klimatu, konflikty społeczne, migracje, epidemie są przyczyną lęku i niepewności. Poczucie zagrożenia sprzyja powstawaniu uprzedzeń, które są negatywnymi postawami wobec grup postrzeganych jako inne, obce. Mamy do ich powstawania naturalną skłonność, ponieważ spontanicznie dokonujemy kategoryzacji na grupy własne i obce. Ważne w ich powstawaniu są stereotypy, które utrwalają przekazywane przez media wiadomości. Uprzedzenia są niebezpieczne – mogą prowadzić do nienawiści, dyskryminacji i agresji wobec innych.

Skutki hejtu

Hejt nie jest zjawiskiem obojętnym dla osoby, której dotyczy. Koszty emocjonalne będą różne, bo różne mamy osobowości, inną odporność psychiczną, poczucie wartości, inne doświadczenia i możliwości.

Ludzie doświadczający hejtu w rozmowach z psychologami i terapeutami mówią o doświadczanym dyskomforcie, frustracji, poczuciu bezsilności i przygnębienia. Jeśli działania przemocowe się powtarzają u ofiary pojawiają się zespoły lękowe, zaburzenia depresyjne, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, bóle psychogenne, zaburzenia hipochondryczne, bezsenność, poczucie ciągłego napięcia mięśniowego i cały szereg znanych nam dolegliwości związanych z doświadczaniem przewlekłego stresu.

Jak postępować wobec hejtu?

Zacznijmy od profilaktyki. Jeśli chcesz ograniczyć możliwość wystą-

pienia hejtu nie dawaj możliwości zamieszczania komentarzy pod swoimi publikacjami czy filmami w internecie oraz ogranicz dostęp do swojego profilu nieznanym osobom.

A gdy hejt miał już miejsce.

Po pierwsze, nie daj się ponieść emocjom (jak sobie z nimi radzić pisałem już wielokrotnie) np. zastanów się co czujesz i nazwij to, podziel się swoimi rozterkami z bliską osobą, odłóż w czasie decyzję o ewentualnej odpowiedzi.

Po drugie, ustal czy i jak będziesz odpowiadał na wrogie wobec ciebie określenia.

Czy reagować? Jak zwykle odpowiedź psychologa brzmi: to zależy. Moje zdanie na ten temat jest następujące: reaguj tylko wtedy, gdy nienawistna informacja jest ewidentnym kłamstwem i zagraża w sposób istotny twoim interesom. Jeśli jest to tylko i aż krzywdząca obraźliwa opinia nie podejmuj walki. Hejter tylko czeka na twoją reakcję (najbardziej na taką, która swą formą będzie przypominała jego wypowiedź, jeśli tak zrobisz przygotuj się na „pyskówkę” – ona zawsze będzie dla ciebie bardziej krzywdząca).

Po trzecie. Jeśli zamierzasz podejmować kroki prawne przygotuj dowody np. zrzut ekranu, nagranie itp.

Po czwarte. Gdy będziesz chciał/a jednak się odnieść do dotykającego cię hejterskiego komentarza spróbuj posłużyć się poniższym schematem komunikacyjnym.

1. Opis sytuacji – opisz nie oceniaj (mów o faktach):

W komentarzu zamieszczonym... użył pan obraźliwego określenia wobec mojej rodziny...

Przedstawił pan nieprawdziwe informacje... itp.

2. Uzasadnienie – odwołaj się do zasad:

Łamie pan prawo. Łamiesz zasady obowiązujące w serwisie...

3. Oczekiwanie

Nie podoba mi się, że to robisz! Proszę o usunięcie komentarza...

4. Konsekwencje

Jeśli będzie pan robił to w dalszym ciągu to powiadomię o tym...

Podsumowanie:

Hejt jest formą ataku, którego celem jest wyrządzenie szkody drugiej osobie.

Jego powodem mogą być czynniki wewnętrzne np. frustracja wynikająca z braku możliwości realizowania własnych celów, czy chęć odwetu. U części osób – także psychopatyczny rys osobowościowy. Niebagatelne znaczenie ma przyzwolenie na przemoc, przemocowe wzorce, anonimowość i poczucie bezkarności w internecie. Jeśli doświadczasz hejtu, ktoś obraża cię, grozi, zawstydza, prędkiej czy później poniesiesz tego emocjonalne koszty. Dlatego walcz o siebie. Pamiętaj, że formą walki jest także brak jej podjęcia. Stawiaj granice, rozwijaj swoją asertywność, wzmacniaj poczucie wartości. A gdy to nie wystarczy, nie wahaj się sięgać po pomoc prawną lub terapeutyczną.

Piśmiennictwo:

1. Ekman P., Davidson, R.J., (red.). *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2012.
2. <https://fundajakaczkowskiego.org/czym-jest-hejt-i-jak-go-rozpoznać/>
3. <https://sjp.pwn.pl/slowniki/hejt.html>

REKRUTACJA SEZON 2025/2026



Szanowni Państwo!

Przypominamy, że trwa rekrutacja do Orkiestry Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Serdecznie zapraszamy wszystkich medyków grających na instrumentach orkiestrowych do rozwijania swojego talentu w naszym zespole.

Kontakt: orkiestra.dil@gmail.com
lub na nr telefonu: +48 660 218 638

Z wyrazami szacunku,

Julia Sobczyńska
prezes Orkiestry Dolnośląskiej Izby Lekarskiej



Warto skorzystać z doradztwa podatkowego – bezpłatnie dla członków DIL

W codziennej praktyce lekarskiej kwestie podatkowe często schodzą na dalszy plan, a przecież odpowiednio dobrane rozwiązania mogą znacząco wpłynąć na bezpieczeństwo finansowe i komfort pracy. Dlatego Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu oferuje swoim członkom bezpłatny dostęp do profesjonalnego doradztwa podatkowego.

Z konsultacji mogą skorzystać zarówno lekarze i lekarze dentyści prowadzący własną działalność, jak i ci wykonujący zawód w ramach umowy o pra-

cę lub umowy cywilnoprawnej. Usługa dostępna jest w ramach składki członkowskiej – nie wiąże się z dodatkowymi opłatami.

Wsparcie zapewnia firma APTM Doradcy Podatkowi s.c. specjalizująca się we współpracy z przedstawicielami zawodów medycznych. Zespół tworzą doradcy podatkowi, eksperci prawni oraz specjaliści w zakresie finansów i podatków. Jeśli chcecie państwo skorzystać z porady, czy wyjaśnić problem podatkowy związany z wykonywaniem zawodu lekarza

lub lekarza dentystry, prosimy o **kontakt mailowy: podatki@dilnet.wroc.pl**.

Ustalone zostaną szczegóły i termin konsultacji. Stacjonarnie przyjmujemy w poniedziałki od godz. 11.00 do 14.00 w siedzibie DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 **lub online w dogodnym terminie i czasie (telefon lub platforma Zoom)**.

Oferta skierowana jest do lekarzy i lekarzy dentystry, a także firm i podmiotów leczniczych o różnej osobowości prawnej.

BEZPŁATNE DORADZTWO PODATKOWE

dla lekarzy i lekarzy dentystry | członków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

- wybór formy opodatkowania
- konsultacje w sprawach ZUS
- rozliczenia kosztów, leasingu
- bieżące wsparcie podatkowe
- przygotowanie do zmian w przepisach
- doradztwo w zakresie VAT

indywidualne konsultacje po wcześniejszym umówieniu | Online lub w siedzibie DIL | Kontakt: podatki@dilnet.wroc.pl



DO PROKURATURY WYŁĄCZNIE Z ADWOKATEM

Szczegóły dotyczące korzystania z asysty adwokata dostępne pod:

tel. kom.: 507 006 847, e-mail: Anna.Knotz@interpolska.pl, dil@dilnet.wroc.pl



DOŚWIADCZYŁEŚ HEJTU?

POMOC PRAWNA FINANSOWANA PRZEZ
DOLNOŚLĄSKĄ IZBĘ LEKARSKĄ

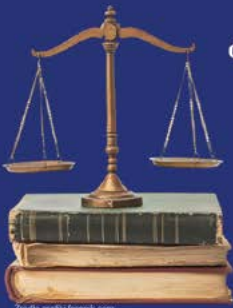
KONTAKT Z ADWOKATEM:
tel. (71) 722 42 85
od poniedziałku do piątku w godzinach od 9 do 15
e-mail: office@legalskills.eu



inter
UBEZPIECZENIA



LEGAL SKILLS
BASIŃSKI MORAWSKI KUĆA SKOWRON
ADWOKACKA SPÓŁKA PARTNERSKA



Doraźna pomoc prawna

dla lekarzy i lekarzy dentystry w ramach ubezpieczenia Inter
finansowana przez Dolnośląską Izbę Lekarską

Zakres pomocy:
prawo administracyjne z wyłączeniem prawa podatkowego,
prawo cywilne, prawo pracy, prawo karne, prawo rodzinne.

Każdy piątek w godz. 12.00-15.00, siedziba DIL (II piętro)
Tel. DIL: 71 798 80 50
Tel. infolinia: 22 333 75 75 lub przez formularz internetowy
na stronie legalskills.pl/strefalekarza.pl



inter
UBEZPIECZENIA



LEGALSKILLS
ADWOKACJO - RADCOWSKA SPÓŁKA PARTNERSKA
Basilewski | Dubowski | Skowron | Wujkowski



DOLNOŚLĄSKA
IZBA LEKARSKA

LEKARZU ZASZCZEP SIĘ!

CHRONISZ SIEBIE –
CHRONISZ SWOICH PACJENTÓW

Dofinansowanie do szczepień
dla lekarzy i lekarzy dentystów:



GRYPA



Tdap (błonica, tężec, krztusiec)



PÓŁPASIEC



HPV



RSV



WZW typ. A



PNEUMOKOKI



KZM (kleszczowe zapalenie mózgu)



Zadbaj o swoje zdrowie,
aby móc dalej
pomagać innym

BEZPIECZEŃSTWO

Szczepienia to skuteczna
ochrona przed chorobami

ODPOWIEDZIALNOŚĆ

Chronisz siebie, zespół
i swoich pacjentów

DOSTĘPNOŚĆ

Skorzystaj z dofinansowania
i zaszczep się

Zadzwoń i zapytaj:



71 798 80 71



szczepienia@dilnet.wroc.pl

Szczegóły i wniosek o dofinansowanie:



www.dilnet.wroc.pl



Dofinansowanie dla lekarzy i lekarzy dentystów zrzeszonych w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej



KLUB LEKARZA DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ
i DR KAZIMIERZ PICHLAK

zapraszają na koncert
poetycko-muzyczny

*Podaruj mi
swoj czas*

DR KAZIMIERZ PICHLAK
i JACEK SZRENIAWA BAND

Jacek Szreniawa | śpiew, gitary

Tomasz Pruchnicki | saksofony

Łukasz Perek | fortepian

Jakub Olejnik | kontrabas

Mateusz Maniak | perkusja

dr Julia Radkiewicz | śpiew
(gościnnie)

15 listopada 2026 | godz. 18:00

Sala DIL Wrocław, ul. Matejki 6 **!!!**

WSTĘP WOLNY





NABÓR LEKARZY DO GRUPY BALINTA

GRUPA BALINTA

Uczestnictwo w zajęciach grupy Balinta to forma zapobiegania wypaleniu zawodowemu lekarzy i lekarzy dentystów, trening nawiązywania skutecznej relacji z pacjentem

ZAJĘCIA ODBYWAJĄ SIĘ STACJONARNIE i ONLINE

- online na platformie Zoom w trzeci czwartek miesiąca w godz. 17.30–20.30 w terminach: 1 października, 19 listopada, 17 grudnia 2026 r.

Prowadzący – dr n. med. Marek Kobus, specjalista psychiatra, certyfikowany psychoterapeuta, certyfikowany lider grup Balinta, superwizor aplikant Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP)

- stacjonarnie (raz w miesiącu) – w piątek w terminach: 23 października, 13 listopada, 11 grudnia 2026 r.

- grupa I w godz. 14.30–16.00,
- grupa II w godz. 16.15–17.15.



Fot. freepik.com

Prowadząca – mgr Antonina Mamet, certyfikowana psychoterapeutka, lider grupy Balinta, Sekcja Naukowa PTP

ZAPISY

e-mail: dil@dilnet.wroc.pl z dopiskiem w temacie: grupa Balinta/

formularz na stronie DIL, zakładka Aktualności

Liczba miejsc ograniczona, liczy się kolejność zgłoszeń

Dodatkowe informacje na stronie www.dilnet.wroc.pl

Komunikat Koła Lekarzy Seniorów we Wrocławiu

Zarząd Koła serdecznie zaprasza tych z Państwa, którzy jeszcze nie są naszymi członkami, do przyłączenia się do nas. Zrzeszamy kolegów z Wrocławia i okolic. Nasze comiesięczne spotkania, które odbywają się w każdy ostatni piątek miesiąca w siedzibie DIL przy al. Matejki 6, wzbogacone są zawsze ciekawym wykładem na interesujący nas temat i wieńczone koleżeńskimi rozmowami przy skromnym poczęstunku. Organizujemy również ciekawe wycieczki, zależnie od propozycji i możliwości. A więc – *Carpe diem!* Chwytaj dzień. Nie marnuj chwili!

Kontakt z nami:

Dom Lekarza, ul. Kazimierza Wielkiego 45
Renata Czajka, tel. 71/798 80 66

Krzysztof Wronecki
przewodniczący Koła Lekarzy Seniorów DIL

Klub Podróżnika DIL zaprasza na comiesięczne spotkania

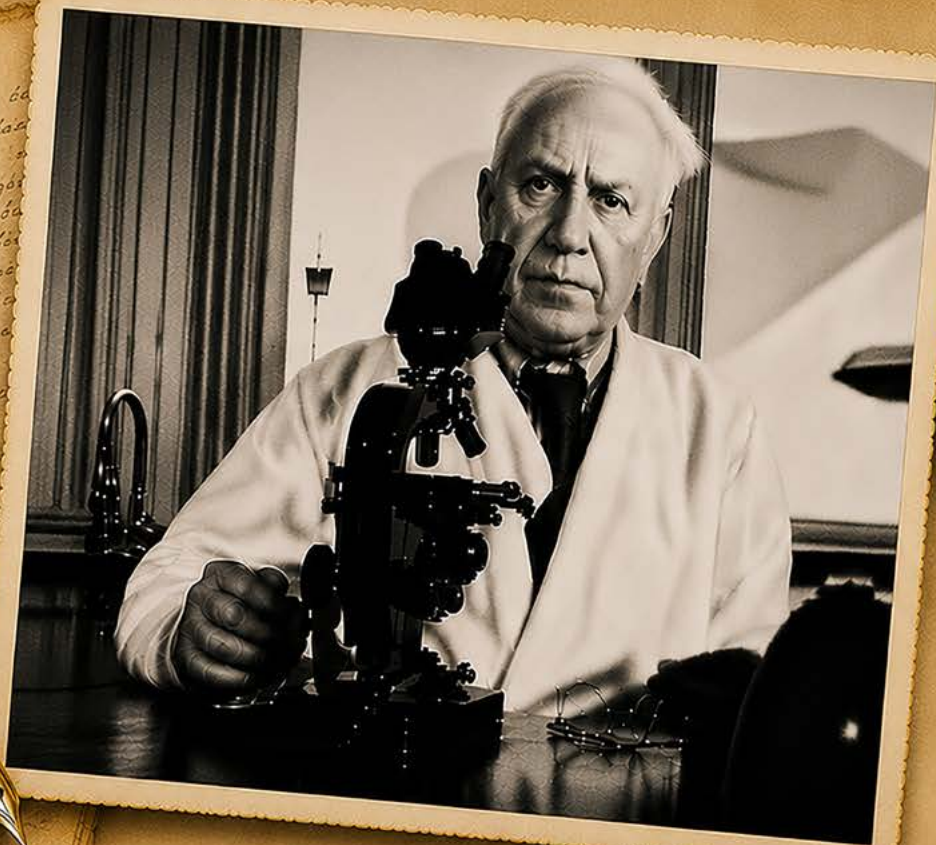
Serdecznie zapraszamy na regularne comiesięczne spotkania Klubu Podróżnika Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w siedzibie DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 (Sala Konferencyjna, I piętro) o godz. 18.00. Podczas tych spotkań zanurzamy się w podróżnicze opowieści z różnych krańców świata – poniżej terminy następnych spotkań:

28.10.2026, 25.11.2026

Pozdrawiam serdecznie
Marcin Madziarski



Grafika: Piotr Wawryka



“ Znów czyn wypełnia mój czas i moją duszę.
Ale kiedyś może zechcę spojrzeć wstecz
i opisać gmach, którego współbudowanie
stało się moim przeznaczeniem. ”

Ludwik Hirszfeld

Zaproszenie

VII Ogólnopolska Konferencja Naukowa
Lekarz jako autor i bohater literacki

MEDYCyna I PAMIĘĆ KULTUROWA

MEDIA PAMIĘCI – TEKSTY KULTURY – TOŻSAMOŚĆ

18 – 19 LISTOPADA 2026

Wrocław, al. Matejki 6
Dolnośląska Izba Lekarska



Uniwersytet
Wrocławski



UCZELNIA
BADAWCZA

arOus
European University Alliance



Kontakt: edward.bialek@uwr.edu.pl



Czasopismo „Lemiesz” zaprasza do współpracy

Medycyna uważana jest za dziedzinę stale rozwijającą się, dziedzinę, w której każde rewolucyjne odkrycie coraz grubszą kreską oddziela przeszłość od teraźniejszości.

Można by pomyśleć, że ten ciągły ruch naprzód umożliwił całkowite porzucenie narzędzi i metod uznawanych za przestarzałe.

Przyglądając się nieco bliżej codzienności szpitali, gabinetów i uczelnianych sal, odkrywamy jednak, że relikty dawnych lat nadal „mają się dobrze” – żyją w języku, hierarchiach i procedurach, które utraciły rację bytu.

Jako redakcja czasopisma „Lemiesz”, tj. czasopisma Studenckiego Koła Naukowego Humanistyki Medycznej działającego przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu, mamy przyjemność ogłosić nabór tekstów do kolejnego numeru, który poświęcony będzie anachronizmom w medycynie. Nasze propozycje:

1. Habilitacja jako zależność feudalna
2. Misce fiat pasta: o użyteczności makaronizmów



3. Larwy i pijawki: rehabilitacja zarzuconych praktyk

4. Zamknięty obieg: jak przestarzała wiedza kliniczna przenika do świadomości społecznej i wraca z niej do świata medycyny

5. Na co komu felczer?

Zapraszamy do nadsyłania prac podejmujących ten temat w dowolnej, swobodnie interpretowanej formie.

Gotowe teksty prosimy przysyłać w formacie .docx na adres e-mail skn.humed@gmail.com do 01.11.2026 r. W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości zapraszamy do kontaktu z nami również za pośrednictwem wspomnianego maila.

Do zobaczenia na łamach „Lemiesza”!

□ Redakcja

II edycja Sympozjum „Nowoczesne technologie w pediatrii”

Zespół ds. AI i Innowacji Technologicznych w Ochronie Zdrowia przy Dolnośląskiej Radzie Lekarskiej serdecznie zaprasza na II edycję Sympozjum „Nowoczesne technologie w pediatrii” – wydarzenie poświęcone praktycznemu wykorzystaniu nowych technologii, innowacji i narzędzi cyfrowych we współczesnej opiece nad dzieckiem.

W PROGRAMIE:

1. Praktyczne wdrażanie nowych technologii w pediatrii

Ekspersi przedstawią możliwości sztucznej inteligencji oraz jej zastosowania w praktyce klinicznej. Szczególna uwaga zostanie poświęcona ograniczeniom modeli AI, zjawisku halucynacji oraz wyzwaniom wynikającym ze specyfiki danych pediatrycznych.

2. Druk 3D i wirtualna rzeczywistość

Omówione zostaną medyczne zastosowania druku 3D oraz wirtualnej rzeczywistości (VR).

3. Nowoczesne technologie w dydaktyce medycznej

Wykorzystanie nowoczesnych technologii w dydaktyce medycznej zostanie przedstawione na przykładzie innowacyjnej aplikacji edukacyjnej do nauki wstępnej oceny pacjenta pediatrycznego, wdrażanej na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu.

4. Strefa demo i wymiana doświadczeń

Strefa demo będzie okazją do bezpośredniego zapoznania się z prezentowanymi rozwiązaniami i sprawdzenia ich praktycznego zastosowania. Spotkanie będzie również przestrzenią do nawiązywania kontaktów i wymiany doświadczeń klinicznych.

Już wkrótce opublikujemy szczegółowy program wydarzenia oraz infor-

mację o liczbie punktów edukacyjnych przysługujących uczestnikom.

Sympozjum skierowane jest wyłącznie do lekarzy i studentów kierunku lekarskiego. Udział w nim jest **bezpłatny**, a warunkiem uczestnictwa jest wcześniejsza rejestracja za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej wydarzenia <https://dilnet.wroc.pl/nowoczesne-technologie-w-pediatrii/>. Zachęcamy do rejestracji już dziś – liczba miejsc jest ograniczona.

Serdecznie zapraszamy do regularnego odwiedzania na bieżąco aktualizowanej strony wydarzenia!

Komitety organizacyjny:

dr n. med. Jowita Halupczok-Żyła, lek.
Kamila Ospa, lek. Adam Łęcki



28 listopada 2026 r., godz. 9.00–15.00

**Dolnośląska Izba Lekarska,
ul. Kazimierza Wielkiego 45, Wrocław**



DIL
Dolnośląska
Izba Lekarska



DIL MED PADEL WROCŁAW 2026

I MISTRZOSTWA POLSKI
LEKARZY W PADLU (TURNIEJ MEXIKANO)



21.11.2026
9:00 – 16:00



WROCŁAW
Klub Padel PL
[Żmigrodzka 242D]



ZAPRASZAMY WSZYSTKICH
LEKARZY ORAZ STUDENTÓW
KIERUNKÓW LEKARSKICH



ROZGRYWKI
PRZY MUZYCE



CATERING
I STREFA RELAKSU



NAGRODY
DLA ZWYCIĘZCZÓW



SPORTOWA
INTEGRACJA



Małgorzata Fitrzyk
695 768 243



Uczestnicy Kongresu Polonii Medycznej. Pierwsza z prawej – Ewa Elenberg, M.D., M.Ed. (USA)



Od lewej: Paulina Mazurkiewicz, Katarzyna Borucka, Barbara Bruzewicz-Mikłaszewska, Urszula Kanaffa-Kilijańska, Dorota Radziszewska, Alicja Marczyk-Felba, poniżej Barbara Dziadkowiec-Macek i Piotr Macek

Fot. z archiwum DR

XIII Kongres Polonii Medycznej we Wrocławiu



W dniach 10-12.09.2026 roku w naszym mieście odbyło się spotkanie lekarzy i przedstawicieli zawodów medycznych, którzy po studiach lub uzyskaniu specjalizacji wybrali pracę na emigracji. Do stolicy Dolnego Śląska przyjechało ponad 1000 medyków różnych specjalizacji z całego świata. Spotkanie pokazało, że współpraca ponad granicami jest możliwa i buduje silną wspólnotę Polonii Medycznej. Tematem przewodnim tegorocznego spotkania były „Innowacje medyczne a dobro Pacjenta”. Organizacji tego wyjątkowego wydarzenia podjęła się Federacja Polonijnych Organizacji Medycznych kierowana przez dr Kornelię Król ze Stanów Zjednoczonych.

W dzień poprzedzający obrady naukowe odbyło się uroczyste spotkanie inauguracyjne w Auli Leopoldyńskiej Uniwersytetu Wrocławskiego. W imieniu rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu gości kongresu powitała prof. Agnieszka Hałoń, prorektor ds. rozwoju kadry akademickiej. Niezwykle interesujący wykład okolicznościowy pt. 225 lat medycyny Uniwersyteckiej we Wrocławiu wygłosiła prof. Marzena Dominiak, prorektor ds. umiędzynarodowienia UMW.

Uroczystości inauguracyjne miały także wymiar duchowy, podczas mszy św. w archikatedrze wrocławskiej, której przewodniczył abp Józef Kupny arcybiskup wrocławski, a wśród

celebransów był bp Robert Chrzęszcz, biskup pomocniczy krakowski, delegat Konferencji Episkopatu Polski ds. Duszpasterstwa Emigracji Polskiej. W okolicznościowej homilii metropolita wrocławski pytał: *Kim jest człowiek, któremu służymy? Czym jest zdrowie? Czym jest cierpienie, gdzie przebiega granica ludzkich możliwości? I wreszcie co pozostaje, kiedy medycyna zrobi już wszystko? Nawet wtedy pozostaje jeszcze coś ogromnie ważnego. Można być przy człowieku. I może właśnie tutaj znajduje się jedno z najpiękniejszych miejsc spotkania medycyny z Ewangelią – konkludował arcybiskup.*

Oficjalna ceremonia otwarcia kongresu odbyła się w Operze Wrocławskiej. Podczas uroczystości minister Agnieszka Jędrzak odczytała list Prezydenta RP Karola Nawrockiego skierowany do uczestników kongresu. Cieszę się, że do grona miast, które w ciągu 35 lat gościły przedstawicieli Państwa społeczności, w tym roku dołączy Wrocław – jeden z najważniejszych ośrodków medycznych w Polsce. Spotykają się Państwo w miejscu, które od pokoleń przyciąga ludzi nauki i sprzyja rozwojowi medycyny. To właśnie na tutejszym uniwersytecie pracował Alois Alzheimer, którego dorobek stał się punktem wyjścia jednego z paneli tegorocznego kongresu. Po II wojnie światowej prowadził tu swoje badania naukowe prof. Ludwik Hirszfeld – wybitny immunolog i twórca seroantropologii. Również we Wrocławiu za sprawą prof. Wiktora Brossa powstała słynna szkoła chirurgiczna, której dokonania po dziś dzień inspirują kolejne pokolenia chirurgów do poszukiwań innowacyjnych



Gala otwarcia w Operze Wrocławskiej

rozwiązań w tej dziedzinie medycyny – pisał prezydent. Wśród osób, które nadesłały listy gratulacyjne do prezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych dr Kornelii Król ze Stanów Zjednoczonych byli: Małgorzata Kidawa-Błońska – marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, Hubert J. Cioromski – prezes Kongresu Polonii Amerykańskiej, Marek Skulimowski – prezes The Kościuszko Foundation American Center of Polish Culture, Jacek Sutryk – prezydent Wrocławia, bp Robert Chrzęszcz – delegat Konferencji Episkopatu Polski ds. Duszpasterstwa Emigracji Polskiej.

Podczas uroczystości za ofiarną pracę na rzecz Polonii medycznej statuetkami Federacji zostali uhonorowani: prof. Antonina Distrąńska, prof. Marek Krawczyk, dr Bożena Laskiewicz, dr Józef Mazurek, prof. Grzegorz Opala, prof. Maria Siemionow i prof. Henryk Skarżyński. Szklane statuetki, przedstawiające „Drzewo Polonii Medycznej” inspirowane obrazem Rafała Olbińskiego, trafiły do naukowców, młodych lekarzy i przyjaciół Federacji.

Do Federacji podczas kongresu oficjalnie dołączyły organizacje: L'Associazione dei Medici e Psicologi Polacchi z Włoch oraz The Polish-American Medical Society ze Stanów Zjednoczonych.

Wieczór, który poprowadzili Patrycja Piekutowska i Krzysztof Ibisz, zakończył koncert moniuszkowski w wykonaniu solistów i orkiestry Opery Wrocławskiej pod batutą Rafała Kaczmarczyka.

Obrady naukowe, które rozpoczęły się w czwartkowy poranek 10.09.2026 r. odbywały się w reprezentacyjnym centrum kongresowym przy wrocławskiej Hali Stulecia. Podczas 37 tematycznych sesji naukowych eksperci w swoich dziedzinach wygłosili ponad 130 wykładów. 4 panele dyskusyjne

obejmowały tematy: medycyny przyszłości, hierarchii w medycynie jako fundamentu bezpieczeństwa lub bariery w rozwoju, bezpieczeństwa zawodowego lekarza w XXI wieku i budowania odporności systemu ochrony zdrowia.

Na szczególną uwagę zasługuje panel pt. *Powroty lekarzy – mit czy rzeczywistość* z udziałem przedstawicieli m.in. Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, Ministerstwa Zdrowia i Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej. W panelu ośrodek wrocławski reprezentował prof. Piotr Ponikowski – rektor UMW. 20 sesję kongresu pt. *Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu* poprowadzili prof. Julita Kubacka i dr Wojciech Szlasa, a referentami byli: lek. Julita Maj, mgr Karolina Tądel, lek. Justyna Pilch, dr Tomasz Urbaniak, dr Dawid Przystupski i dr Wojciech Szlasa.

Podczas innych sesji i paneli wrocławski ośrodek naukowy aktywnie reprezentowali: dr Anna Apel, dr Jan Bajtek (UMW), prof. Sławomir Budrewicz (UMW), prof. Marzena Dominiak (UMW), mgr Magdalena Filcek (AWL), prof. Aleksandra Klimczak (IIIiTD), dr Dariusz Lewera (OPiDH DIL), prof. Adam Maciejczyk (DCOPiH), prof. Piotr Ponikowski (UMW), prof. Joanna Rymaszewska (PW), mgr Jakub Sojka (UMW), prof. Marek Zawadzki (WSS), prof. Robert Zymliński (UMW).

Dużą aktywność podczas wrocławskiej edycji kongresu wykazali młodzi lekarze tworzący Komitet Naukowy Młodych Lekarzy składający się z medyków pracujących w Polsce, Wielkiej Brytanii, na Litwie i w Stanach Zjednoczonych. Reprezentują różne specjalności lekarskie i doświadczenie zawodowe, ale jak mówią o sobie, łączą ich przekonanie, że przyszłość Polonii Medycznej wymaga świadomej współpracy kolejnych pokoleń. Łączą siły ponad granicami dla lepszego dostępu do wiedzy, stałej wymiany doświadczeń, cennych kontaktów, aby przede

wszystkim kontynuować dzieło zapoczątkowane przez swoich nauczycieli, mistrzów, mentorów. Praca w różnych systemach opieki zdrowotnej, różnych modelach kształcenia, a także innej organizacji pracy daje szansę na ich poznanie i wybranie tych najlepszych, a potem implementowanie w swoich ośrodkach. Do ich najważniejszych zadań należy organizacja kongresów, konferencji i różnych wydarzeń naukowych. Organizują sesje naukowe debaty, podczas których wymieniają się doświadczeniami na tematy zawodowe, organizacyjne, ale także naukowe dotyczące możliwości pozyskiwania atrakcyjnych grantów. Nie zapominają o integracji, która w ich ocenie służy budowaniu relacji i wieloletnich przyjaźni. Wieczór integracyjny Młodych Medyków odbył się w Starym Klasztorze.

Organizatorzy kongresu nie zapomnieli także o spotkaniach integracyjnych i artystycznych, podczas których uczestnicy mieli okazję nie tylko poznać historię naszego miasta, ale uczestniczyć w ciekawych wydarzeniach kulturalnych. Po inauguracji otwarcia w Operze Wrocławskiej, o której była mowa już wcześniej, goście mogli uczestniczyć w spotkaniu integracyjnym na terenie Centrum Kongresowego wchodzącego w skład kompleksu Hali Stulecia.

W kolejnym dniu organizatorzy dali uczestnikom wybór: Galę w Opactwie Cystersów w Lubiążu połączoną ze zwiedzaniem obiektu, uroczystą kolacją i koncertem oraz dwa wydarzenia muzyczne we Wrocławiu, a mianowicie koncert Herr Jesu Giovanini Antonini w Narodowym Forum Muzyki oraz spektakl GenOM w Operze Wrocławskiej.

Podczas kongresu odbyło się jeszcze jedno wyjątkowe wydarzenie – powstała kapsuła czasu jako symboliczne przesłanie środowiska medyczne-



Sesja plenarna



Wręczenie statuetek



Od lewej: prof. Tomasz Gabrylelewicz (PL), dr Thomas H. Bak (GB), dr Dariusz Lewera, prof. Dorota Religa (S), dr Aleksandra Karbowniczek (PL), prof. Małgorzata Franczak (USA)



Dr Marek Meinert (Niemcy)

go skierowane do przyszłych pokoleń lekarzy, pacjentów oraz osób, które w przyszłości podejmą trud organizowania kolejnych edycji kongresu. Wydarzenie w sposób bezpośredni koresponduje z hasłem przewodnim wydarzenia: *Innowacje medyczne a dobro pacjenta*. W kapsule zostały umieszczone listy, przemyślenia nie tylko organizatorów kongresu i osób współpracujących przy organizacji tego przedsięwzięcia naukowego, ale także materiały dokumentujące wrocławską edycję kongresu i jego przebieg. Pomysłodawcy stworzenia kapsuły zdecydowali, że zostanie ona otworzona za ćwierć wieku, a wówczas skonfrontowana zostanie rzeczywistość z wizjami, które snuto w 2026 roku we Wrocławiu. Symboliczna kapsuła zostanie we Wrocławiu, miejsce o niezwykle bogatych tradycjach akademickich i medycznych, można zatem przypuszczać, że uczestnicy kongresu w 2051 roku znowu będą gościć we Wrocławiu.

Krótką historia Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych

Początki ruchu polskich lekarzy pracujących za granicą sięgają czasów, kiedy Polski jako państwa nie było na mapie świata z powodu rozbiorów. Wówczas lekarze emigranci bardzo aktywnie włączali się w ruch niepodległościowy, czuli potrzebę łączności z ojczyzną. Jednym z pierwszych takich stowarzyszeń było Stowarzyszenie Paryskie Lekarzy Polskich powstałe w roku 1858 w Paryżu. Tak dr Adam Raciborski, sekretarz główny Towarzystwa Paryskiego Lekarzy Polskich pisał w drugim numerze wydanego w 1860 roku rocznika o powinnościach lekarzy Polaków na emigracji: *Gdyby chodziło jedynie o przyłożenie się do postępu ogólnego nauki i sztuki lekarskiej, każdy z lekarzy obecnych w Paryżu, mając prawo ubiegania się o godność członka tutejszych towarzystw francuskich, miał-*

by już czem zaspokoić swoje ambicje, nie potrzebując wcale do tego udziału innych rodaków. Dla tego też, skoro mi pierwszy raz mówiono o projekcie założenia w Paryżu towarzystwa lekarzy polskich, skoro mi zwłaszcza zrobiono zaszczyt powierzenia dyrekcyi naukowej tego towarzystwa, mianując mię Sekretarzem głównym na lat cztery wyznaje, że główną moją myślą było otworzenie, tym sposobem, nowego pola dla korzyści moralnych lekarzy polskich. Przyjmując to stanowisko miałem natychmiast na uwadze szczególne położenie naszych rodaków, porozdzielanych różnobarwnymi obwódkami na karcie geograficznej. Zdawało mi się, że w położeniu jakie nam Opatrzność w dzisiejszym stanie rzeczy przeznaczyła, każdy lekarz polski ma podwójny obowiązek.

Jeżeli z jednej strony, obowiązani jesteście popierać, ile można, szlachetne dążności każdego z Rządów, pod którego zostajemy opieką, to z drugiej strony, nie powinniśmy zapominać ani na chwilę o tem, co nam dyktuje uczucie narodowości, równie święte jak uczucie rodziny lub osobistej własności.

Kolejne organizacje powstały w latach czterdziestych XX wieku i były to: Polish Medical Association w Londynie (1944) i Polish-American Medical Society w Chicago (1946). Do roku 1989 Polska znajdowała się za żelazną kurtyną, pod przemożnym wpływem Związku Sowieckiego, zatem wymiana naukowa, organizacyjna i zawodowa była utrudniona. Wyjazdy lekarzy polskich były ograniczone do minimum, kontakt z polskimi ośrodkami też sprawiał wiele kłopotów, a każdy starający się o wizę narażał się na inwigilację służby bezpieczeństwa. Zmiana ustrojowa w 1989 roku spowodowała swobodę poruszania się Polaków po świecie, na początku były niezbędne wizy, ale lekarze starający się o staż zagraniczny nie mieli z tym większych kłopotów. Rozpoczęła się wymiana międzynarodowa, co sprzyjało także

powstawaniu medycznych organizacji polonijnych i ich kontakt z ośrodkami w kraju.

W roku 1992 dr Kazimierz Nowak podał propozycję skonsolidowania stowarzyszeń medycznych w międzynarodową federację. Została ona powołana już po dwóch latach. Członkami założycielami były dwa stowarzyszenia francuskie, brytyjskie i szwedzkie. Dzisiaj federacja zrzesza 22 stowarzyszenia z takich krajów jak Białoruś, Francja, Gruzja, Litwa, Niemcy, Mołdawia, Stany Zjednoczone, Szwecja, Włochy, Ukraina i Wielka Brytania. Organizowane przez federację spotkania naukowe cieszą się uznaniem nie tylko polonijnego środowiska medycznego, ale także polskich ośrodków akademickich, które bardzo chętnie włączają się naukowo i organizacyjnie, goszcząc zagranicznych gości. Do chwili obecnej miastami kongresowymi były: Częstochowa, Gdańsk, Katowice, Kraków, Olsztyn, Toruń i Warszawa. Kolejne spotkanie zaplanowano na rok 2029. Podczas pożegnań uczestnicy zapowiadali swój przyjazd na kolejny kongres, a zatem do zobaczenia w Polsce.

Autor składa podziękowania dr. Markowi Meinertowi z Bielefeld, sekretarzowi Zarządu Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych za materiały i wsparcie podczas powstawania tej publikacji.



Fot. z archiwum D.L.

dr Dariusz Lewera

Collegium Witelona Uczelnia Państwowa
Ośrodek Pamięci i Dokumentacji Historycznej DIL



Fot. z archiwum AM, EG-CH

Jubileuszowy Zjazd Absolwentów Akademii Medycznej Oddziału Stomatologii Rocznik 1976

Z okazji 50-lecia uzyskania dyplomu lekarza dentystry, w piękny upalny dzień, spotkali się we Wrocławiu absolwenci z rocznika 1976. Zjazd odbył się 20 czerwca 2026 roku pod honorowym patronatem JM Rektora Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu prof. dr. hab. Piotra Ponikowskiego.

Spotkaliśmy się przy ulicy Krakowskiej 26 w budynku, gdzie obecnie odbywają się zajęcia studentów stomatologii ze wszystkich przedmiotów, oprócz chirurgii szczękowo-twarzowej. Nasz rocznik zdobywał wiedzę i umiejętności praktyczne z protetyki, ortodoncji i chirurgii stomatologicznej przy ulicy Cieszyńskiej (obecnie hotel „Dikul”), a ze stomatologii zachowawczej, dziecięcej i periodontologii przy ulicy Kuźnicznej 43/45.

Spotkanie rozpoczęliśmy od wspólnego zdjęcia przed budynkiem, następnie udaliśmy się do Sali Wykładowej, gdzie przewodniczenie przejęły organizatorki – Anna Malepszy i Ewa Gwiazda-Chojak. Naszą uroczystość uświetniła obecność Prorektor ds. Umieędzynarodowienia Uczelni prof. dr hab. Marzeny Dominiak, dziekana Wydziału L-W prof. dr. hab. Marcina Mikulewicz oraz

dr hab. Barbary Bruzewicz-Mikłaszewskiej. Wykład okolicznościowy wygłosił prof. dr hab. Kamil Jurczynszyn. Prelegent, na co dzień chirurg stomatologiczny, jest pasjonatem Kosmosu. Podzielił się z nami kolekcją autorskich zdjęć Słońca, Księżyca i planet.

Po 50 latach w spotkaniu wzięła udział prawie połowa naszego rocznika. Nie wszyscy mogli przyjechać, najczęściej z powodów zdrowotnych lub opieki nad bliskimi.

Zjazd rozpoczęliśmy od uczczenia chwilą ciszy naszych wykładowców i nauczycieli, a także koleżanek i kolegów, których już nie ma z nami. Powspominaliśmy wydarzenia społeczne, polityczne, gospodarcze, które miały miejsce w okresie 50 lat od ukończenia studiów. Szczególną uwagę zwrócił rozwój nauk medycznych, a także porównanie stomatologii sprzed 50 lat z dzisiejszą wiedzą, techniką i możliwościami diagnostyki i leczenia.

Główną częścią naszego spotkania było wręczenie przez Panią Rektor i Pana Dziekana pamiątkowych, honorowych dyplomów. Dyplomy na pewno będą ważną pamiątką tej uroczystości. Była to też okazja do zdjęcia pamiątkowego z przedstawicielami władz rektorskich i dziekańskich.

W swoim wystąpieniu Pani Rektor zwróciła uwagę na kierunki rozwoju uczelni, zmiany w strukturach, mówiła także o perspektywach dla obecnych studentów. Następnie głos zabrał Pan Dziekan Wydziału L-W i zaznajomił nas z obecnym stanem kształcenia przyszłych lekarzy stomatologów. Zwrócił uwagę na nowe przedmioty, nowe możliwości i wyposażenie miejsc zdobywania wiedzy praktycznej przez studentów.

Po wystąpieniach zaproszonych gości niespodziankę przygotował kolega Jurek Sobień, prezentując zdjęcia z okresu studiów. Było co wspominać, rozpoznawać osoby, żartować, a także docenić ten wspólny czas studiowania. Dalsze wspomnienia i rozmowy toczyły się przy przygotowanym w sali obok poczęstunku.

Dzień zakończył się kolacją koleżeńską w hotelu „Plaza” i nawet burza i deszcz nie przeszkodziły atmosferze spotkania. Było to piąte nasze spotkanie po ukończeniu studiów i jako organizatorki, cieszymy się, że tyle osób odpowiedziało na nasze zaproszenie do udziału w zjeździe. Życzymy wszystkim dużo zdrowia i być może mówimy „do następnego spotkania”.

□ **Anna Malepszy**
Ewa Gwiazda-Chojak



8 września Światowym Dniem Fizjoterapii

8 września delegacja DRL, wiceprezes ds. stomatologii Alicja Marczyk-Felba i wiceprezes ds. Delegatury Wałbrzyskiej Dorota Radziszewska, uczestniczyły w obchodach Światowego Dnia Fizjoterapii zorganizowanego przez Dolnośląski Oddział Terenowy Biura Krajowej Izby Fizjoterapeutów w Q Hotelu Plus w Wrocławiu.

Uroczystość zaszczycili także inni zaproszeni goście, między innymi przedstawiciele samorządów prawnych, dziękani i pracownicy naukowcy uczelni prowadzących szkolenie fizjoterapeutów. Alicja Marczyk-Felba odczytała list gratulacyjny prezesa DRL Wojciecha Florjańskiego oraz w imieniu swoim i naszej korporacji złożyła gratulacje i życzenia, podkreślając wolę współpracy naszych samorządów.

Krajowa Izba Fizjoterapeutów jest stosunkowo młodym samorządem,

powstała w 2015 roku. Zrzesza 84 tysiące członków, na Dolnym Śląsku to około 8 tysięcy fizjoterapeutów.

Uroczystość była okazją do wręczenia Honorowej Odznaki „Za długoletnią pracę fizjoterapeuty” dla fizjoterapeutów, którzy pracują 42, 38, 32 lata.

Odznaki wręczała dr Marzena Kobylańska, koordynator wojewódzki woj. dolnośląskiego wraz z członkami Krajowej Rady Fizjoterapeutów.

Nie zabrakło elementu szkoleniowego – profesor Dariusz Kałka w niezwykle ekspresyjny i interesujący sposób wygłosił wykład „Dobry zły i brzydki – czyli wysiłek po zawale”. Denis Moskiewicz mówił o „Krok po kroku do sprawności – reedukacja chodu u pacjentów po udarze mózgu”, a Aneta Żak-Paszenda przedstawiła innowacyjny system Agilik, który umożliwia

i poprawia samodzielny chód u pacjentów neurologicznych.

Uroczystość zakończył występ muzyczny oraz zaproszenie na wspólny trening Nordic Walking w parku Grabiszyńskim oraz zachęcenie do współudziału w ogólnopolskiej kampanii Krajowej Izby Fizjoterapeutów na rzecz zdrowia i aktywności „Polska się rusza”.

My lekarze dobrze wiemy, że aktywność fizyczna, ruch to jedna z najważniejszych i najlepszych inwestycji w zdrowie, a fizjoterapeuta to najlepszy ekspert od ruchu.

Drodzy fizjoterapeuci deklarujemy nasze wsparcie i współpracę i życzymy samych sukcesów w uzdrawianiu chorych i wzmacnianiu swojego samorządu.

□ **Dorota Radziszewska**
Delegatura DIL w Wałbrzychu



Denis Moskiewicz mówił o „Krok po kroku do sprawności – reedukacja chodu u pacjentów po udarze mózgu”



„Dobry zły i brzydki – czyli wysiłek po zawale” – wykład prof. Dariusz Kałka



Od lewej: mecenas dr hab. Tomasz Scheffer – dziekan Okręgowej Izby Radców Prawnych, lek. stom. Alicja Marczyk-Felba, dr Marzena Kobylańska – koordynator KIF na Dolny Śląsk, dr Dorota Radziszewska

Fot. z archiwum D.R.



Zdjęcia: Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Mięśniaki i Czerniaki Sarcoma, fot. Maciej Trubisz

4. Onkobieg DCOPiH

Twój ruch wyprzedził chorobę! Edukacja, profilaktyka i sportowa energia na trasie 4. edycji Onkobiegu w Szczodrem.

W niedzielę, 13 września 2026 roku, park w Szczodrem wypełnił się sportową energią i setkami biegaczy. Na trasie ramię w ramię stanęli lekarze, pacjenci oraz mieszkańcy regionu, których połączył jeden wspólny cel: wsparcie osób z chorobą nowotworową. W ramach ogólnopolskiego 19. Onkobiegu, Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii (DCOPiH) po raz czwarty zaprosiło mieszkańców Dolnego Śląska do wspólnego startu, by poprzez aktywność fizyczną promować profilaktykę i przypomnieć, że w obliczu choroby nikt nie jest sam.

Tegoroczna edycja ogólnopolskiego Onkobiegu odbyła się pod hasłem: „Twój ruch wyprzedza chorobę. Nie odkładaj go na potem”. Na starcie organizowanej przez DCOPIH 4. edycji biegu zgromadziło się **ponad 250 uczestników**, którzy wspólnymi siłami pokonali łącznie **około 1500 kilometrów**.

W swoim wystąpieniu dr hab. n. med. Marcin Ziętek z DCOPIH, organizator Onkobiegu w Szczodrem oraz dr n. ekon. Paweł Zawadzki, zastępca dyrektora ds. rozwoju DCOPIH podkreślali, jak ważne jest promowanie profilaktyki i budowanie świad-

omości zdrowotnej mieszkańców, a zdrowy styl życia to inwestycja, której nie można odkładać na później. I właśnie w tę ideę wpisuje się

W profilaktyce nowotworowej równie ważna jak aktywność fizyczna jest wiedza. Ważnym punktem niedzielnego wydarzenia w Szczodrem była ekspercka Onkodebata.

Podczas dyskusji eksperci rozmawiali o tym, co możemy zrobić, by zmniejszyć ryzyko choroby, jak przełamać wstyd przed badaniami i jaką rolę w promowaniu zdrowia odgrywają samorządy. W debacie wzięli udział m.in. dr n. ekon. Paweł Zawadzki (zastępca dyrektora ds. Rozwo-

ju DCOPIH), dr hab. n. med. Marcin Ziętek (kierownik Oddziału Chirurgii Onkologicznej II DCOPIH), psycholog DCOPIH mgr Elżbieta Tkaczyszyn-Mika, wójt Gminy Długołęka Wojciech Błoński oraz piłkarz i dyrektor Akademii Piłkarskiej Śląska Wrocław Przemysław Kazimierzczak.

W specjalnej strefie, przygotowanej przez Fundację La Vie La Vie, dostępne były bezpłatne konsultacje zdrowotne. Zadbano także o strefę gastronomiczną i atrakcje dla najmłodszych, w tym uwielbiane przez dzieci dmuchańce.

□ DCOPIH/Aleksandra Osowicz





Algier na dobry początek



Widok z Kasby na stary port w Algierze

Początek stycznia 2026 roku. Mroźna i śnieżna zima otuliła swoimi objęciami dużą część Europy. Jakie to było miłe uczucie wyjeżdżać z Wrocławia na południe, do Afryki z nadzieją, że tam będzie ciepło. Celem była Algieria.

Nie jest łatwo wybrać się do tego kraju ze względu na dość uciążliwe wymagania przy uzyskaniu wizy. Ale udało mi się je rozwiązać i z wydrukowaną promesą wizową wsiałem 2 stycznia 2026 roku do samolotu lecącego do Frankfurtu. Tam miałem przesiadkę na lot do Algieru.

Ślizgawka we Frankfurcie

Każda wyprawa w dalekie i bliskie strony powinna czymś mnie zaskoczyć i zwykle oczekuję na jakieś przygody. Niespodzianki zaczęły się już na samym wstępie. Kiedy wszedłem do samolotu okazało się, że odlecimy jakieś 40 minut później ze względu na zawirowania pogodowe na lotnisku we Frankfurcie. W istocie została mi tylko godzina na przesiadkę. Na płycie lotniska była bardzo ślisko, cudem się nie poślizgnąłem jak wielu innych pasażerów przechodzących do autobusu lotniskowego. Po płycie lotniska posuwał się on ślimaczym tempem za całym sznurem innych pojazdów. Zabrało to kolejne trzy kwadranse. Zwątpi-

łem, czy zdążę. Na szczęście wylot samolotu do Algieru też się opóźnił o pół godziny.

Międzynarodowe lotnisko w Algierze okazało się ponownie torem z przeszkodami: z przybijaniem stempla wizy, kontrolą, a na samym końcu okazało się, że mój bagaż nie doleciał, utknął we Frankfurcie.

Jednoosobowa grupa wycieczkowa zwiedza Algier

To była wyjątkowa dla mnie wyprawa. Podróżowałem z biurem turystycznym, bo nie było innej możliwości szybkiego uzyskania wizy. W tej wycieczce byłem jedynym uczestnikiem, który miał do dyspozycji swojego własnego przewodnika i swojego kierowcę, kiedy to chodziło o przejazd z lotniska do hotelu czy z miasta do miasta. Byłem pod bardzo troskliwą opieką. Dziewczyna z agencji, która organizowała moją trasę po Algierii, wróciła właśnie z oazy Djanet przyznała, że w stolicy jest bardzo zimno w porównaniu z Saharą.

Tak więc ruszając w głąb kraju miałem nadzieję zapomnieć o zimnym polskim klimacie. Droga szybkiego ruchu z lotniska do centrum Algieru biegnie na zachód wzdłuż brzegu Morza Śródziemnego. Po drodze mijają się Wielki Meczet z najwyższym minaretem na świecie oddanym do użytku przed 7 laty.

Plac Męczenników

W dniu przylotu według planu miałem odpoczywać w hotelu. Jakże jednak mógłbym tam usiedzieć, gdy miałem dla siebie całe popołudnie do zapoznania się z miastem. Jako środek podróżowania wybrałem metro – stacja była położona blisko mojego hotelu. Kilka stacji dalej był plac Męczenników. Nazwa pochodzi z 1962 roku, kiedy to po uzyskaniu niepodległości plac miał upamiętniać tych, którzy oddali swoje życie w czasie wojny o niepodległość. W czasach panowania francuskiego zniszczono większość budynków w tym miejscu, aby stworzyć plac pomiędzy położoną na wzgórzu Kasbą a nabrzeżem portowym. Od czasu do czasu było to miejsce parad wojskowych. Jednym z nielicznych budynków, który nie



Kairuddin Barbarossa الرئيس خير الدين بربروس
1546 - 1464 1546-1464م



Budynek dawnej Poczty Głównej w Algierze

został zburzony przez administrację francuską, był Pałac Admirala, czyli Palais de Rais.

Intratny proceder korsarstwa

Wszedłem do wnętrza pałacu zamienionego w muzeum poświęcone głównie algierskim korsarzom. Przez trzy wieki, aż do początków XIX wieku, grasowali oni na dużej połaci Morza Śródziemnego. Najbardziej znanym z nich był Hayreddin, zwany Barbarossą (1478-1546). Urodził się na wyspach greckich i wraz z braćmi już za młodu zajął się intratnym procederem korsarstwa. Zaoferował swe usługi sułtanowi tureckiemu, który nadał mu tytuł gubernatora, czyli bejlerbeja. W 1519 roku udało mu się opanować Algier i zamienić go w kwitnącą i świetnie rozwijającą się bazę korsarską w tej części Morza

Śródziemnego. Jego ludzie plądrowali wybrzeża Włoch, Grecji i Hiszpanii, porywali mieszkańców, by następnie sprzedawać ich na targu niewolników. Jego kariera zwieńczona została funkcją admirała (kapudana) i naczelnego dowódcy floty tureckiej. Zmarł w 1546 roku w Stambule. Z napisów na tabliczkach mogłem wyczytać, że urodził się w 1546 roku, a zmarł w 1464. Aż nie mogłem uwierzyć – jak można urodzić się po swojej śmierci. Wszystko to mogło być pokłosiem języka arabskiego, gdyż w alfabecie arabskim książkę czyta się od prawej do lewej strony.

Tak dużo się mówi o handlu niewolnikami w Afryce, ale zapominamy o tej wielkiej hekatombie jaką było uprowadzanie mieszkańców z wybrzeży Sycylii, Sardynii, Ligurii czy Hiszpanii przez piratów z Afryki

Północnej, a w szczególności tych z Algieru. Sprzedawano ich na targach niewolników albo zapędzano na galery. To był dla Europy wielki wpływ krwi. Szacuje się, że ponad milion Europejczyków zostało porwanych przez te trzy stulecia, zaś Włochy i Hiszpania straciły szacunkowo jedną piątą ludności swych regionów przybrzeżnych. Wśród znanych osób, które doświadczyły losu niewolników byli m.in. Miguel Cervantes, którego ślady będę jeszcze tropić w Algierze jak i św. Wincenty a Paulo, który został sprzedany jako niewolnik na targu w Tunisie.

Bulwar nadmorski Che Guevara (wcześniej zwany Bulwarem Republiki) szczyci się kamienicami prezentującymi monumentalną XIX-wieczną francuską architekturę, której styl przypomina czasy drugiego cesarstwa. To od jasnych odcieni ścian tych budynków ta część miasta zyskała nazwę „La Blanche Algier” czyli Biały Algier.

Mój przewodnik Ahmed

Następnego dnia pojawił się w hotelu mój przewodnik Ahmed. Z wykształcenia był historykiem. Jego angielski był znakomity i zacząłem doceniać luksus posiadania przewodnika wyłącznie dla siebie a nie dla całej grupy. To ja mogłem nadawać tempo i wybierać miejsca zwiedzania.

Główna Poczta, jeden z głównych symbolów francuskiego Algieru, przestała pełnić już rolę poczty. Są plany przeznaczenia jej na centrum kulturalne miasta. Podświetlony budynek najpiękniej wyglądał w godzinach wieczornych. Ahmed zadzwonił do jednego ze swoich znajomych kie-



To co zakryte zwraca uwagę



Port w Algierze

rowców, który zawiózł nas do górnej części Kasby, czyli starej dzielnicy Algieru. Rozpoczęliśmy zwiedzanie od pałacu władcy. Przeniósł on swą siedzibę w to miejsce od czasu, kiedy to Anglicy w 1816 roku zbombardowali port, w tym również jego pałac i nie czuł się tam bezpiecznie.

Pałac zbudowano rękoma niewolników w dwa lata, ale Hussein-dej nie mógł nacieszyć się nim długo. W trakcie wysłuchiwanie francuskiego ambasadora władca dał się ponieść nerwom i uderzył czy pacnął go

czymś co służy do odganiania much i w wielu kulturach afrykańskich jest symbolem królewskiej władzy. Francuzi wykorzystali ten incydent i rozpoczęli blokadę Algieru. Na miesiąc przed wybuchem rewolucji lipcowej w 1830 roku Francuzi po udanej kampanii wojskowej w ciągu kilku tygodni zajęli Algier, zaś Hussein-dej oddał władzę i udał się na wygnanie wraz z całym swoim haremem. Budynki przestał być centrum władzy i powoli ulegał dewastacji.

Po uzyskaniu niepodległości rozpoczęto prace renowacyjne, ale ciągnie się to już bardzo długo i obecnie można zwiedzić tylko kilka pomieszczeń pałacu, meczet oraz dawną wytwórnię prochu. Ahmed pokazał mi model dawnego pałacu i oświadczył, że jest to dar polskiego rządu. Wreszcie jakiś polski ślad w tym Algierze, choć później znalazłem ich więcej.

Kasba

Kasba nie jest bynajmniej wypieczczonym i odnowionym starym miastem. Wiele budynków jest zagrożonych zawaleniem, w wielu miejscach znajdują się puste przestrzenie po domach, które trzeba było zburzyć. Do tego przyczyniło się trzęsienie ziemi z roku 2003. Jego epicentrum znajdowało się jakieś kilkadziesiąt kilometrów od stolicy. Schodziliśmy schodami w dół, ponieważ nie

było tam żadnych dróg dla pojazdów. Od czasu do czasu usuwaliśmy się w bok, bo wąskie uliczki tarasowały karawany mułów czy osłów, które mają za zadanie wynoszenie śmieci na swoich grzbietach.

W tym miejscu przerwę moją opowieść, aby was wszystkich zaprosić na spotkanie Klubu Podróżnika, które odbędzie się w ostatnią środę października (czyli 28.10.2026 roku) o godzinie 18.00 w siedzibie DIL przy ul. Kazimierza Wielkiego. Będę miał okazję przedstawić wam bliżej fascynujący Algier i jego okolice. Nie będzie to jedyna atrakcja tego wieczoru, gdyż hawajską wyspę Maui przedstawi na zdjęciach i filmie Andrzej Hendrich. Temat brzmi intrygująco „Maui czyli nie tylko humbaki”

Do zobaczenia



Fot. z archiwum P.W.

□ Piotr Wiland

prof. dr hab., reumatolog, kierownik Katedry i Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, pasjonat medycyny, podróży, historii i literatury



Ulica Algieru

Księga operacyjna kliniki prof. Brossa z zespoleniem Potts'a w tle

60 lat temu prof. Wiktor Bross wraz z zespołem wykonał pierwszą w Polsce udaną transplantację nerki od żywego dawcy. Pionierska operacja uratowała życie 24-letniej pacjentki. Dawcą nerki był starszy o sześć lat brat tej młodej kobiety, z zawodu górnik. Przeszczep wykonano w nocy z 30 na 31 marca 1966 r., dawca po kilkumiesięcznej rekonwalescencji powrócił do pracy w kopalni. Dalsze losy pacjentki są jednak mało znane... 80 lat temu w Chicago dr Willis Potts wykonał pionierski zabieg zespolenia aorty zstępującej z lewą tętnicą płucną u 21-miesięcznej Diane Schnell z siniczą złożoną wadą wrodzoną serca. Zespolenie Potts'a (jak je dziś nazywamy) pozwoliło „kupić czas”, kiedy operacja naprawcza u tej pacjentki stała się możliwa. Przeżyła 62 lata, doczekała się czwórki wnuków, jej losy śledziły kolejne pokolenia kardiologów, wyciągając z nich wnioski ważne dla losów innych pacjentów. Z pozoru tych dwóch historii nie łączy zbyt wiele, czy jednak na pewno?

Kilka lat temu trafiła w moje ręce księga operacyjna kliniki prof. Brossa z lat 60. ubiegłego wieku. Cudem nie skończyła na śmietniku. Uznano, że takie świadectwo epoki nie jest nic warte, makulatura i nic ponadto. Daty, których dotyczą zapisy księgi nie obejmują przełomowej transplantacji nerki, bo dotyczą operacji wykonanych co najmniej 13 miesięcy wcześniej. Lektura tego dokumentu jest jednak niezwykle interesująca. Zielonkawa, marmurkowa okładka, a na niej naklejka nagłówkowa: „Księga dokonanych operacji od 19.X.1964 do 12.II.1965”. Na każdej karcie (strony nie są numerowane) znajdujemy rubryki do wypełnienia: nr księgi głównej (nigdzie nie wypełniona), nr księgi oddziałowej (także nie), kolejny nr operacji (także niewypełniony). Dalej są dane pacjenta: nazwisko i imię oraz wiek (brak dokładnej daty urodzenia, peselu – z wiadomych powodów – oczywiście też nie ma). Kolejny akapit to rozpoznanie przedoperacyjne – na to poświęcono aż trzy linijki (w całej księdze wpisy w tym miejscu są wyłącznie po łacinie). Dalej adnotacja: Czy uzyskano zgodę na operację? (oczywiście w całej księdze wpisy wyłącznie: tak).

Analiza tej księgi przynosi szereg refleksji. Nie zaskakuje różnorodność zabiegów operacyjnych, kiedyś nie było tak wąskich specjalizacji, więc spektrum wykonywanych w klinice zabiegów odnotowanych w księdze jest bardzo szerokie: od usunięcia kończyny, poprzez appendektomię, żylaki... Ze względu na moją specjalizację oczywiście najbardziej interesujące są dla mnie karty, na których zarejestrowano procedury kardiologiczne. Nie jest zasko-

zeniem liczba komisurotomii mitralnych u młodych, dwudziestoparoletnich kobiet – to pokłosie złych warunków bytowych okresu wojny. Strony opisujące zabiegi sercowo-naczyniowe zawierają w znakomitej większości świetne rysunki wady (wrodzonej lub nabytej). Mamy więc wykonane ołówkiem szkice uszkodzonej zastawki mitralnej z vegetacjami bakteryjnymi, obraz tetralogii Fallota, ubytku przegrody międzyprzedsionkowej i międzykomorowej czy stosunki anatomiczne związane z przetrwałym przewodem tętniczym. Wielka szkoda, że nieznane są dalsze losy tych pacjentek, tzw. *follow up* tych zabiegów. Nie wiemy, czy przeżyły wczesny okres pooperacyjny, jakie były późne powikłania i następstwa, czy te młode kobiety miały szansę zostać matkami. Pionierzy kardiologii w innych krajach śledzili losy swoich pacjentów. Amerykański Król Serc, Walton Lillehei, który 14.08.1954 r. jako pierwszy na świecie odniósł sukces, operując pacjenta z tetralogią Fallota, śledził jego losy przez kilka dekad, umieszczając uzyskane informacje w publikowanych przez siebie pracach poświęconych operacji tej złożonej sinicznej wady wrodzonej serca. Lillehei martwił się, że jego pionierski pacjent (Michael Shaw) nałogowo pali paczkę papierosów dziennie, codziennie. Byłby zdumiony faktem, że ten pacjent żyje do dziś.

Nie znajdziemy w tej księdze operacji przełożenia wielkich pni tętniczych czy ubytku przegrody przedsiionkowo-komorowej. Nie ma też w całej księdze ani jednego przypadku zespolenia Potts'a, które zostało wykonane po raz pierwszy dokładnie 80 lat temu. Zabieg zwiększa-

jący napływ krwi do płuc polega na połączeniu części zstępującej aorty z przylegającą do niej (tj. lewą) tętnicą płucną. Pacjentką była Diane Schnell, wówczas niespełna dwuletnia. Jej historię opowiada nieduża objętościowo książka pt. „The other Princess Diana” („Inne księżna Diana”). Diane Schnell urodziła się 10 grudnia 1944 r. Niedobór wzrostu (w wieku 21 miesięcy ważyła 8 kg), sinica, napady anoksemiczne i omdlenia powysiłkowe składały się na obraz tetralogii Fallota. Nie było dla niej ratunku, dlatego Willis Potts zdecydował się wykonać zabieg, który do tej pory ćwiczył na psach – jeden z nich (Cezar) przeżył wyjątkowo długo. 13 września 1946 r. o godz. 9.00 Willis J. Potts w Children's Hospital w Chicago rozpoczął operację



Popiersie prof. Wiktora Brossa w Ratuszu we Wrocławiu



Medal z podobizną prof. Brossa w Muzeum Miejskim – Pałacu Królewskim we Wrocławiu

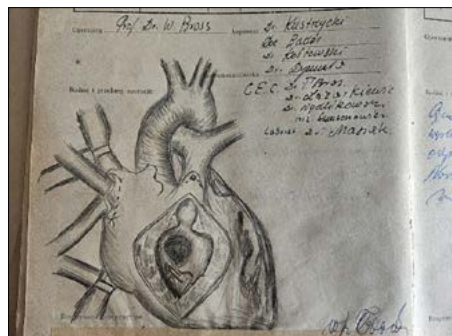
Fot. z archiwum M.M.



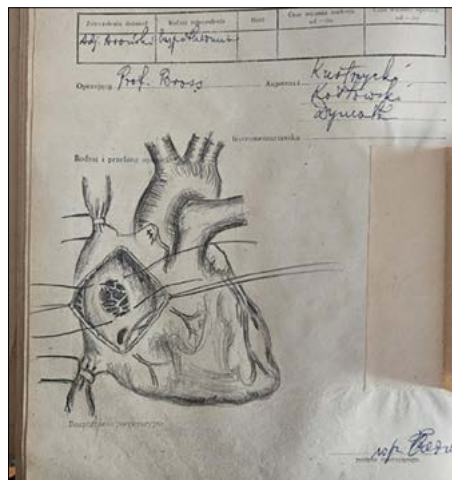
Diany Schnell – wypisano ją do domu 19 dni później. Willis Potss miał z nią bardzo dobry kontakt, przyjaźnili się. Jej medyczną historię przez kolejnych kilkadziesiąt lat znamy dość dobrze, bo kolejni lekarze – kardiolog i kardiochirurg – przekazywali sobie pacjentkę i korespondowali ze sobą na jej temat, martwili się o nią, planowali kolejne procedury. Co więcej, kiedy jeden z kardiochirurgów odszedł na emeryturę, pacjentką



Księga operacyjna kliniki prof. Brossa



Rysunek ilustrujący operację naprawczą tetralogii Fallota

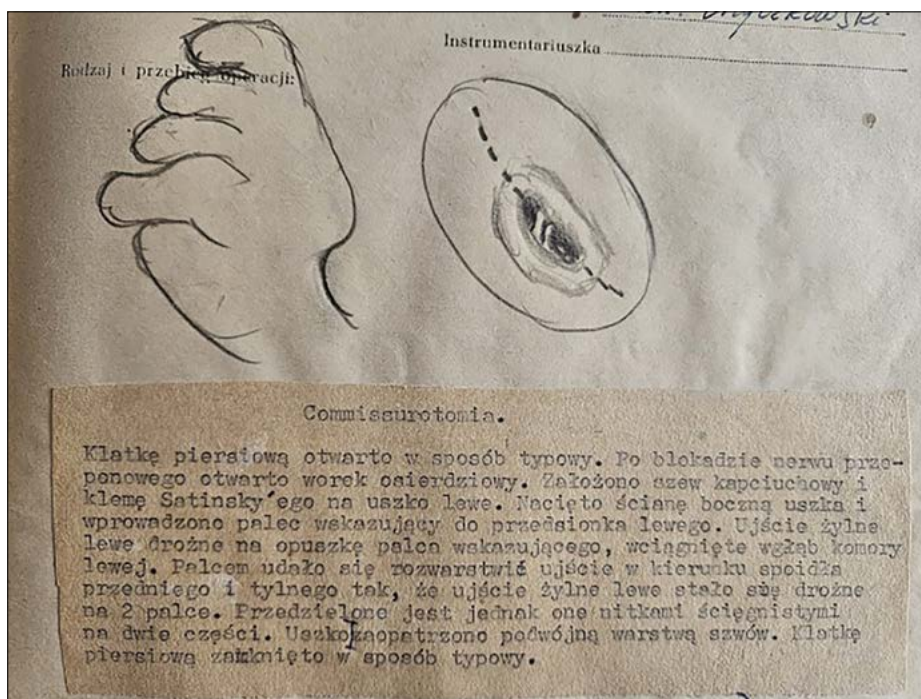


Rysunek ilustrujący opis zabiegu zamknięcia ubytku przegrody międzyprzedsionkowej

zajął się jego syn, także kardiochirurg. Niezwykle wzruszająca jest ta korespondencja, przepełniona troską o wspólną pacjentkę, radością z narodzin jej dzieci, zmartwieniem jej kolejnymi incydentami infekcyjnego zapalenia wsierdza (w sumie przeżyła cztery). Epizody IZW wystąpiły w 1962 r. (miała wówczas 19 lat), w 1964 r. (dwukrotnie – po cholecysektomii) oraz w 1970 r. Diane Schnell była jednym z pierwszych na świecie pacjentów leczonych linkomycyną. Przeżyła cztery kolejne operacje – już na otwartym sercu – wykonane przez liderów kardiochirurgii. 14 kwietnia operował ją John Kirklin (University of Alabama Heart Center), który zamknął zespolenia Potts, wykonał plastykę lewej tętnicy płucnej i wszczepił conduit zastawkowy (wykonany z Dacronu i homogennej zastawki) łączący prawą komorę z tętnicą płucną. Ponadto łąką z Dacronu zamknął ubytek przegrody międzykomorowej. Tu, co ciekawe, operator dokonał odkrycia, które doprowadziło do zmiany rozpoznania z tetralogii Fallota na: dwuodpływową lewą komorę ze zwężeniem tętnicy płucnej i mnogimi ubytkami przegrody międzykomorowej. Ten sam kardiochirurg ponad 4,5 roku później wymienił conduit na ksenograft (*Hancock heterograph conduit*). Po kolejnych 18 latach Diane Schnell operował jego syn – James Kirklin – który wymienił conduit na homograft aortalny. Ostatnią operację na otwartym sercu u tej pacjentki wykonał 12 stycznia 2003 r. Joseph Dearani z Mayo Cli-

nic, wymieniając conduit na ksenograft, wykonał też plastykę zastawki trójdzielnej. Starano się wybierać dla niej najlepsze, najnowocześniejsze rozwiązania. Jak powiedziała jej córka (Carolyn Standarski) Diane Schnell wyprzedzała zawsze o krok postęp medycyny. Doskonała współpraca kolejnych pokoleń lekarzy dała wspaniałe efekty, Diane Schnell, dla której pierwotnie nie było ratunku, przeżyła kilkadziesiąt lat. Dwukrotnie była mężatką, zmieniając nazwisko w 1969 r. na Pontrelli, a 6 lat później na Cummings. Urodziła dwoje dzieci. To, że została dwukrotnie matką, uznano za cud. Pisano, że ona jest historycznym dzieckiem, natomiast jej dzieci, to są dzieci-cud. (Historic Baby, Miracle Babies). Diane Cummings zmarła 21 stycznia 2007 r., przeżywszy 62 lata. Doczekała się czwórki wnuków. Autopsja jej serca wykazała, że conduit wszczepiony wiele lat temu funkcjonował prawidłowo.

W przedmowie do książki autobiograficznej Ferdynanda Sauerbrucha (asystenta Mikulicza), prof. Wiktor Bross tak wspomina swoje początki w klinice przy ul. Skłodowskiej-Curie: „[...] W dniu 15 stycznia 1946 roku otrzymałem nominację na objęcie II Katedry i Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu. Klinika ta bowiem, choć zdewastowana i zniszczona w czasie oblężenia Wrocławia i działań wojennych, była historyczną spuścizną sławnego chirurga Jana Mikulicza, który w niej dzia-

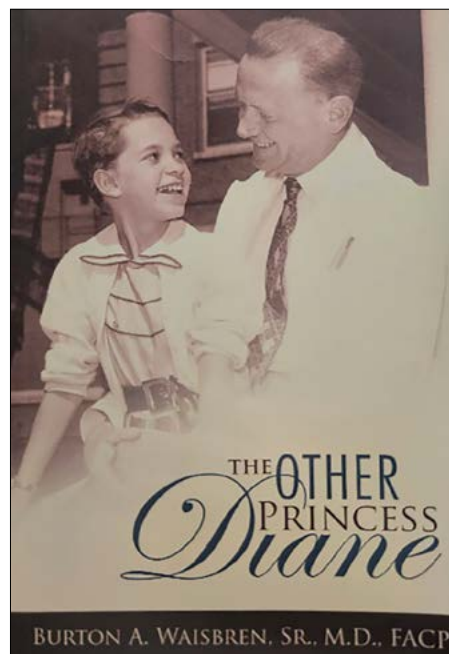


Opis zabiegu komisurotomii zastawki mitralnej

łał do swej przedwczesnej śmierci w roku 1905. Wraz z budynkiem tej starej i wielce zasłużonej dla chirurgii kliniki przejąłem też w dziedzictwie wspaniałe idee i dokonania chirurgiczne, osiągnięte w tej klinice przez Mikulicza i Sauerbrucha. Stały się one dla mnie bodźcem do dalszego działania. W klinice rozwinąłem najpierw torakochirurgię, a idąc z duchem czasu i pamiętając o tym, że dążeniem Mikulicza i Sauerbrucha w tej klinice było wkroczenie do wnętrza klatki piersiowej, postawiłem sobie za cel wkroczenie do wnętrza jam serca. Ta idea stała u początków założenia Wrocławskiego Ośrodka Kardiochirurgicznego w II Katedrze i Klinice Chirurgicznej we Wrocławiu i wykonania w nim pierwszych operacji na sercu, najpierw na sercu zamkniętym – pierwsza komisurotomia w 1954 r., potem w dniu 2 lutego 1958 r. po raz pierwszy w Polsce dokonałem zamknięcia ubytku międzyprzedsionkowego w hipotermii, a z kolei zamknięcia ubytku międzyprzedsionkowego i międzykomorowego, również po raz pierwszy w Polsce, zabiegu na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym w dniu 12 kwietnia 1961 r. Tak więc w klinice, w której Mikulicz i Sauerbruch cieszyli się tak wielkim kultem, wprowadziłem w niespełna dziesięć lat po ostatniej wojnie dalsze postępy w chirurgii klatki piersiowej, a mianowicie operacje na otwartym sercu. Dążyłem też do rozbudowania i unowocześnienia tej kliniki, która jak na współczesne wymogi chirurgii była już mocno przestarzała. Udało mi się uzyskać fundusze na budowanie dodatkowego skrzydła do

budynku kliniki, które harmonijnie uzupełniło jej rozkład czynnościowy, i rozszerzyć blok operacyjny, który, choć dobry za czasów Mikulicza, obecnie był zupełnie niewystarczający. W nowo wybudowanym przeze mnie skrzydle kliniki znalazła pomieszczenie dzięki moim staraniom zdobyta nowoczesna aparatura (angiokardiograf Siemens) do diagnostyki wad wrodzonych i nabytych serca oraz oddział intensywnej terapii pooperacyjnej. Nowa sala operacyjna i nowa sala dla chorych po operacjach serca wyrównały dotkliwe braki w bloku pooperacyjnym dawnej kliniki Mikulicza. W pomieszczeniach położonych pod blokiem operacyjnym, gdzie dawniej znajdowała się słynna komora Sauerbrucha, umieściłem oddział intensywnej terapii i laboratoria analityczne i biochemiczne. Takim więc akordem zamknąłem swe dążenia do rozszerzenia zakresu torakochirurgii i uczyniłem możliwym, by klinika stała się miejscem, gdzie mogłyby znaleźć możliwość odzyskania zdrowia dzieci pokrzywdzone przez los, tj. z wrodzonymi wadami serca, a także niemały zastęp chorych ze schorzeniami serca i układu krążenia”.

W Polsce pierwszy zabieg zespolenia Potts’a wykonano w 1956 r. w Klinice Chirurgii Dziecięcej przy ul. Litewskiej w Warszawie kierowanej przez prof. Jana Kossakowskiego. Willis Potts powiedział kiedyś, że „operacje na otwartym sercu powinni wykonywać młodzi mężczyźni o zwinnych palcach, bystrym umyśle i elastycznych tętnicach wieńcowych”. Twierdził, że „większość



Książka opowiadająca o losach Diany Schnell i jej przyjaźni z Pottsem

chirurgów powinna przestać operować po przekroczeniu 70. roku życia, niewielu może to robić dalej, a niektórzy nigdy nie powinni byli zaczynać...”. Historia Diane Schnell, Michael’a Shaw i innych pacjentów pokazuje istotne różnice (widoczne dla osób zainteresowanych historią kardiologii i pierwszymi operacjami naprawczymi wad serca) pomiędzy medycyną polską a krajami cywilizacji zachodniej, niezwiązane z technologią. Znałe są dobrze losy pacjentów, którzy przeżyli pionierskie procedury wykonywane na świecie. Poświęcono im liczne artykuły naukowe i popularnonaukowe opracowania, w tym książki. Historii polskich pionierskich pacjentów próżno szukać w dostępnych źródłach, takie opracowania po prostu nie istnieją. Cytując tytuł wywiadu ze mną, który dla „Gazety Wyborczej” przeprowadziła red. Beata Maciejewska: „Bogowie odeszli, ślad po pacjentach zaginął”...



Fot. z archiwum MM

dr n. med. Magdalena Mazurak

kardiolog dziecięcy. Pasjonatka historii neonatologii, kardiologii i kardiochirurgii. Laureatka Nagrody Naukowej im. Prof. Zbigniewa Religi Fundacji Rozwoju Kardiochirurgii w Zabrzu za książkę „Kolumbowie. Kardiologia w eponimach”.



Artykuł w Gazecie Wyborczej opowiadający o historii kardiologii (wywiad z dr MM)



80 lat działalności klinicznej, naukowej i dydaktycznej Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu – część I

Okres pionierów (1946–1971)

Katedra i Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu obchodzi w tym roku jubileusz 80-lecia działalności klinicznej, naukowej i dydaktycznej. Okrągłe jubileusze są okazją do wspomnień, podsumowań, przemyśleń. Przywołuje się w pamięci osoby, które zapoczątkowały to dzieło, włożyły ogrom pracy, wysiłku, a przede wszystkim serca w przygotowanie i rozwój placówki, która nie tylko od 80 lat niesie pomoc neurologiczną, ale jest także bazą szkoleniową dla studentów, rezydentów, specjalistów chcących podnosić swoje kompetencje naukowe i zawodowe. Tutaj w klinice wielu późniejszych naukowców rozpoczęło swoją ścieżkę naukową uzyskując kolejne stopnie naukowe. Pionierom opieki neurologicznej w powojennym Wrocławiu przyszło pracować w bardzo trudnych warunkach. Brakowało praktycznie wszystkiego, baza lokalowa pozostawiała wiele do życzenia, zniszczone budynki, wieloosobowe sale, niekompletny sprzęt do badań bardzo utrudniały pracę, jednak ówczesni pracownicy kliniki robili wszystko, by nieść pomoc pacjentom ze schorzeniami neurologicznymi Wrocławia i regionu.

W celu zachowania przejrzystości artykułu w tekście stosuje się wyłącznie nazwę Klinika Neurologii we Wrocławiu, która odpowiada dawnym nazwom takim jak: Klinika Neurologii Uniwersytetu i Politechniki Wrocławskiej (1946–1949) Klinika Neurologii Akademii Lekarskiej (1950), Klinika

Neurologii Akademii Medycznej we Wrocławiu (1950–1989) Klinika Neurologii Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (1989–2012), Klinika Neurologii UMW im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (2012–2024), a obecnie Klinika Neurologii Uniwersyteckiego Centrum Neurologii i Neurochirurgii. Podobnie autor zastosował najwyższe uzyskane stopnie i tytuły naukowe u bohaterów niniejszej publikacji, niezależnie od ram czasowych opisywanych wydarzeń.

Po II wojnie światowej zmiany w szkolnictwie wyższym odbywały się na podstawie dekretów z mocą ustawy (Dz.U. R.P. Nr 1, poz. 1). 24 sierpnia 1945 roku Rada Ministrów i Prezydium Krajowej Rady Narodowej postanowiły dekretem przekształcić Uniwersytet i Politechnikę Wrocławską na polskie państwowe szkoły akademickie. Akt ten został opublikowany w Dzienniku Ustaw 1945 nr 34, poz. 207. W wyniku zmian Uniwersytet Wrocławski podzielony został na wydziały między innymi lekarski z oddziałem farmaceutycznym. Pierwszy skład profesorów i rektora mianował Prezydent Krajowej Rady Narodowej na wniosek Ministra Oświaty. W okresie organizacyjnym trwającym do 30 sierpnia 1946 roku rektor Uniwersytetu i Politechniki Wrocławskiej miał kompetencje senatu akademickiego, dziekanów i rad wydziałów, a zatem dużą swobodę w budowaniu nowych struktur akademickich. Rektorem Uniwersytetu i Politechniki był wówczas prof. Stanisław Kulczyński.

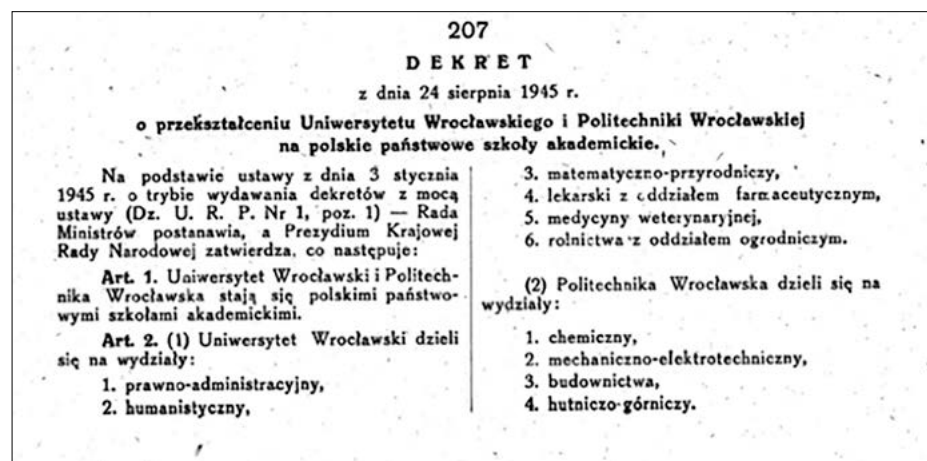


Prof. Stanisława Falkiewiczowa

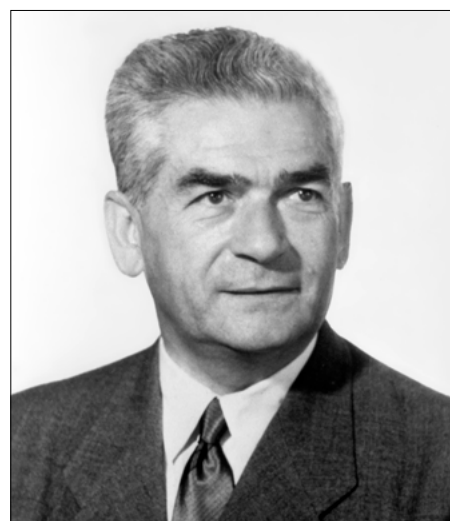
Fot. z archiwum DL



Doc. Leopold Jaburek



Dekret powołujący wydział lekarski



Prof. Rudolf Arend

Pionierami i twórcami neurologii wrocławskiej byli przedstawiciele lwowskiej szkoły neurologicznej, którzy po II wojnie światowej i ustaleniach poczdamskich, według których Lwów został na terytorium Związku Sowieckiego zdecydowali o powrocie do Polski, a wśród nich: prof. Stanisława Falkiewiczowa (1900–1992), doc. Leopold Jaburek (1901–1960) i prof. Rudolf Arend (1898–1980). Pierwszym kierownikiem powstałej na początku 1946 roku Kliniki Neurologicznej została mianowana prof. Stanisława Falkiewiczowa, która pomimo stosunkowo młodego wieku posiadała duże doświadczenie w zakresie neurologii nabyte w Klinice Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie kierowanej przez prof. Henryka Halbana. Pierwszy kontakt z neurologią kliniczną miała już w roku akademickim 1924/1925, będąc studentką IV roku i pracując jako

koasystent pod opieką asystenta etatowego. Po śmierci prof. H. Halbana opiekę naukową nad młodą neurolog sprawował prof. Jakub Rotfeld (po zmianie nazwiska Rostowski). Tak prof. S. Falkiewiczowa wspomina swojego opiekuna prof. J. Rotfelda: *Asystentów trzymał w dyscyplinie, czego nie robił Henryk Halban. Uczył nas przedmiotu, wychowywał w porządku i karności. Dużą wagę przykładął nie tylko do bardzo dokładnego badania, ale i do bardzo dokładnej obserwacji, starannego wyczerpującego prowadzenia historii choroby i gruntownej epikryzy z szerokim dogłębnym różnicowaniem rozpoznania. [...] Każdą przygotowaną do publikacji pracę asystenta czytał i poprawiał z nim wielokrotnie ku utraپieniu autora. [...] Biada było asystentowi, gdy profesor podczas obchodu znalazł objaw nie dostrzeżony przez asystenta. [...]*

Z pewnością na doświadczenie przyszłej szefowej kliniki bardzo korzystnie wpłynęła współpraca z innymi asystentami i adiunktami jak choćby z doc. Leopoldem Jaburkiem, wybitnym diagnostą i neuropatologiem, dr Marią Demianowską, która ostatecznie wybrała psychiatrę i dr. Stanisławem Szpilczyńskim. Obejmując stanowisko we wrocławskiej klinice stanęła przed trudnym zadaniem organizacji opieki neurologicznej w powojennym Wrocławiu. Na klinikę przeznaczono budynek przy ul. Bujwida 44, wybudowany na początku XX wieku z inicjatywy prof. Carla Wernickego, który przez lata pełnił funkcje szpitala neurologiczno-psychiatrycznego. Zniszczony w znacznej części obiekt, niekompletny sprzęt pozwalał na początku jedynie na uruchomienie ambulatorium, ale było to i tak niezwykle

ważne dla mieszkańców regionu. Dodatkowo prof. S. Falkiewiczowa starała się ocalić sprzęt, który pozostawili niemieccy użytkownicy szpitala opuszczający Wrocław z początkiem 1945 roku. W mieście grasowały całe grupy szabrowników, dlatego tak ważna okazała się pomoc uzbrojonej straży akademickiej, składająca się ze studentów i kandydatów na studia, którzy często z narażeniem życia pilnowali dobytku nowo powstałej uczelni.

Na początku 1946 roku pierwsze 23 łóżka kliniki zostały gościnnie umieszczone w Klinice Chorób Wewnętrznych przy ul. Pasteura. Było to oczywiście rozwiązanie tymczasowe, trwał remont budynku przy ul. Bujwida i już w listopadzie 1947 klinika dysponowała w nim swoimi 50 łóżkami, w kolejnym roku zwiększono ich liczbę do 60. Profesor S. Falkiewiczowa była kierownikiem kliniki trzy razy: w latach 1946–1947, 1949–1951 i 1968–1971. Jej szczególnymi zainteresowaniami naukowymi były choroby nerwowo-mięśniowe stąd z jej inicjatywy została rozwinięta diagnostyka elektromiograficzna. Po niespełna dwóch latach prowadzenia kliniki, w lipcu 1947 roku, prof. S. Falkiewiczowa ustąpiła miejsca doc. Leopoldowi Jaburkowi, który na stanowisku kierownika kliniki pozostał do 1 czerwca 1949 roku, odchodząc z powodów zdrowotnych. Tak prof. S. Falkiewiczowa wspomina swojego kolegę: *Dr Leopold Jaburek był człowiekiem wybitnie utalentowanym. Zdolny, bystry ruchliwy o żywej inteligencji zajmował się przede wszystkim neuropatologią. [...] Odnaczał się wielką dokładnością i pedanterią w pracy. Pięknie rysował i modelował. Własnoręcznie przygotowywał zdjęcia makro-*



Siedziba Kliniki Neurologii 1946–1947, ul. Pasteura 10



Siedziba kliniki 1950–1968, ul. Kraszewskiego 25



Siedziba kliniki 1968–2007, ul. Traugutta 114



i mikrofotograficzne do publikacji. [...] Pracował zrywami, gdy pasjonowało go jakieś zagadnienie znikał z oddziału chorych na kilka tygodni, zamykał się w pracowni, unikał nawet kolegów. [...] Po odesłaniu pracy do druku swobodny, wesoły wracał na oddział do codziennej pracy z chorymi, którzy darzyli go sympatią i zaufaniem. Pomimo krótkiego okresu pracy we wrocławskim ośrodku doc. L. Jaburek stworzył kliniczną pracownię neuropatologii. Zmarł w 1960 roku i jest pochowany na cmentarzu Farnym w Grudziądzu.

Po odejściu doc. Jaburka na stanowisko kierownika kliniki przywrócono prof. S. Falkiewiczową, która zorganizowała kolejną przeprowadzkę kliniki, tym razem do szpitala psychiatrycznego przy ulicy Kraszewskiego 25. W budynku mieściła się uruchomiona wcześniej klinika psychiatryczna i klinika neurochirurgiczna. Zamknięto ją jednak z powodu przedwczesnej śmierci kierownika dr. Ernesta Ferensa. Uwolnione w ten sposób miejsca przypadły pacjentom kliniki neurologicznej. Od tej pory dysponowała już 92 łóżkami. 16 stycznia 1951 prof. S. Falkiewiczowa zakończyła kolejny, drugi okres sprawowania funkcji kierowniczej w klinice, a jej miejsce zajął prof. Rudolf Arend.

Doświadczenia jako neurolog nabył, pracując pod naukową opieką Kazimierza Orzechowskiego i dr. Aleksandra Domaszewicza we Lwowie. W roku 1939 został zmobilizowany i walczył na Węgrzech, gdzie został internowany, co jednak nie przeszkodziło mu w organizowaniu pomocy dla uchodźców. Okres niewoli wykorzystał na przygotowanie do publikacji napisanego wcześniej z prof. Kazimierzem Orzechowskim podręcznika *Choroby pnia mózgu*. Po II wojnie światowej wrócił do Polski, gdzie powierzono mu funkcję ordynatora w Klinice Neurologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Po obronionym w 1945 roku doktoracie i uzyskanej w 1950 roku habilitacji przyjął propozycję pracy we Wrocławiu, obejmując kierownictwo Kliniki Neurologii. Jego aktywność naukowa wyrażała się wielokierunkowością badań i współpracą z innymi ośrodkami neurologicznymi w Polsce i za granicą. Wcześniej z Zygmuntem Messingiem z Wiednia i Kazimierzem Orzechowskim brał udział w badaniach kliniczno-neuropatologicznych na temat rakowatości, glejakowatości, mięsakowatości i czerńankowatości opon. W trakcie kierowania kliniką przez prof. Rudolfa Arenda powstał 9-łóżkowy oddział

dla chorych z gruźliczym zapaleniem opon mózgowych, pracownia histopatologii układu nerwowego, pracownia biochemiczna i elektroencefalograficzna.

Opisywany w niniejszym artykule pionierski okres działalności wrocławskich neurologów – klinicystów obejmował wiele obszarów badań. W klinice powstały oryginalne opisy pacjentów z chorobami: Behceta (1958), Takayasu (1960), z przewlekłym zatruciem dwusiarczkiem węgla (1964), oraz chorobą Marinescu-Sjögrema (1967). Na uwagę zasługują prace z zakresu neuropatologii doc. Zofii Krzysztos, a wśród nich oryginalne studium dotyczące stwardnienia zanikowego bocznego (1962), amiotrofii rdzeniowej (1966) i encefalopatii wątrobowej (1967). W roku 1967 prof. A. Brzecki opublikował pracę na temat doświadczalnego obrzęku mózgu, obejmującą zagadnienia pobudliwości ośrodkowego układu nerwowego i stanu napięcia ośrodkowej części układu współczulnego. Prof. S. Falkiewiczowa podejmowała tematy etiopatogenezy zespołów mięśniowych, miaśnienia, porażenia okresowego, zmian neurologicznych w zaburzeniach pogranicza czaszkowo-kręgowego, gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, które pracami biochemicznymi uzupełniła dr K. Hulanicka i S. Oszczak.

Za wstęp do późniejszych badań dopplerowskich można uznać prace dotyczące echoencefalografii prof. Jerzego Hołysta. W klinice powstały także prace z zakresu medycyny środowiskowej i neurotoksykologii. Prof. A. Brzecki już w latach 50. prowadził badania okuograficzne oczopląsu u górników, które w dwudziestoletniej obserwacji potwierdziły powstawanie zaburzeń gałkorruchowych. Bardzo ciekawe badania prowadzone były z zakresu medycyny pracy, a dotyczyły powikłań neurologicznych u określonej grupy zawodowej. Tak powstały badania dotyczące układu nerwowego u pracowników narażonych na działanie rozpuszczalników organicznych, mikrofal i wibracji, ucisku nerwów łokciowych u szlifierzy z huty kryszałków.

Wrocławska Klinika Neurologiczna od początku swojej działalności kładła duży nacisk na badania z zakresu neuroelektrofizjologii klinicznej. Przyczynkiem do badań było wykonanie jednego z pierwszych w kraju zapisu elektroencefalograficznego. Badania prof. Anny Rudkowskiej-Brzeckiej na temat czynnika gene-

tycznego w obrazie bioelektrycznym mózgu oraz ewolucji czynności bioelektrycznej mózgu zajmują poczesne miejsce w bibliografii neurofizjologicznej.

W roku 1968 prof. R. Arend osiągnął wiek emerytalny i przeszedł na akademicką emeryturę, utrzymując stały korespondencyjny kontakt ze współpracownikami z Wrocławia, którzy pamiętając o jego dniu imienin przysyłali mu życzenia i bukiety kwiatów. Zmarł 13 grudnia 1980 roku. Został pochowany na cmentarzu Rakowickim w Krakowie.

Kolejnym kierownikiem kliniki po raz trzeci została prof. S. Falkiewiczowa. Jednym z pierwszych jej zadań było przeniesienie kliniki do ówczesnego Szpitala Specjalistycznego przy ulicy R. Traugutta 114 (w późniejszych latach placówce nadano imię wrocławskiego profesora anatomii Tadeusza Marciniaka). Pomimo że zespół budynków szpitalnych liczył już wówczas ponad 100 lat i zostały wybudowane przez ewangelickie zgromadzenie diakonów „Betania” dla pacjentów kliniki i personelu była to korzystna odmiana polegająca na poprawieniu komfortu pobytu chorych, pracy lekarzy. Lepsze warunki lokalowe dały możliwość uruchomienia nowych pracowników i poradni przyklinikowej. Czas pokazał, że była to przeprowadzka na ponad 30 lat. Prof. S. Falkiewiczowa swoją misję zakończyła wraz z osiągnięciem wieku emerytalnego, pozostawała jednak nadal bardzo aktywna, uczestnicząc w pracach kliniki, służąc radą i wsparciem nowemu kierownikowi, który w dowód szacunku dla uczzonej był promotorem i organizatorem odnowienia jej doktoratu po 50 latach. Zmarła 25.01.1992 roku i została pochowana na cmentarzu parafialnym w Pyrach (Warszawa-Ursynów).

Autor dziękuje prof. Sławomirowi Budrewiczowi za wsparcie i cenne rady w czasie przygotowywania publikacji.



Fot. z archiwum D.L.

□ dr Dariusz Lewera

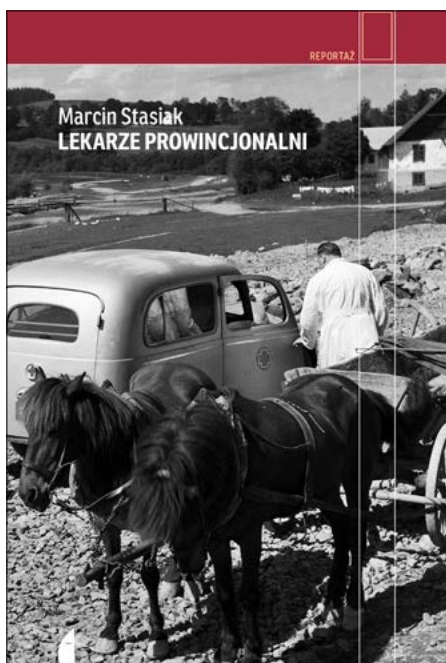
Collegium Witelona Uczelnia Państwowa
Ośrodek Pamięci i Dokumentacji Historycznej DIL

DOBRA LEKTURA

Tam, gdzie zaczyna się medycyna

Dzisiaj trudno wyobrazić sobie medycynę bez gabinetów, aparatury, leków i całej infrastruktury, która pozwala lekarzowi wykonywać swój zawód. Reportaż „Lekarze prowincjonalni” Marcina Stasiaka zabiera czytelnika do świata, w którym to brak był normą, a improwizacja – codziennością. Książka opowiada o lekarzach, stomatologach, felczerach, pielęgniarkach i położnych, którzy w pierwszych powojennych dekadach trafiali z dużych miast do miasteczek, osad i wsi. Prowincja, błotnista droga, gabinet urządzone w chłopskiej izbie, przy nikłym świetle naftowej lampy – to właśnie w takich warunkach rodziła się prawdziwa rewolucja zdrowotna w Polsce.

Na pierwszy rzut oka „Lekarze prowincjonalni” jest książką o medycynie. W rzeczywistości autor opowiada o czymś znacznie szerszym – o spotkaniu dwóch światów. Z jednej strony są wykształceni medycy przywożący ze sobą wiedzę i przekonanie, że nowoczesna medycyna powinna być dostępna również poza dużymi miastami. Z drugiej – mieszkańcy prowincji, ich przyzwyczajenia, obawy i często zupełnie inne wyobrażenie o leczeniu. W tym zderzeniu rodzi się opowieść nie tylko o zdrowiu, lecz także o zmieniającej się Polsce. Stasiak wykorzystuje losy bohaterów, by pokazać odbudowę kraju, modernizację prowincji i narodziny systemu powszechnej opieki zdrowotnej. Publikacja obejmuje pierwsze ćwierćwiecze po II wojnie światowej, od 1945 do 1970 roku. W tym czasie medycyna miała stać się jednym z elementów nowego porządku społecznego i dotrzeć również do



Marcin Stasiak, „Lekarze prowincjonalni”,
Wydawnictwo Czarne, 2026.

tych, którzy wcześniej z lekarzem stykali się rzadko albo wcale.

Największą siłą książki są jej bohaterowie. Autor oddaje głos samym medykom poprzez sięgnięcie do ich wspomnień, biografii, pamiętników. Dzięki temu poznajemy nie tylko ich zawodowe dokonania, lecz także codzienne wybory, trudności, sposób patrzenia na świat. Widzimy ludzi zmęczonych, niepewnych, często niezadowolonych, bo trafiających na prowincję z rozkazu. Aleksander Bałasz wsiada zimą 1946 roku do krakowskiego pociągu, kierowany bardziej ciekawością niż rozkazem. Konstanty Muraszko już rok

wcześniej trafia do Bezdan. Stanisław Bayer wraca do kraju statkiem jako żołnierz 2. Korpusu. Krystyna Modrzewska decyduje się na wyjazd dopiero w 1957 roku. To właśnie te osobiste historie sprawiają, że „Lekarze prowincjonalnych” czyta się bardziej jak reportaż o ludziach niż klasyczną książkę historyczną. Autor ma reporterskie wyczucie szczegółu i potrafi z pojedynczych historii zbudować szerszy obraz. Nie zasypuje czytelnika wyłącznie datami i faktami. Zamiast tego pokazuje, jak wielkie przemiany mogą wyglądać z perspektywy pojedynczego człowieka. Warto też docenić sposób, w jaki autor patrzy na swoich bohaterów – pełny szacunku, jednak daleki od bezkrytycznego zachwytu. Próbuje zrozumieć zarówno tych, którzy przywozili na prowincję nowoczesną wiedzę, jak i tych, którzy nie zawsze byli gotowi ją przyjąć.

Z pewnością nie jest to lektura dla osób szukających wartkiej fabuły czy sensacyjnych historii ze świata medycyny. Jej siła tkwi gdzie indziej – w szczegółach, autentycznych świadectwach i atmosferze epoki. „Lekarze prowincjonalni” to książka o medycynie, ale zostają w pamięci przede wszystkim ludzie. Ci, którzy wyjeżdżali na prowincję nie do końca wiedząc, co ich tam czeka. I ci, dla których wizyta u lekarza często była pierwszym krokiem do innego spojrzenia na własne zdrowie. To trochę reportaż, trochę historia społeczna, a przede wszystkim świadectwo tego, jak wiele potrafi zmienić zwykła ludzka obecność tam, gdzie najbardziej jej brakowało.

DOBRY FILM

Pięćset mil do siebie

Są takie filmy, które od pierwszych minut zdradzają, dokąd zmierzają. „500 mil” Morgana Matthews’a należy do rzadszej kategorii – takiej, która przez większość seansu każe nam wierzyć w jedną historię, żeby w finale pokazać, że oglądaliśmy coś zupełnie innego. To ryzykowna strategia narracyjna, ale reżyser „X+Y” po raz kolejny dowodzi, że potrafi mówić o relacjach rodzinnych bez fałszywej nuty.

Punktem wyjścia jest scenariusz znany z niezliczonych filmów drogi: dwaj bracia, szesnastoletni Finn i dużo młodszy Charlie, uciekają z domu, kiedy ich rodzice stają na progu rozvodu. Cel podróży – oddalona o pięćset mil farma dziadka w Irlandii, która ma być ucieczką od chaosu i jednocześnie próbą jego zażegnania. Tyle że im dłużej trwa ta wyprawa, tym mocniej czujemy, że coś w tej opowieści się nie zga-

dza. Matthews sieje te wątpliwości z chirurgiczną precyzją, aż w końcu serwuje zwrot, który zmusza do przewartościowania wszystkiego, co widzieliśmy, a wcześniejsze sceny nagle nabierają nowego, cięższego znaczenia.

Dużą siłą filmu pozostają aktorzy. Roman Griffin Davis jako Finn przekonująco pokazuje chłopca, który zbyt wcześnie próbuje stać się do-



rosły, a Dexter Sol Ansell nadaje Charliemu potrzebną lekkość. Bill Nighy, wcielający się w dziadka Johna, wnosi do historii doświadczenie człowieka, który sam ma za sobą własne straty i niewypowiedziane historie. To człowiek ciepły i pełen uroku, ale jednocześnie obciążony własną przeszłością, poczuciem winy i świadomością konsekwencji dawnych decyzji. Relacja dziadka z wnukami należy do najbardziej poruszających elementów „500 mil”.

Na osobną uwagę zasługuje warstwa dźwiękowa filmu. Irlandzka muzyka ludowa przeplata się z ciszą – tą samą ciszą, która w rodzinie bohaterów zastąpiła rozmowę. To subtelne echo tematu przewodniego: dźwięk pojawia się tam, gdzie jest bezpiecznie i znika tam, gdzie zaczyna się cierpienie. Nie sposób wreszcie pominąć kontekstu, w jakim ten film trafił do polskich kin. Dystrybutor zdecydował się oddać cały dochód z biletów zakupionych w dniu pre-



„500 mil”, reż. Morgan Matthews, Wielka Brytania 2026, dystrybutor: Best Film, materiały promocyjne.

miery na rzecz fundacji wspierającej dzieci i młodzież w kryzysie psychicznym – i trudno o gest, który tak trafnie zamykałby klamrą to, co dzieje się na ekranie.

„500 mil” okazuje się więc nie tyle opowieścią o podróży do dziadka, ile o drodze, którą rodzina musi przejść,

by na nowo nauczyć się ze sobą rozmawiać. To wyprawa nie tylko przez setki kilometrów, lecz także przez żal, poczucie winy i przemilczane emocje – w stronę ludzi, których najbardziej potrzebujemy i których najmocniej Kochamy. Film, który warto oglądać uważnie. I najlepiej z chusteczkami pod ręką.

WARTO PRZECZYTAĆ



Katarzyna Fiołek, „Tysiąc bieszczadzkich gwiazd”, Wydawnictwo MUZA S.A.

Katarzyna Fiołek ponownie zabiera czytelniczki w swoje ukochane góry! Kojące, oprószone śniegiem Bieszczady, są idealnym tłem dla nowych początków – w miłości i życiu.

A gdyby tej zimy rzucić wszystko i uciec w Bieszczady?

Łucja kiedyś zrobiła coś odwrotnego – uciekła z Bieszczadów i zostawiła tam chłopaka, który kochał ją najbardziej na świecie. Teraz, po dziesięciu latach, musi wrócić do Lutowisk. Tylko na chwilę. Sprzedać stary dom i znów zniknąć. Ale Janek wciąż tu jest. Jedno spojrzenie wystarczy, by wróciło wszystko, o czym Łucja próbowała zapomnieć: pierwsze pocałunki, wspólne marzenia, tęsknota i uczucie, które najwyraźniej nigdy nie wygasło. Jest tylko jeden problem – Janek wkrótce ma poślubić inną kobietę. Wśród ośnieżonych połonin, zapachu igliwia i wieczorów spędzanych przy kominku granica między tym, co było, a tym, czego oboje wciąż pragną, zaczyna niebezpiecznie się zacierać.

Romantyczna, pełna tęsknoty opowieść o zimowych Bieszczadach i miłości, która przetrwała rozłąkę.



SPOTKAJ SIĘ Z KULTURĄ. WYDARZENIA KULTURALNE

Muzyka w Zamku na Wodzie – trzy koncerty na finał

Przed nami już tylko trzy koncerty cyklu „Muzyka w Zamku na Wodzie” w Wojnowicach koło Wrocławia. Jesienią zabrzmiały dawne, tradycyjne i improwizowane dźwięki – od barokowych inspiracji, śpiewu i tańca w wykonaniu Ensemble La Sensible (18 października o godz. 18.00), przez staropolskie pieśni i łacińskie

śpiewy Zespołu Muzyki Dawnej Jerzycho pod kierownictwem Bartosza Izbińskiego (11 listopada o godz. 18.00), po muzykę pogranicza Wielkiego Księstwa Litewskiego w wykonaniu Moniki Paśnik-Petryczenko i Siergieja Petryczenki (15 listopada o godz. 16.00). Każdy z koncertów będzie inną muzyczną podróżą przez

historię, tradycję i kulturę Europy Środkowo-Wschodniej.

Historyczne wnętrza Zamku na Wodzie, otoczonego parkiem i stawem, tworzą kameralną scenerię dla koncertów, pozwalając muzyce wybrzmieć w miejscu, w którym historia i kultura są obecne na co dzień.

Jazztopad 2026 – muzyczne eksperymenty i premierowe projekty

Od 13 do 22 listopada potrwa 23. edycja Jazztopad Festival, wydarzenia poświęconego współczesnej muzyce improwizowanej. Tegoroczny program ponownie stawia na artystyczne eksperymenty, premierowe projekty i spotkania muzyków reprezentujących różne tradycje i style.

Wśród najważniejszych wydarzeń znalazły się europejska premiera opery Wayne'a Shortera i Esperanza Spalding, projekt Nduduzo Mak-

hathiniego z Lutosławski Quartet oraz koncerty Amira ElSaffara, DoYeon Kim, Raphaëla Rogińskiego, Sissel Very Pettersen czy Williama Parkera, Shabaki i Hamida Drake'a. Nie zabraknie także improwizacji, kameralnych koncertów w prywatnych mieszkaniach, sesji klubowych oraz wydarzeń dla dzieci.

Jazztopad odbywa się we Wrocławiu, a jego główną sceną jest Narodowe Forum Muzyki. Festiwal od ponad 20 lat pozostaje przestrzenią dla muzy-

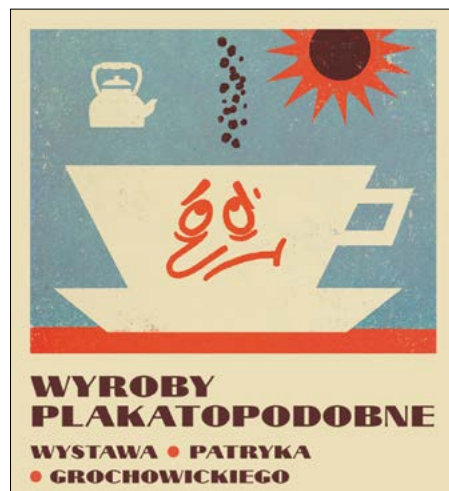


ki, która przekracza gatunkowe granice i daje artystom możliwość tworzenia nowych projektów.

Wyroby plakatopodobne. Wystawa Patryka Grochowskiego

Szyldy dawnych zakładów rzemieślniczych, etykiety produktów, plansze edukacyjne i tablice BHP – charakterystyczne formy graficzne lat 70., 80. i 90. wracają w pracach Patryka Grochowskiego. Wystawa w Klubie pod Kolumnami czerpie z wizualnego języka codzienności, przywołując atmosferę polskiej prowincji: małych miasteczek, wiejskich sklepów, biwaków i pól namiotowych.

Wśród prezentowanych prac znalazły się m.in. grafiki inspirowane etykietami zapalczanymi, cykl poświęcony klasykom polskiej ufologii, a także eksperymentalne formy i realizacje filmowe. Artysta, absolwent Komunikacji Multimedialnej na Uniwersytecie Artystycznym w Poznaniu, łączy w swojej twórczości grafikę, ilustrację, plakat, animację i wideoart. Wystawa potrwa do 30 listopada w Klubie pod Kolumnami przy pl. św. Macieja 21 we Wrocławiu. Wstęp wolny.



Fajnie się składa – klocki w roli głównej

7 grudnia 2026 roku we Wrocławiu odbędzie się „Fajnie się składa” – ogólnopolski zlot miłośników klocków, tworzony przez fanów dla fanów. W Czasoprzestrzeni spotkają się zarówno doświadczeni konstruktorzy, jak i osoby, dla których budowanie jest przede wszystkim hobby. Wśród atrakcji znajdują się wielkie

makiety przedstawiające m.in. miasta, sceny historyczne i militarne oraz światy fantasy, a także konstrukcje inspirowane popularnymi seriami i popkulturą.

Nie zabraknie strefy wspólnego budowania, warsztatów i prelekcji, podczas których będzie można poznać różne techniki konstruowania

i posłuchać o doświadczeniach innych pasjonatów. Miłośników klocków może zainteresować również bazar z rzadkimi minifigurkami, elementami, gadżetami i zestawami retro. Wydarzenie nawiąże także do nostalgii lat 80. i 90. oraz takich serii jak Bionicle, Ninjago czy Star Wars.

❑ Opracowała Aleksandra Surowiec



NOWOŚĆ Adria Art
SEZON 2026/27

Sąsiedzi z góry.

Spektakl w reżyserii Artura Barcisia

10.10 Wrocław
Impart Centrum

DLA CZYTELNIKÓW MEDIUM
I OSÓB TOWARZYSZĄCYCH
KOD RABATOWY -10%: MEDIUM10



POMRUK SALONÓW

W połowie sierpnia w Kościele Garnizony-owym św. Elżbiety miało miejsce specjalne wydarzenie z okazji Święta Wojska Polskiego. Potężne brzmienie barokowych organów Englera połączyło się z orkiestrą dętą. Przed wrocławską publicznością wystąpiła Orkiestra Reprezentacyjna Wojsk Lądowych



Fot. internet

Prof. dr hab. Piotr Rojek przy barokowych organach Englera

we Wrocławiu, reprezentacyjny chór Akademii Wojsk Lądowych oraz soliści. W programie znalazły się improwizacje organowe prof. Piotra Rojka, kultowe motywy z filmów (między innymi „Czas honoru”, „Miasto 44” czy „Janosik”), a także polskie utwory patriotyczne i marsze. Barokowe organy Englera uległy zniszczeniu po pożarze, który strawił ten wspaniały instrument w 1976 roku. Wrocław dokonał czegoś, na co dotychczas nie porwał się nikt na świecie. Tak wielkiego instrumentu w historycznej postaci dotychczas nigdzie nie odtworzono. W roku 2022 odzyskałmy jeden z wielkich skarbów naszego miasta. Tego, że jest to skarb, dowodzi nie tylko wspaniała przeszłość, lecz także ludzie i frekwencja na koncertach. Dotychczas koncertów w bazylice św. Elżbiety wysłuchało 30 tysięcy osób. Koncerty są bezpłatne, trzeba tylko odpowiednio wcześniej przyjść, aby zająć siedzące miejsce. A wszystko to jest zasługą sekretarza miasta Włodzimierza Patalasa, który był inicjatorem odbudowy organów, a teraz towarzyszy prawie każdemu koncertowi, przybliżając historię ich renowacji. Widać, że organy są jego „ukochanym dzieckiem”. Z kolei nasz mistrz organów prof. Piotr Rojek swoimi improwizacjami dostarcza nam w czasie każdego koncertu niezapomnianych wrażeń. Zapraszam do wysłuchania barokowych organów.

W ostatnim czasie obrodziło imprezami z okazji 80. rocznicy urodzin. Kiedyś ludzie nie dożywali takiego wieku, a teraz 80 lat jest chlebem codziennym. Imprezy są okazją do przypomnienia sobie dawnych czasów i spotkań dawno niewidzianych przyjaciół. Ale trafiają się też pogrzeby. W ostatnim dniu sierpnia na Cmentarzu Grabiszyńskim pożegnaliśmy w strugach deszczu prof. Bożenę Płonkę-Syroka, wybitną historyczkę medycyny, która położyła olbrzymie zasługi w popularyzacji kultury uzdrowskiej. Wiele lat prowadziła Zakład Humanistycznych Nauk Farmaceutycznych naszego uniwersytetu. Rozwinęła współpracę przede wszystkim z uniwersytetem w Istambule w Turcji, która ma długie tradycje w leczeniu uzdrowskim. W Turcji jest najbardziej znanym polskim historykiem medycyny. Sprawozdanie z pogrzebu znajdziecie na sąsiednich szpaltach.

Ostatnio pisałem o jubileuszu 35-lecia najstarszego Klubu Rotary we Wrocławiu. Warto powiedzieć, że w uznaniu zasług wrocławskich rotarian klub otrzymał „Dolnośląski Klucz Sukcesu”, którego wręczenie odbyło się na uroczystej gali w Operze Wrocławskiej. Gratulujemy.

Wasz Bywalec



35-lecie najstarszego Klubu Rotary we Wrocławiu

Fot. z archiwum KW.

ZAPISKI EMERYTA

ZWYKŁY LEKARZ

Polskie prawo wyróżnia trzy typy lekarzy – lekarz, lekarz dentysta i lekarz weterynarz. Przyjęło się tytułować lekarz (zwykłego) tytułem doktora, mimo iż nie wszyscy uzyskali ten naukowy stopień. Na obszarze należącym w wyniku zaborów – przejściowo – do CK Austrii, kończąc studia medyczne absolwent uzyskiwał nawet tytuł „doktora wszech nauk lekarskich”!

Obecnie po studniach i następowym stażu podyplomowym lekarz otrzymuje Prawo Wykonywania Zawodu. Jakiego – ano lekarskiego.

Co robi taki „zawodowiec”? Diagnostuje choroby i leczy. Jak? Według aktualnej wiedzy medycznej. Czy jest taka książka, taki zbiór w książkach lub internecie, może w AI pod nazwą aktualna wiedza medyczna? Nie ma. Wiedza ta zmienia się bezustannie, Często nie tylko w przód, ale także cofa się do starych metod! Kto zatem decyduje co i gdzie może zrobić lekarz? I tu dochodzimy do sedna.

Otóż decyduje o tym Urzędnik! Minister Zdrowia, dyrektor NFZ, dyrektor szpitala. Nawet nie specjalista krajowy

w jakiejś dziedzinie medycyny! Jeśli ktoś chce leczyć nowotwór na zwykłym oddziale – nie może (chyba że dyrektor zawczasu, przed kilkunastu laty, wpisał do statutu szpitala nazwę oddział onkologiczny), chirurg w najbliższym czasie nie będzie mógł wyciąć tarczycy, bo jest „zwykłym” chirurgiem a nie chirurgiem endokrynologicznym. To nic, że wyciął już 5000 tarczyc z dobrym efektem. Musi posłać pacjenta do oddziału specjalistycznego, gdzie operację przeprowadzi lekarz, dla którego to będzie 3(!) operacja w roku. Lekarz, który doskonale wszczepia bypasy u pacjentów w stanach zagrożenia życia, nie może ich zakładać na oddziale internistycznym odległym o kilkadziesiąt kilometrów od oddziału kardiologicznego. Przykładów podobnych z różnych dziedzin jest bez liku.

Wygląda na to, że trzeba przeorganizować cały system szkolenia i wydawania zaświadczeń „umiejętności” medycznych w oparciu o naukę i zdrowy rozsądek, a nie tylko o zasoby finansowe NFZ i widzimisiowości urzędników.

dr Józef emeryt



SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

– Odkażanie wozów kolejowych, szczególnie sypialnych, staje się coraz większą potrzebą, a nie robi się dotąd w tym kierunku nic albo prawie nic. Obecnie koleje pruskie wprowadziły odkażanie w warsztacie poczdamskim. Zbudowano w tym celu olbrzymi cylinder, do którego wjeżdża cały wóz kolejowy; następnie zamyka się szczelnie cylinder i ogrzewa do 50 stopni, potem przy pomocy pompy powietrznej wytwarza się próżnię i napełnia cylinder parą formolu. Odkażanie jednego wozu wraz z amortyzacją aparatu wypada około 40 marek. Wobec grasującej obecnie cholery w Rosji odkażanie dokładne wozów kolejowych byłoby bardzo na czasie.

„Medycyna i Kronika Lekarska” 1910, XLV, 771

– W ostatnim numerze *British medical Journal* wskazuje Spencer Wells na konieczną potrzebę odpoczynku dla bardzo zajętych lekarzy londyńskich i zaleca w tym celu w zimie trzymiesięczną wycieczkę do Jamaiki i Florydy z powrotem przez Washington i Nowy Jork twierdząc, że trzy miesiące odpoczynku jak z jednej strony nie jest za wiele, tak z drugiej wzmacnia siły i wpływa korzystnie na stan psychiczny tak, iż po powrocie można tem skuteczniej oddawać się praktyce lekarskiej.

„Przegląd Lekarski” 1896, LV, 202

– Nader smutnie przedstawia się zdrowotność miast w Państwie Rosyjskiem. Z liczby 762 miast Rosji Europejskiej tylko w 149 są wodociągi, kanalizację zaś posiada 27. Ze 121 miast Królestwa Polskiego 9 posiada wodociągi, a 5 jest skanalizowanych. Ze 103 miast Kaukazu 27 posiada wodociągi, kanalizację 6. Z 50 miast Syberii żadne nie jest skanalizowane, wodociągi mają dwa miasta. Z 46 miast Azji środkowej wodociągi znajdują się w 5 miastach, kanalizacji żadne nie posiada. Nic dziwnego zatem, że Rosya z pomiędzy państw europejskich ma najwyższą liczbę zachorowań, i że cholera jest prawie endemiczna.

„Medycyna i Kronika Lekarska” 1910, XLV, 771

– Dlaczego promienie Röntgena nie są widzialne dla wzroku ludzkiego? Na to zaciekawiające pytanie dają odpowiedź

PP. Darieux i Rochas, którzy złożyli paryskiej akademii nauk ścisłych następujące wyniki swoich badań: oko wieprza świeżo zabitego, przez które przepuszczano X promienie o silnym natężeniu, wstrzymało je całkowicie; rzecz oczywista, że jeśli promienie te nie dostają się drogą pobudzenia do ośrodków odbierających wrażenia wzrokowe, to i uświadomienie zmysłowe tych promieni jest niemożliwe. Niemniej dziwnem jest twierdzenie wymienionych badaczy, że szkło, przepuszczające wszelkie światło, wstrzymuje Röntgenowskie promienie, lub bardzo mało je przepuszcza.

„Przegląd Lekarski” 1896, LV, 278

– Petersburg. W izbie sądowej petersburskiej lekarz miejski Sztecher i włościanin Petrow stawali w zarzucie wymagania pieniędzy od osób, podlegających powinności wojskowej i obiecywania im uwolnienia. Sztecher, którego oskarżono także o wywoływanie sztucznych wrzodów (za pośrednictwem lapisu), skazany został na utratę wszelkich praw osobistych i zesłanie do gubernii Tomskiej.

„Kronika Lekarska” 1879/1890, I, 78

– W naszych pismach lekarskich czyta się nieraz o uchu średnim w znaczeniu *auris media*; jest to błąd mogący dać powód do szkodliwej w nauce dwuznaczności. Wyraz *ś r e d n i* jest pojęciem, że się tak wyrazimy, rachunkowym, matematycznym; tak n. p. człowiek średniego wzrostu jestto człowiek zajmujący swym wzrostem środek arytmetyczny między ludźmi niskimi a wysokimi. Ucho średnie jest uchem mającem średnią t. j. ani niezwyczajnie wielką ani nieprawidłowo za małą bystrość słuchu lub objętość i t. d.; wyraz *ś r o d k o w y* zaś jest pojęciem topograficznym; *auris media* przeto znaczy po polsku ucho środkowe, t. j. część ucha znajdującą się w środku czyli między uchem zewnętrznym a uchem wewnętrznym.

„Przegląd Lekarski” 1896 LV, 262

– excerpta selegit
Andrzej Kierzek



Z WOKANDY

Okręgowego Sądu Lekarskiego we Wrocławiu

□ Aleksandra Stebel

Źródło grafiki: iStock

Słowo „hejt” to fonetyczny zapis angielskiego słowa *hate* oznaczającego uczucie niechęci. W polskiej przestrzeni językowej pojawia się ono często obok terminu „mowy nienawiści” choć nie powinno być z nim używane wymiennie. Na potrzeby artykułu skupię się zatem tylko na tym pierwszym. W swoim wywiadzie prof. Monika Kaczmarek-Słowińska określa go następująco: „[...] treści nienawistne, w których pojawia się próba deprecjonowania jakiejś osoby, będą hejtem”¹.

Hejt nie jest merytoryczną krytyką, nie jest też zwykłą agresją. To ten rodzaj komunikatów, komunikacji, która ma za zadanie poniżyć przeciwnika, sprawić, aby inni przestali widzieć w nim człowieka. Może przybierać różne formy, od plotek przez złośliwe komentarze, ośmieszające, spreparowane materiały. Niezależnie od formy jego celem jest człowiek a nie jego działania. Bywa wulgarny, ma na celu ośmieszenie, upokorzenie, wykorzystuje stereotypy i uogólnienia.

Środowisko lekarskie nie jest wolne od tego rodzaju zachowań. Bynajmniej nie mam tu na myśli agresywnych i obraźliwych postaw prezentowanych w relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, bowiem to zagadnienie mogłoby stanowić przedmiot odrębnego opracowania, a mam na uwadze przejawy hejtu występujące w środowisku samych lekarzy.

Z praktyki sądowej wynika, że jeszcze kilka lat temu postępowania dotyczące tego rodzaju zachowań zdarzały się sporadycznie. Obecnie sądy lekarskie mierzą się z tą problematyką coraz częściej, bowiem przedstawiciele środowiska lekarskiego w sposób dość swobodny formułują treści naruszające dobre imię kolegów lekarzy, czyniąc to zarówno w rozmowie z pacjentem, jak i w przestrzeni publicznej, czując się bezkarnie z powodu pozornej anonimowości.

Przyczyn tego rodzaju zachowań należy upatrywać na wielu płaszczyznach. Poczynając od działań skupionych na rywalizacji o pacjenta, poprzez podległość służbową i budujące się na tym polu konflikty, a kończąc na wypaleniu zawodowym wynikającym ze zmęczenia, przepracowania i stresu. Wydaje się również, że swego rodzaju erozji uległy obowiązujące dotychczas normy etyczne regulujące stosunki między lekarzami, które obecnie przez część środowiska traktowane są jako martwe zapisy. Nie bez znaczenia pozostają również okoliczności związane z brakiem systemowych rozwiązań mających na celu ochronę interesu lekarza przed krzywdzącymi go, obraźliwymi i nieuprawnionymi wypowiedziami kierowanymi pod jego adresem. To powoduje, że lekarz który mierzy się z wyżej wymienionymi problemami staje się bezradny, natomiast autor takich treści pozostaje bezkarny.

Samorząd lekarski, dostrzegając istnienie problemu, rozpoczął wprowadzanie rozwiązań zapewniających poszkodowanym lekarzom realne wsparcie. Zarówno na płaszczyźnie dobrostanu psychicznego, jak i w przypadku sporu prawnego.

Sądy lekarskie, jako organy samorządu zawodowego, także w sposób jednoznaczny potępiają tego rodzaju zachowania, czego przykładami są poniżej omówione orzeczenia.

- Obwiniony lekarz, prowadząc indywidualną dokumentację medyczną pacjentów, w której opisywał przebiegi wizyt chorych u lekarza orzecznika ZUS, zawarł w nich własne komentarze umniejszające kompetencje lekarki oraz w wiadomościach e-mail kierowanych do inspektorów ZUS opisywał wyżej wymienioną lekarkę jako chamliwą, ubliżającą pacjentom, podłą złośliwą, a także określił



Fot. z archiwum A.S.

□ Aleksandra Stebel

kierownik Kancelarii Okręgowego Sądu Lekarskiego DIL

ją mianem „zjawiska chorobowego” oraz użył sformułowania: „Moim zdaniem nie odróżnia krowy od motyla, chociaż do motyla moim zdaniem jej bardzo daleko” oraz „Moim skromnym zdaniem ta pani zna się na psychiatrii jak świnia na koralach...”. Sąd lekarski uznał, że działanie obwinionego lekarza stanowiło publiczną dyskredytację wyżej wymienionego lekarza i naruszyło art. 1 ust. 1 i 3 i art. 22 KEL. Za ten czyn obwiniony lekarz został ukarany karą nagany.

- Obwiniony lekarz, pełniąc dyżur w zespole ratownictwa medycznego, zachował się nieetycznie wobec lekarza anestezjologa pełniącego dyżur w SOR, do którego obwiniony przetransportował pacjenta będące-

¹<https://kobieta.rp.pl/> - protokół dostępu, dn. 17.09.2026 r.

go po urazie lewej kończyny dolnej. Konsultujący pacjenta lekarz SOR, po przeprowadzeniu badania fizykalnego, nie stwierdzając wskazań do dalszej diagnostyki w tym wielospecjalistycznym podmiocie leczniczym, podjął decyzję o skierowaniu chorego do dalszej diagnostyki w jednostce rejonowej. Z uwagi na podjętą decyzję między lekarzami wywiązała się kłótnia, której rezultatem było użycie przez obwinionego lekarza słów powszechnie uznanych za obelżywe, a nadto posłużenie się sformułowaniem, że „jest rasistą i jeśli coś się lekarzowi nie podoba to może wrócić na Białoruś”. Sąd uznał, że postępowanie to stanowiło przewinienie zawodowe i naruszyło godność wykonywanego zawodu i wystąpiło przeciwko art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w związku z art. 1 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej i art. 52 ust. 1 zd. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej. Sąd lekarski, z uwagi na pojednanie się lekarzy na rozprawie, postawę obwinionego wyrażającą się w okazaniu skruchy i przeproszeniu pokrzywdzonego umorzył postępowanie w oparciu o art. 82 ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

- Obwiniony lekarz dopuścił się popełnienia przewinienia zawodowego

w ten sposób, że na portalu społecznościowym Instagram umieścił na koncie pokrzywdzonej lekarki dentystki, pod fotografiami przedstawiającymi przeprowadzone leczenie stomatologiczne, następujące komentarze (cyt.): – „Dla mnie jesteś zwykłym oszustem. Pokazałeś zupełnie dwóch innych pacjentów zapomniawszy dodać że Pacjent ma wykonaną zwykłą protezę. Czyli zęby wyciągane. To żadne licówki. Udajesz że jesteś szkoleniowcem, a w rzeczywistości jesteś kłamcą który oszukuje obserwatorów”. – „To jest oszustwo. (...) Ten doktor Was kłamie (...) Facet który pokazuje kłamstwo szkoli innych”. Sąd lekarski uznał, że wpis ten stanowił przewinienie zawodowe i naruszył art. 52 ust. 2 i ust. 3, art. 52 ust. 1, ust. 2 i ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej w związku z art. 53 ustawy o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r. Za ten czyn sąd lekarski wymierzył karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 1 (jednego) roku.

- Obwiniony lekarz, pełniąc dyżur w SOR, po udzieleniu świadczenia zdrowotnego pacjentowi, który zgłosił się do podmiotu leczniczego ze skierowaniem od lekarza POZ, umieścił w treści karty informacyjnej z przebiegu hospitalizacji, w zaleceniach dla pacjenta, następujące sformułowanie: „kontrola w POZ, zmia-

na lekarza prowadzącego”. W ocenie sądu lekarskiego obwiniony naruszył godność zawodu lekarza, występując przeciwko art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 1 ust. 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej i art. 52 ust. 1 zd. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej i za ten czyn wymierzono względem obwinionego lekarza karę upomnienia.

- Obwiniony lekarz w ramach portalu internetowego Ranking Lekarzy www.rankinglekarzy.pl, dokonał publikacji dwóch wpisów zawierających negatywne twierdzenia dotyczące postawy zawodowej innych lekarzy o następującej treści: „Nadęty i gburowaty. Brak wiedzy i małe kompetencje. Niepunktualny i niedotrzymujący terminów. Niesłowny. Sposób zachowania nie budzący zaufania”, a także „Efekciarstwo i autoreklama, za którymi niewiele stoi. Traktowanie pacjenta z góry i naciąganie na kosztowne metody leczenia. Lekceważenie pacjenta”. Niniejsze działanie sąd lekarski ocenił jako przewinienie zawodowe, które naruszyło art. art. 52 ust. 1, 2, 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej, za który wymierzono karę nagany.

Wydawnictwo Dolnośląskiej Izby Lekarskiej Poleca album fotografii Marka Rawskiego

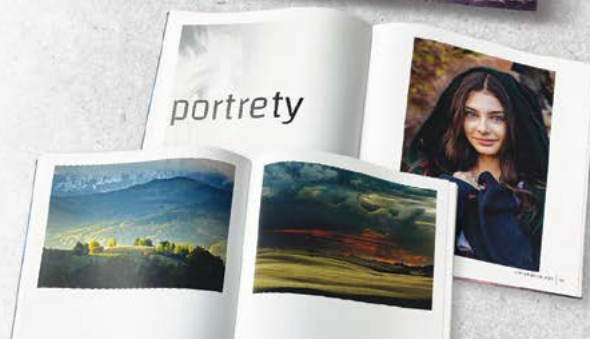
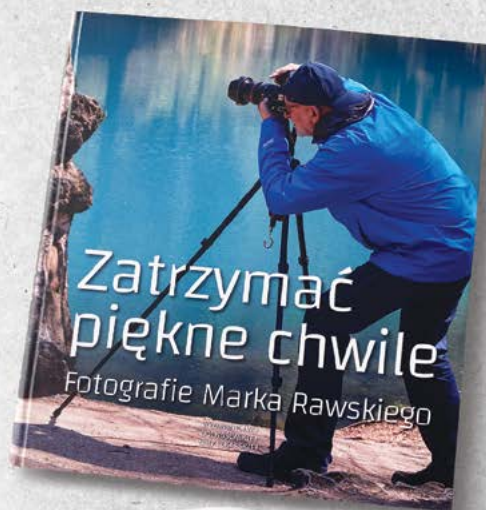
Fotografia opowiada o miejscach, zdarzeniach i problemach ludzi, o sytuacjach często niedostrzegalnych dla innych. Czasami wygląda to jak kolekcjonowanie pięknych chwil. Jedni kolekcjonują obrazy słynnych malarzy, inni kolekcjonują słowa, układające się w większe, jeszcze inni zbierają znaczki pocztowe lub widokówki. [...]

Ja kolekcjonuję obrazy fotograficzne. Spośród tysięcy zgromadzonych negatywów jedynie nieliczne kwalifikują się do uzyskania tytułu nieprzeciętnego i mogą zostać zaprezentowane publicznie.

Taki właśnie zbiór fotografii chciałbym zaprezentować Czytelnikom w tym albumie.

Marek Rawski

Marek Rawski – doktor n. medycznych, chirurg i fotograf. Ostatnio uhonorowany tytułem excellence FIAP (wybitny artysta Federation Internationale del Art. Photographique).



Oprawa twarda, 188 stron, format 245 x 270 mm, cena 90 zł/egz. Więcej na: www.dilnet.wroc.pl/wydawnictwo/



NOWE PRZEPISY PRAWNE

11 sierpnia 2026 r. weszła w życie ustawa z dnia 3 lipca 2026 r. o zmianie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w Dz.U. z 2026 r. poz. 1007.

Zgodnie z nowelizacją ustawy koordynator opieki onkologicznej oznacza osobę odpowiedzialną za udzielanie świadczeniobiorcy objętemu opieką onkologiczną informacji o organizacji diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego oraz za ich koordynację na poszczególnych etapach opieki onkologicznej, zatrudnioną na podstawie stosunku pracy lub innego stosunku prawnego w **Specjalistycznym Ośrodku Leczenia Onkologicznego**.

SOLO jest podmiotem leczniczym w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, o którym mowa w ustawie o działalności leczniczej, zakwalifikowanym do Krajowej Sieci Onkologicznej w zakresie zakładu leczniczego realizującego opiekę onkologiczną.

SOLO I poziomu spełnia określone w ustawie kryteria w **jednym z trzech obszarów**:

- **leczenie zabiegowe chirurgiczne, chemioterapia i inne metody leczenia systemowego,**
- **radioterapia onkologiczna** oraz współpracuje z SOLO III poziomu.

SOLO I poziomu:

- organizuje wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dla świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO I poziomu we współpracy z SOLO III poziomu,
- realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO I poziomu, ustalony przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, o którym mowa wyżej, i zaopiniowany przez SOLO III poziomu, oraz przekazuje niezwłocznie po każdym zakończonym etapie leczenia informacje o jego realizacji do SOLO III poziomu,
- wyznacza koordynatora opieki onkologicznej.

SOLO II poziomu spełnia określone kryteria w **dwóch** z trzech wymienionych wyżej obszarów.

SOLO II poziomu:

- organizuje wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dla świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO II poziomu,
- realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO II poziomu,
- wyznacza koordynatora opieki onkologicznej.

SOLO III poziomu spełnia określone kryteria, we wszystkich wymienionych wyżej obszarach.

SOLO III poziomu:

- organizuje wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dla świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO III poziomu,
- realizuje plan leczenia onkologicznego świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną SOLO III poziomu,
- wyznacza koordynatora opieki onkologicznej;
- udziela merytorycznego wsparcia koordynatorowi opieki onkologicznej wyznaczonemu przez SOLO I poziomu,
- zapewnia SOLO I poziomu i SOLO II poziomu możliwość skorzystania z porad i konsultacji, w tym za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności,
- opiniuje plan leczenia onkologicznego SOLO I poziomu i sprawuje nadzór nad realizacją tego planu, w tym jest uprawniony do rekomendowania jego modyfikacji,
- współpracuje z SOLO I poziomu w zakresie organizacji wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego dla świadczeniobiorcy objętego opieką onkologiczną przez SOLO I poziomu.

Ocena poziomu jakości opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą objętym opieką onkologiczną w ra-



□ **mec. Beata Kozyra-Łukasiak**
radca prawny DIL

mach Krajowej Sieci Onkologicznej jest prowadzona w podziale na poszczególne rozpoznania, z uwzględnieniem wskaźników jakości opieki onkologicznej, w tym wybranych spośród nich kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej.

Wskaźniki jakości opieki onkologicznej zostaną obliczone po raz pierwszy za 2027 r., w terminie do **30 kwietnia 2028 r.**

NFZ, we współpracy z Krajowym Ośrodkiem Monitorującym, monitoruje jakość opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Funkcję KOM pełni Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie.

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, stanowiąca elektroniczną dokumentację medyczną, uprawnia świadczeniobiorcę do:

- diagnostyki onkologicznej,
- leczenia onkologicznego.

Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawia świadczeniobiorcy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych, albo świadczeń w ramach programów zdrowotnych.

Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest wystawiana w postaci elektronicznej w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w przepisach ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia

Dane zawarte w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego mogą być przetwarzane przez świadczeniobiorcę udzielającego świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego w celu monitorowania stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub zapewnienia ciągłości opieki onkologicznej.

Do 31 grudnia 2026 r. karta diagnostyki i leczenia onkologicznego może być wystawiana i prowadzona zgodnie z przepisami dotychczasowymi.

Dane zawarte w karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego wysta-

wionej zgodnie z dotychczasowymi przepisami i niezamkniętej **do 31 grudnia 2026 r.** zostaną przeniesione przez NFZ do systemu teleinformatycznego, **do 1 stycznia 2027 r.**

W przypadku karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawionej zgodnie z dotychczasowymi przepisami **do 31 grudnia 2026 r.** pacjent zamierzający skorzystać z diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pozostawia tę kartę u świadczeniodawcy, u którego ta diagnostyka lub to leczenie będą wykonywane.

Podmioty lecznicze, które **26 lipca 2026 r.** znajdowały się w wykazie świadczeniodawców ogłoszonym przez Prezesa Funduszu w Biuletynie Informacji Publicznej tworzą Krajową Sieć Onkologiczną na poziomach zabezpieczenia opieki onkologicznej przypisanych im w tym wykazie i są uprawnione do realizacji opieki onkologicznej **do 26 lipca 2028 r.**

11 sierpnia 2026 r. weszła w życie ustawa z dnia 3 lipca 2026 r. o systemach sztucznej inteligencji, opublikowana w Dz.U. z 2026 r. poz. 1003.

Ustawa określa:

- organizację i sposób sprawowania nadzoru nad rynkiem systemów **sztucznej inteligencji** oraz modelami sztucznej inteligencji ogólnego przeznaczenia w zakresie objętym **rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1689 z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustanowienia zharmonizowanych przepisów dotyczących sztucznej inteligencji ze zmianami (akt w sprawie sztucznej inteligencji)** (Dz. Urz. UE L 2024/1689 z 12.07.2024),
- postępowanie w sprawie naruszenia **rozporządzenia 2024/1689** i ustawy,
- warunki i tryb akredytacji oraz notyfikacji jednostek oceniających zgodność,
- działania wspierające rozwój systemów sztucznej inteligencji,
- zasady nakładania administracyjnych kar pieniężnych za naruszenie rozporządzenia 2024/1689 i ustawy.

Komisja Rozwoju i Bezpieczeństwa Sztucznej Inteligencji jest organem nadzoru rynku w zakresie systemów sztucznej inteligencji w rozumieniu przepisów rozporządzenia 2024/1689.

Komisja może wydawać opinie indywidualne i wyjaśnienia w sprawach objętych zakresem jej działania.

Z wnioskiem do komisji o wydanie opinii indywidualnej może zwrócić się podmiot:

- obowiązany do stosowania rozporządzenia 2024/1689 i ustawy lub
- który planuje podjąć działania, na skutek których zostanie objęty zakresem stosowania powyższych przepisów.

Wniosek o wydanie opinii indywidualnej może dotyczyć stanu faktycznego lub zdarzenia przyszłego w zakresie objętym rozporządzeniem 2024/1689 lub ustawą.

Od 2 sierpnia 2026 r. obowiązują przepisy **rozporządzenia 2024/1689** w zakresie transparentności wykorzystania sztucznej inteligencji, które dotyczą m.in. **przedsiębiorców wykonujących działalność leczniczą, korzystających z chatbotów udzielających odpowiedzi na pytania zadawane przez pacjentów, voicebotów, które obsługują infolinię oraz agentów AI komunikujących się z pacjentami w celu umówienia lub odwołania wizyty.**

Wskazane przepisy nakładają obowiązki dotyczące informowania osób, które mają bezpośredni kontakt z systemem AI lub są adresatami informacji wygenerowanych przez sztuczną inteligencję.

Wytyczne dotyczące stosowania obowiązków transparentności, które zostały opublikowane przez Komisję Europejską wskazują, że ich celem jest umożliwienie użytkownikom rozpoznania, kiedy rozmawiają z AI albo kiedy mają do czynienia z treścią stworzoną lub zmodyfikowaną przez AI.

Informacja o wykorzystaniu sztucznej inteligencji powinna zostać przekazana w momencie pierwszego kontaktu odbiorcy z systemem AI lub wygenerowaną przez niego treścią.

Podmioty, które wykorzystują system AI do generowania obrazów, treści dźwiękowych lub wideo albo manipulowania nimi, tak by ludzkość przypominały istniejące osoby, przedmioty, miejsca lub wydarzenia, które mogą niesłusznie zostać uznane przez odbiorcę za autentyczne lub prawdziwe „deptak”, powinny jasno i wyraźnie ujawnić poprzez odpowiednie oznakowanie wyniku AI, że treści te zostały sztucznie wygenerowane lub zmanipulowane.

17 sierpnia 2026 r. zostało opublikowane w Dz.U. z 2026 r. poz. 1096 obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2026 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych.

18 sierpnia 2026 r. zostało opublikowane w Dz.U. z 2026 r. poz. 1103 obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2026 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

27 sierpnia 2026 r. weszła w życie ustawa z dnia 3 lipca 2026 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz niektórych innych ustaw, opublikowana w Dz.U. z 2026 r. poz. 1004.

Leczenie substytucyjne oznacza stosowanie produktów leczniczych:

* o działaniu agonistycznym na receptor opioidowy w ramach programu leczenia substytucyjnego,

* zawierających substancję czynną buprenorfinę w ramach ordynacji lekarskiej prowadzonej przez lekarza:

- będącego świadczeniodawcą, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień albo
- zatrudnionego lub wykonującego zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień albo
- zatrudnionego lub wykonującego zawód w podmiocie leczniczym dla osób pozbawionych wolności, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy – Kodeks karny wykonawczy.

Osoba uzależniona może być leczona z zastosowaniem leczenia substytucyjnego prowadzonego w ramach programu leczenia substytucyjnego albo otrzymywać produkt leczniczy zawierający substancję czynną buprenorfinę w ramach ordynacji lekarskiej.

Leczenie substytucyjne prowadzi się w celu:

- poprawy stanu zdrowia somatycznego i psychicznego oraz reintegracji społecznej pacjenta,



- ograniczenia rozprzestrzeniania zakażeń, w szczególności HIV, HCV, HBV oraz gruźlicy.

Kierownik programu leczenia substytucyjnego albo upoważniony przez niego lekarz wykonujący zadania objęte tym programem, a w przypadku leczenia substytucyjnego prowadzonego w ramach ordynacji lekarskiej – uprawniony lekarz kwalifikuje daną osobę do udziału w leczeniu substytucyjnym jeżeli spełnia następujące warunki:

- jest uzależniona od opioidów,
- ukończyła 18. rok życia,
- wyraziła zgodę na podjęcie leczenia substytucyjnego.

Do leczenia substytucyjnego można zakwalifikować osobę niespełniającą warunku dotyczącego wieku, jeżeli przemawiają za tym ważne względy zdrowotne.

Rozpoczęcie leczenia substytucyjnego następuje w ramach:

- programu leczenia substytucyjnego – od daty zakwalifikowania pacjenta do udziału w leczeniu,
- ordynacji lekarskiej – od daty wystawienia pierwszej recepty na produkt leczniczy zawierający substancję czynną buprenorfinę.

Termin realizacji recepty na produkt leczniczy zawierający substancję czynną buprenorfinę, wystawionej przez lekarza w ramach ordynacji lekarskiej, nie może przekroczyć 30 dni od daty jej wystawienia.

Produkt leczniczy stosowany w leczeniu substytucyjnym w ramach programu leczenia substytucyjnego jest podawany pacjentowi w podmiocie leczniczym przez lekarza lub pielęgniarkę lub wydawany przez farmaceutę w jednorazowych dawkach dobowych i przyjmowany przez pacjenta w ich obecności.

Produkt leczniczy stosowany w leczeniu substytucyjnym w ramach programu leczenia substytucyjnego może być przyjmowany przez pacjenta poza podmiotem leczniczym bez obecności lekarza, pielęgniarki lub farmaceuty w przypadku wystąpienia przeszkody uniemożliwiającej przybycie pacjenta do podmiotu leczniczego prowadzącego leczenie substytucyjne, takiej jak:

- 1) konieczność pozostania pacjenta w miejscu jego zamieszkania lub stałego albo czasowego pobytu ze względu na wskazania zdrowotne lub przyczyny losowe,

- 2) inna niż określona w pkt. 1 uzasadniona przyczyna, jeżeli pacjent spełnia łącznie następujące warunki:

- a) uczestniczy w programie leczenia substytucyjnego przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- b) zachowuje całkowitą abstynencję od środków odurzających lub substancji psychotropowych niezleconych przez lekarza oraz nowych substancji psychoaktywnych,
- c) regularnie uczestniczy w przewidzianej programem leczenia substytucyjnego terapii.

Przyjmowanie przez pacjenta produktu leczniczego stosowanego w leczeniu substytucyjnym w ramach programu leczenia substytucyjnego poza podmiotem leczniczym bez obecności lekarza, pielęgniarki lub farmaceuty z przyczyn, o których mowa w pkt. 2, jest dopuszczalne mimo niespełniania przez pacjenta warunków, o którym mowa w tym przepisie, jeżeli jest uzasadnione stanem psychofizycznym lub sytuacją życiową pacjenta oraz właściwościami farmakologicznymi podawanego mu produktu leczniczego.

W przypadkach, o których mowa wyżej, produkt leczniczy stosowany w leczeniu substytucyjnym w ramach programu leczenia substytucyjnego może być wydany pacjentowi przez podmiot leczniczy w dawkach zapewniających leczenie substytucyjne przez okres nie dłuższy niż 7 dni.

W tych przypadkach decyzję o wydaniu pacjentowi produktu leczniczego stosowanego w leczeniu substytucyjnym w ramach programu leczenia substytucyjnego podejmuje kierownik tego programu albo upoważniony przez niego lekarz.

W przypadku gdy czas trwania przeszkody uniemożliwiającej przybycie pacjenta do podmiotu leczniczego jest dłuższy niż czas, na który został wydany produkt leczniczy stosowany w leczeniu substytucyjnym w ramach programu leczenia substytucyjnego, kierownik tego programu albo upoważniony przez niego lekarz może podjąć decyzję o przedłużeniu okresu przyjmowania przez pacjenta produktu leczniczego bez obecności lekarza, pielęgniarki lub farmaceuty na okres nie dłuższy niż 14 dni.

W przypadku pacjentów nieprzerwanie leczonych substytucyjnie przez okres co najmniej 2 lat, produkt leczniczy stosowany w leczeniu

substytucyjnym w ramach programu leczenia substytucyjnego może być wydany przez podmiot leczniczy na okres nie dłuższy niż 14 dni, o ile pozwala na to stan psychofizyczny pacjenta, w szczególności gdy taki tryb wydania produktu leczniczego stosowanego w leczeniu substytucyjnym w ramach programu leczenia substytucyjnego będzie pomocny w realizacji celów leczenia.

Kierownik programu leczenia substytucyjnego albo upoważniony przez niego lekarz odnotowuje zmianę trybu wydawania produktu leczniczego stosowanego w leczeniu substytucyjnym w ramach programu leczenia substytucyjnego, albo odmowę tej zmiany wraz z uzasadnieniem w dokumentacji medycznej pacjenta.

Pacjentom wyjeżdżającym za granicę spełniającym powyższe warunki, produkt leczniczy stosowany w leczeniu substytucyjnym w ramach programu leczenia substytucyjnego może być wydany na czas trwania wyjazdu, nie dłuższy niż 30 dni.

Podmiot leczniczy lub inna placówka, w której pacjent aktualnie przebywa ze względu na stan zdrowia, w szczególności dom pomocy społecznej lub placówka zapewniająca całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, osobom przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku, są obowiązane do zapewnienia ciągłości leczenia substytucyjnego w zakresie wynikającym z posiadanych warunków organizacyjnych i kadrowych, w szczególności przez umożliwienie realizacji świadczeń zdrowotnych we współpracy z:

- podmiotem leczniczym prowadzącym leczenie substytucyjne w ramach programu leczenia substytucyjnego albo
- uprawnionym lekarzem prowadzącym leczenie w ramach ordynacji lekarskiej. Kontynuacja leczenia substytucyjnego może zostać wstrzymana przez lekarza w przypadku wystąpienia udokumentowanych przeciwwskazań zdrowotnych lub innych okoliczności zagrażających bezpieczeństwu pacjenta. Decyzja ta wraz z uzasadnieniem podlega odnotowaniu w dokumentacji medycznej pacjenta.

Pacjent nie może być objęty jednocześnie więcej niż jednym programem leczenia substytucyjnego lub leczeniem substytucyjnym w ramach ordynacji lekarskiej prowadzonej przez uprawnionego lekarza.

Podmioty lecznicze prowadzące leczenie substytucyjne w ramach programu leczenia substytucyjnego przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy są obowiązane dostosować się do wskazanych wymogów, w terminie 12 miesięcy od dnia jej wejścia w życie.

27 sierpnia 2026 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 20 sierpnia 2026 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, opublikowane w Dz.U. z 2026 r. poz. 1132.

W przypadku przysposobienia dziecka dokumentację medyczną udostępnia się na wniosek jego przedstawiciela ustawowego przez sporządzenie wyciągu ze wskazaniem danych identyfikacyjnych noworodka lub dziecka wynikających z dokonania przysposobienia.

27 sierpnia 2026 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2026 r. w sprawie leczenia substytucyjnego, opublikowane w Dz.U. z 2026 r. poz. 1135.

Rozporządzenie określa:

- sposób wydawania, transportu, przechowywania i dokumentowania przychodu i rozchodu produktów leczniczych stosowanych w programie leczenia substytucyjnego,
- warunki i metody przeprowadzania badania na występowanie w moczu lub w innych płynach ustrojowych środków odurzających lub substancji psychotropowych innych niż stosowane w leczeniu substytucyjnym lub nowych substancji psychoaktywnych,
- wzór karty identyfikacyjnej w przypadku prowadzenia leczenia substytucyjnego w ramach pro-

gramu leczenia substytucyjnego oraz wzór karty identyfikacyjnej w przypadku prowadzenia leczenia substytucyjnego w ramach ordynacji lekarskiej,

- wzór wniosku o dostęp do Centralnego Wykazu Osób Objętych Leczeniem Substytucyjnym w przypadku prowadzenia leczenia substytucyjnego w ramach programu leczenia substytucyjnego oraz wzór wniosku o dostęp do Wykazu w przypadku prowadzenia leczenia substytucyjnego w ramach ordynacji lekarskiej.

28 sierpnia 2026 r. zostało opublikowane w Dz.U. z 2026 r. poz. 1140 obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2026 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

5 września 2026 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2026 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, opublikowane w Dz.U. z 2026 r. poz. 1113.

Świadczeniodawca gromadzi i przekazuje do NFZ informacje dotyczące personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy z NFZ, obejmujące numer PESEL i numer prawa wykonywania zawodu albo indywidualny identyfikator wpisu w przypadku osoby, o której mowa w przepisach ustawy o niektórych zawodach medycznych, a w sytuacji, gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany numer prawa wykonywania zawodu albo indywidualny identyfikator wpisu – numer PESEL (od 1 listopada 2026 r.)

Ponadto zmiany zostały wprowadzone:

- w załączniku nr 8 do rozporządzenia – wykaz świadczeń, w przypadku udzielania których świadczeniodawcy prowadzą harmonogram przyjęć, w tym listy oczekujących, na udzielenie świadczenia,
- w załączniku nr 9 do rozporządzenia – wykaz świadczeń, w przypadku udzielania których świadczeniodawcy prowadzą oczekujących na udzielenie świadczenia, w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu (od 1 sierpnia, 1 grudnia 2027 r., lub 1 lutego, 1 marca, 1 kwietnia, 1 czerwca 2028 r. dla wskazanych pozycji).

Harmonogramy przyjęć na udzielanie świadczeń, o których mowa w pkt. 16–30 części II załącznika nr 9 do rozporządzenia, są prowadzone od 1 października 2026 r. w aplikacji udostępnionej przez NFZ.

Do 30 września 2026 r. świadczeniodawcy udzielający świadczeń z powyższego zakresu wprowadzą do aplikacji udostępnionej przez NFZ dane osób oczekujących na te świadczenia według stanu na 30 września 2026 r.

Harmonogramy przyjęć na udzielanie świadczeń, o których mowa w części I załącznika nr 8 do rozporządzenia są prowadzone od 1 stycznia 2027 r.

Do 31 grudnia 2026 r. świadczeniodawcy udzielający świadczeń z tego zakresu, wprowadzą do posiadanego przez nich systemu informatycznego, który obsługuje harmonogramy przyjęć, dane osób oczekujących na te świadczenia według stanu na 31 grudnia 2026 r.

Więcej na stronie:
www.dilnet.wroc.pl
zakładka PRAWO



Prawne aspekty hejtu kierowanego wobec lekarzy

Należy zauważyć, że omawiane w tym numerze „Medium” zjawisko hejtu, poza wymiarem społecznym, ma też znaczenie prawne. Co prawda hejt nie stanowi odrębnej kategorii normatywnej, ale pod tym pojęciem można zidentyfikować różnego rodzaju zachowania, które mogą wyczerpywać znamiona przestępstw przeciwko czci, prowadzić do naruszenia dóbr osobistych lub stanowić inne czyny zagrożone odpowiedzialnością cywilną i karną. Stąd kilka słów prawniczego komentarza.

Wielki Słownik Języka Polskiego podpowiada, że termin „hejt” oznacza: „ogół negatywnych emocji i ocen, które wyrażają się we wrogich i krzywdzących wypowiedziach pojawiających się masowo” (<https://wsjp.pl/haslo/podglad/67480/hejt/5177298/zjawisko>, data dostępu: 18.09.2026). Jest to dość prosta, ale użyteczna definicja, chociaż w powszechnym rozumieniu powtarzającym się w różnych, w tym prawniczych opracowaniach, pojęcie hejtu tłumaczone jest jako agresywne, obraźliwe i nienawistne wypowiedzi, które są kierowane do innych osób, zarówno w internecie jak i w relacjach międzyludzkich. Najistotniejszym elementem hejtu jest zatem negatywna ocena o nieuzasadnionym charakterze skierowana wobec konkretnej osoby lub środowiska. W przypadku grupy zawodowej lekarzy, negatywne opinie deprecjonujące i obrażające osoby do niej należące mogą być szczególnie niebezpieczne, ponieważ tworząc nieprawdziwy obraz danego profesjonalisty bądź całego środowiska, nie tylko je dyskredytują, ale też podważają zaufanie do ważnego społecznie zawodu. Dlatego warto mieć świadomość, jakie prawne instrumentarium jest dostępne w tego typu sytuacjach.

Przede wszystkim trzeba zauważyć, że nie każda krytyka lekarza/środowiska lekarskiego jest bezprawna, Pacjent ma prawo wyrażać opinię o udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych. Granicą jest

jednak prawdziwość i rzetelność formułowanych ocen. Tam, gdzie dochodzi do oszczerstwa, zostają przekroczone granice wolności słowa i możliwe jest postawienie zarzutów opartych na przepisach prawa karnego oraz cywilnego.

Odpowiedzialność karna będzie najczęściej dotyczyła zniesławienia, znieważenia i gróźb karalnych. Zniesławienie scharakteryzowane jest w art. 212 Kodeksu karnego. Konsekwencją pomówienia mogącego poniżyć daną osobę w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla pełnienia danego stanowiska, wykonywania zawodu lub rodzaju działalności, może być kara grzywny albo ograniczenia wolności. **Istotne jest jednak, że przestępstwo zniesławienia odbywa się z oskarżenia prywatnego.** Wymaga zatem działania ze strony lekarza. Najczęściej zniesławienie polega na fałszywym przypisaniu lekarzowi popełnienia błędu medycznego, korupcji, braku kwalifikacji zawodowych, świadomego narażenia życia pacjentów, działania pod wpływem substancji psychoaktywnych. Warto dodać, że pomówienie za pomocą środków masowego komunikowania (np. media społecznościowe, fora internetowe, portale zamieszczające opinie o usługach medycznych i lekarzach) stanowi kwalifikowane przestępstwo i wiąże się z konsekwencjami w postaci grzywny, ograniczenia, a także pozbawienia wolności (art. 212 § 2).

Z kolei znieważenie osoby opisane jest w art. 216 Kodeksu karnego. Podlega karze grzywny albo karze ograniczenia wolności. W przypadku znieważenia za pomocą środków masowego komunikowania, przewidziana jest kara grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. **Podobnie jak przestępstwo zniesławienia, znieważenie też ścigane jest z oskarżenia prywatnego,** czyli wymaga inicjatywy lekarza.



Fot. z archiwum AW-K

□ Agata Wnukiewicz-Kozłowska

dr hab. prof. UWr kierownik Interdyscyplinarnej Pracowni Prawa Medycznego i Bioetyki oraz Studiów Podyplomowych Prawa Medycznego i Bioetyki na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.

Z orzecnictwa sądów wynika, że znieważenie rozumiane jest jako używanie wobec lekarza określeń powszechnie uznawanych za obelżywe, czyli np. nazwanie medyka konowalem, mordercą, łapówkarzem, nazistą, czy scharakteryzowanie za pomocą porównania do osoby skompromitowanej w środowisku przez swoje nieetyczne albo wręcz przestępcze zachowanie – jak chociażby dr Mengele.

Kolejnym rodzajem zachowania, które mieści się w pojęciu hejtu i równocześnie stanowi przestępstwo karne, są groźby karalne, czyli takie zachowanie wobec lekarza, które polega na straszeniu go popełnieniem przestępstwa wobec niego lub osoby mu najbliższej, jeśli groźba tego rodzaju wzbudza w tym lekarzu lub osobie, której dotyczy uzasadnioną obawę, że będzie spełniona (art. 190 Kodeksu karnego). **Wyżej opisane przestępstwo, jak poprzednie, ścigane jest z oskarżenia prywatnego.** Zagrożone jest karą pozbawienia wolności do lat 3. Przykładami zachowań wyczerpujących przestępstwo sty-

pizowane w art. 190 kk są groźby pozbawienia życia, zastraszanie lekarzy i ich bliskich anonimową korespondencją zawierającą pogroźki, pisemne i ustne zapowiadanie zemsty za rzekomą współpracę z przemysłem farmaceutycznym itp.

W kontekście nienawistnych zachowań istotne znaczenie ma art. 190a Kodeksu karnego. Mowa w nim o uporczywym nękaniu (tzw. stalkingu) oraz kradzieży tożsamości. W § 1 opisane zostało zachowanie polegające na uporczywym nękaniu, które u konkretnej osoby lub osoby jej najbliższej wzbudza uzasadnione okolicznościami poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia lub istotnie narusza jej prywatność. Przystępstwo to zagrożone jest karą pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat. **Jak i w wyżej opisanych przypadkach, również to przestępstwo ścigane jest z oskarżenia prywatnego.** Uporczywe nękanie, jak można przeczytać w komentarzach do Kodeksu karnego, polega na nagabywaniu osoby rozmowami telefonicznymi, SMS-ami, e-mailami, nachodzeniem w miejscu pracy i w domu, zaczepianiem na ulicy, obserwowaniem i śledzeniem (A. Zoll, *Komentarz do art. 190a kk* [w:] W. Wróbel (red.), A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I. Komentarz do art. 117-211a*, Warszawa 2017). Można zatem wyobrazić sobie sytuacje, w których pacjenci niezadowoleni, sfrustrowani (zwłaszcza systemem opieki zdrowotnej), z problemami natury psychicznej będą istotnie i w sposób nieakceptowalny ingerować swoim zachowaniem w prywatność lekarza i jego bliskich. Należy w takich okolicznościach reagować, aby działanie takiego pacjenta nie doprowadziło do tragicznych skutków (np. zabójstwo lekarza lub osoby mu bliskiej, strach przed przebywaniem w przestrzeni publicznej, poczucie stałego zagrożenia atakiem, wypalenie zawodowe itp.).

W § 2 zaś tego samego artykułu opisane jest przestępstwo kradzieży tożsamości, czyli podszywania się pod osobę (w tym wypadku lekarza), kradzież jej danych osobowych, wizerunku prowadzące do wyrządzenia jej szkody majątkowej

lub osobistej. Takie sytuacje dość często zachodzą w kontekście reklamy produktów i wyrobów medycznych. Przestępcy, posługując się nazwiskiem lub wizerunkiem lekarza, wykorzystują jego autorytet i dorobek zawodowy dla korzyści majątkowej, równocześnie doprowadzając do utraty dobrego imienia, ponieważ polecany i sprzedawany w ten sposób towar nie trzyma jakości i może być dla pacjentów wręcz niebezpieczny.

Z kolei na gruncie prawa cywilnego lekarz może dochodzić ochrony swoich dóbr osobistych na podstawie art. 23 i 24 Kodeksu cywilnego. Ochronie podlegają między innymi: cześć, dobre imię, reputacja zawodowa, godność, wizerunek. W razie naruszenia lekarz może żądać: usunięcia wpisów, zaprzestania dalszych naruszeń, opublikowania przeprosin, zapłaty zadośćuczynienia, wpłaty odpowiedniej kwoty na cele społeczne.

Przypadki, w których sądy orzekły kary wobec osób stosujących hejt wobec lekarzy, są opisywane w prasie medycznej (zob. np. <https://podyplomie.pl/aktualnosci/sprawa-liderki-przeciwnikow-szczepien-zakonczona>, dostęp: 19.09.2026, <https://www.termidia.pl/mz/Nazywano-go-esesmanem-i-Mengele-sa-wyroki-w-tej-sprawie,61789.html>, dostęp: 19.09.2026, <https://gazetalekarska.pl/hejt-wobec-lekarzy/>, 19.06.2026). Można zauważyć, że sądy nie bagatelizują spraw z zakresu mowy nienawiści. Najczęściej dotyczą one obrażania lekarzy ze strony środowisk antyszczepionkowych.

Podsumowując, należy podkreślić, że hejt wobec lekarzy nie jest wyłącznie problemem społecznym i etycznym, ale również zagadnieniem prawnym. Prawo zapewnia lekarzom dość szeroki katalog instrumentów ochrony, obejmujący odpowiedzialność karną za zniesławienie i znieważenie oraz cywilnoprawną ochronę dóbr osobistych. Szczególne znaczenie ma ochrona reputacji zawodowej lekarza, ponieważ zaufanie społeczne stanowi jeden z fundamentów wykonywania zawodu medycznego. W realiach komunikacji internetowej granica między dopuszczal-

ną krytyką a bezprawnym hejtem staje się coraz bardziej istotna, a skuteczna ochrona prawna wymaga szybkiego zabezpieczenia dowodów oraz zdecydowanej reakcji na naruszenia. Działania tego rodzaju wymagają jednak pewnej sprawności i zaangażowania. Lekarz, który chciałby podjąć działania prawne wobec osoby, która narusza jego prawa, prezentując zachowania charakterystyczne dla hejtu, musiałby śledzić pod tym kątem internet i dokumentować obraźliwe wpisy (np. przez tzw. zrzuty ekranu, wydruki z datą), zbierać i porządkować pisemne dowody nienawistnych wypowiedzi (otrzymywanych np. w formie listów, anonimów), nagrywać i archiwizować agresywne zachowania pacjentów w bezpośrednich relacjach z lekarzem lub w miejscu świadczenia usług.

Tego rodzaju działania są oczywiście możliwe do wykonania, ale angażują czas i emocje. W wielu zatem przypadkach lekarze rezygnują z przeciwdziałania mowie nienawiści oraz zachowaniom godzącym w ich dobre imię oraz bezpieczeństwo. To powoduje poczucie bezkarności wśród tych, którzy formułują obraźliwe i krzywdzące wypowiedzi i prezentują nienawistną postawę. Pewną rolę może odgrywać edukacja społeczeństwa na temat zagrożeń wynikających z hejterskich zachowań, ale nie należy przeceniać jej roli. Wymaga czasu, cierpliwości, strategii. Najbardziej skuteczna wydaje się konkretna walka z osobami i nagłaśnianie przypadków ukarania winnych. Strach przed konsekwencjami, jeśli jawią się one jako realne i dotkliwe, wydaje się bowiem najbardziej skuteczną formą prewencji.

Czy jednak rolą lekarza jest ściganie przestępcy? Szukanie dowodów, ich zabezpieczanie, wchodzenie na ścieżkę prawnej walki? To oczywiście pytanie o charakterze retorycznym. Istota problemu tkwi chyba w utracie autorytetu i zagubieniu misji społecznej lekarza. Usługi medyczne to nie to samo co leczenie pacjenta. Rozstrzygnięcie jednak tak ważkiego zagadnienia powinno należeć do samego środowiska medycznego.



Kazimiera Milan

Zogromnym żalem informujemy, że 1 sierpnia 2026 roku, w wieku 94 lat odeszła nasza ukochana Mama, Ciocia i przyjaciółka, lek. medycyny Kazimiera Milan.

To Ona uczyła nas po kolei życia, a kiedy pojawiły się poważniejsze problemy – życiowe, zdrowotne – zawsze starała się służyć nam radą i pomocą.

W międzyczasie, często kosztem wypoczynku, pracowała nad realizacją swoich marzeń i celów: zdobyła dwie specjalizacje II st.: z medycyny pracy i z chorób wewnętrznych.

Była sumiennym, obowiązkowym i dobrze zorganizowanym współpracownikiem. Przez wiele lat pełniła funkcję zastępcy ordynatora Oddziału Internistyczno-Diabetologicznego Szpitala im. Falkiewicza we Wrocławiu. Służyła pomocą i doświadczeniem wielu pokoleniom młodych lekarzy. A przy

tym zawsze starała się, aby z Jej oczu nie zginął pacjent, po prostu człowiek, któremu poświęcała ogrom czasu.

Z dużym zaangażowaniem działała również w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej, gdzie przez wiele lat pełniła funkcję Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a w okresie 10.10.1997 – 17.11.2001, w trakcie III kadencji samorządu lekarskiego. była p.o. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej (p.o. OROZ).

A potem przyszły starsze lata, słabsze zdrowie, które, my dzieci, staraliśmy się wypełnić troską, miłością i wsparciem.

Dzisiaj, kiedy Mama odeszła, będzie nam Jej bardzo brakowało, ale wiemy, że pozostanie z nami we wdzięcznej pamięci.

□ córka Magdalena, syn Marek



Fot. z archiwum rodziny

Kazimiera Milan
(2.02.1932–1.08.2026)

Eugeniusz Mierczyński (1893–1986)

Wtrakcie stażu odbywanego w latach 1970–1972 w Szpitalu im. R.J. Czerwiakowskiego we Wrocławiu miałem okazję widzieć doktora Eugeniusza Mierczyńskiego w akcji!

Niewielu już chyba z żyjących ma takie wspomnienia.

Jako młody adept medycyny zauważyłem kiedyś niezwykle poruszenie wśród zespołu chirurgicznego. Wszyscy mówili, że operował będzie dr Mierczyński. Nic mi to nazwisko nie mówiło. Wyjaśniono mi, że to były dyrektor i ordynator chirurgii tego szpitala.

Ówczesny dyrektor szpitala – Rościsław Banasik i ordynator chirurgii – dr hab. Henryk Kuś, późniejszy profesor Akademii Medycznej we Wrocławiu, pozwalali będącemu już na emeryturze doktorowi Mierczyńskiemu operować „swoich pacjentów” – takie były czasy!

To była cholecystectomy, oczywiście robiona klasycznie. Inaczej wtedy nie operowano.

Wszyscy lekarze, którzy nie byli zajęci, w tym również ja – stażysta, udali się na blok operacyjny. Właściwie to zostałem tam przez zespół lekarski wysłany.

Musisz to zobaczyć – mówiono!

To była poezja! Wspaniały pokaz mistrza chirurgicznej sztuki! Cały zabieg był robiony „na ostro”, bez zbędnego maltretowania tkanek. Nie było tam zbędnych ruchów. Każdy z nich był przeprowadzony dokładnie z doskonałą precyzją. Każdy potrzebny.



Czwarty od lewej siedzi dr n. med. Eugeniusz Mierczyński (z publikacji pt. 70 lat Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu s. 291)

Fot. z archiwum KW.

Poszczególne etapy operacji były jak kolejne ryciny z podręcznika chirurgii!

Wydawało się, że doktor operuje bardzo powoli. Ale to wskazówki zegara zwolniły na czas zabiegu! Podczas zabiegu panowała cisza, zaburzana jedynie pracą zastawek aparatu do znieczulenia (starego Draegera) i cichymi poleceniami dla instrumentariuszki.

Doktor podziękował zespołowi (byłem po stronie anestezjologicznej) i zakończył się spektakl jakiego już nigdy, w swoim ponad 56-letnim życiu anestezjologa, nie zobaczyłem!

A dane mi było pracować i dyżurować w większości wrocławskich szpitali (także klinicznych) i na koniec kariery, powiatowych.

Później dowiedziałem się, że dr Mierczyński pracował podczas wojny jako lekarz wojskowy na zachodzie Europy, co było w owych czasach „tajemnicą poliszynela” szeptań na ucho.

□ lek. Kazimierz Woźniak
specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny lotniczej

Bożena Płonka-Syroka

„Moja koleżanka z podstawówki”

W południe 24 sierpnia 2026 r. pożegnaliśmy na cmentarzu Grabiszyńskim wybitną wrocławską uczoną prof. dr hab. Bożenę Płonkę-Syrokę, historyka medycyny, antropologa wiedzy, od wielu lat związaną z Akademią Medyczną, później Uniwersytetem Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Instytutem Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk, Uniwersytetem Wrocławskim, a w ostatnich latach z Collegium Witelona Uczelnia Państwowa w Legnicy. Po mszy żałobnej celebrowanej przez księdza, przyjaciela Pani Profesor, ceremonię poprowadził prof. Krzysztof Wroński, wieloletni znajomy uczoney. Marcin Pożegnalne wygłosili kolejno prof. Marcin Mączyński – dziekan Wydziału Farmacji UMW – dr Monika Wierzbicka – prorektor ds. dydaktyki i studentów Collegium Witelona, Ludwik Szydłak, szwagier Zmarłej, który odczytał wzruszający list prof. Fatmy Arin Namal z uniwersytetu w Stambule. Mowy pożegnalne bardzo osobistymi słowami zakończyła prof. Agnieszka Piwowar – prorektor ds. studentów i dydaktyki UMW. Uczona spoczęła w rodzinnym grobowcu obok rodziców i męża Andrzeja, z którym przez lata stanowili doskonały duet naukowy.

Prof. Bożena Płonka-Syroka urodziła się 28.08.1957 roku we Wrocławiu, w rodzinie lekarskiej. Po ukończeniu IX Liceum Ogólnokształcącego i zdaniu matury kontynuowała naukę na Wydziale Historii Uniwersytetu Wrocławskiego, gdzie w roku 1980 uzyskała magisterium. W Instytucie Historii Polskiej Akademii Nauk uzyskała kolejne stopnie naukowe. W 1987 roku doktorat na podstawie pracy *Recepcja doktryn medycznych przełomu XVIII i XIX wieku w polskich ośrodkach akademickich w latach 1784-1863*. W roku 2000 stopień doktora habilitowanego na podstawie dorobku naukowego i rozprawy pt. *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego (1797-1848) i polska recepcja jej teorii i doktryn w XX stuleciu*. 16 września 2016 roku otrzymała tytuł naukowy profesora w dziedzinie historii medycyny. Całe swoje życie zawodowe związała z Akademią Medyczną, następnie Uniwersytetem Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, pracując kolejno jako asystent (1980-1987), adiunkt (1988-1992), profesor nadzwyczajny (2007-2016) i profesor zwyczajny (2016-2023). Po przejściu na emeryturę akademicką współpracowała z Wydziałem Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej legnickiej uczelni Collegium Witelona, prowadząc zajęcia z etyki i socjologii medycyny.

Prof. Bożena Płonka-Syroka była promotorką trzech przewodów doktorskich, ponad 200 prac magisterskich i licencjackich na kierunkach: Farmacja i Analityka Medyczna, Historia i Etnologia oraz Zdro-

wie Publiczne. Była autorką jednej recenzji w postępowaniu na tytuł profesora, 17 na stopień doktora habilitowanego, 21 na stopień doktora. Przygotowała 350 recenzji wydawniczych książek i artykułów naukowych. Była założycielem i redaktorem naczelnym czasopism: „Roczniki Antropologii Wiedzy”, „Medycyna i okolice”, redaktorem 142 tomów monografii zbiorowych z serii „Studia z dziejów Kultury Medycznej”. Odbiła liczne staże zagraniczne, a także wygłosiła wiele gościnnych wykładów z zakresu historii medycyny. Zorganizowała ponad 140 konferencji naukowych cieszących się uznaniem środowiska naukowego w Polsce.

Będąc pracownikiem Akademii Medycznej/Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu kierowała licznymi programami naukowymi, których efektem były uznane publikacje między innymi: *Recepcja doktryn medycznych przełomu XIX i XX wieku w polskich ośrodkach akademickich w latach 1784-1863* (1990), *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego 1797-1848 i polska recepcja jej teorii i doktryn w dziewiętnastym stuleciu* (1999), *Mesmerizm. Od Astrologii do bioenergoterapii* (1992, 1994, 2007), *Medycyna w historii i kulturze. Studia z antropologii wiedzy* (2013), *Medycyna w historii i kulturze* (2016). Była autorką ponad 300 publikacji w czasopismach naukowych, m.in.: „Kwartalniku Nauka i Technika”, „Medycyna Nowożytna”, „Zagadnienia Naukoznawstwa”, „Archiwum Historii Medycyny i Farmacji”.

Poza historią medycyny bardzo ważnym obszarem zainteresowań i badań naukowych była historia fizjoterapii i lecznictwa uzdrowiskowego. Efektem prac nad tym zagadnieniem była seria wydawnicza *Kultura uzdrowiskowa w Europie* obejmująca 17 tomów, które doskonale uzupełniają piśmiennictwo nad tym niezwykle bogatym i ciekawym obszarem badań naukowych.

Pani Profesor była członkiem wielu prestiżowych towarzystw i gremiów naukowych w tym: Komisji Historii Nauk Medycznych Komitetu Historii Nauki i Techniki PAN, Komitetu Historii Nauki Polskiej Akademii Umiejętności, Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji, Niemiecko-Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny, Polskiego Towarzystwa Historiograficznego, członkiem założycielem Senackiej Komisji Dyscyplinarnej dla Nauczycieli Akademickich i Senackiej Komisji Etyki. Była założycielką i prezesem fundacji naukowej Humanitas et Scientia.

Za swoje osiągnięcia naukowe i organizacyjne otrzymała nagrody naukowe: Rektora Akademii Medycznej/Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu 1984, 1987,



Fot. z archiwum autora

**Bożena Płonka-Syroka
(1957-2026)**

1988, 1992, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, Rektora Uniwersytetu Wrocławskiego 2008 i 2011 oraz rektora Collegium Witelona 2025.

Wraz z odejściem prof. Bożeny Płonki-Syroki straciliśmy wybitnego naukowca, inspiratorkę wielu badań naukowych, dobrą koleżankę, która zawsze chętnie pomagała, wskazywała kierunki badań naukowych, zarażała swoją energią oraz życzliwością, z którą traktowała współpracowników i studentów. Dla nas, współpracowników, była jednocześnie przykładem sumiennego i konsekwentnego badacza posiadającego niedościgniony warsztat naukowy.

PS Poczytuję sobie za zaszczyt, że mogłem wspierać Panią Profesor w ostatnim okresie naznaczonym ciężką chorobą. Dużo rozmawialiśmy, snuła plany naukowe, konferencyjne, wydawnicze. Wierzyła, że to jeszcze nie czas na odchodzenie, że ma jeszcze dużo do zrobienia. Kiedy przychodziły gorsze dni mówiła, że ja jestem taki młody, a ona już taka stara. Prosiłem wówczas, aby tak nie mówiła, bo jestem tylko 8 lat młodszy i moglibyśmy być kolegami z podstawówki, ja z klasy pierwszej – Ona z ósmej. Rozbawił ją mój wywód na temat wieku i od tamtej pory nie mówiła przy mnie o starości, a telefonując do niej słyszałem „Witaj kolego z podstawówki”. Będzie nam Pani Profesor brakować.

❑ **dr Dariusz Lewera**
Collegium Witelona Uczelnia Państwowa w Legnicy
Ośrodek Pamięci i Dokumentacji Historycznej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
Polskie Towarzystwo Historii Nauk Medycznych



9 sierpnia 2026 roku zmarł
urodzony 9 stycznia 1938 roku w Dobrowodach (Kresy)
śp. dr n. med. Stefan Malcewicz
założyciel i wieloletni członek Zarządu
Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich.

Rodzinie

wyrazy szczerego współczucia
składają

Barbara Bruziewicz-Miklaszewska oraz koleżanki
i koledzy ze Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich
i Ośrodka Pamięci i Dokumentacji Historycznej DIL

Wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci
Zony

Jadwigi

składają
lekarzowi reumatologowi

Józefowi Okulicz-Kozarynowi

koleżanki i koledzy z Koła Seniorów przy
Delegaturze Jeleniogórskiej DIL

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
naszej Koleżanki

lek. med. Janiny Szynkowskiej-Antczak

specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, neurologa
dla pogrążonej w smutku

Rodziny

składają
koleżanki i koledzy z Koła Terenowego
Lekarzy DIL w Dzierżoniowie.

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy
wiadomość o śmierci

dr. n. med. Krzysztofa Skiby

wybitnego specjalisty, wieloletniego pracownika kliniki,
człowieka o wielkim sercu, wiedzy i oddaniu pacjentom.
Najszczerze kondolencje

Rodzinie i Bliskim

składają
zespół i przyjaciele z Kliniki Ortopedii,
Traumatologii Narządu Ruchu i Chirurgii Ręki

**Koleżance lek. dent. Halinie
Dziedziech i Rodzinie**

wyrazy najszczerzego współczucia z powodu utraty

Męża, Taty i Dziadka

zmarłego 21 sierpnia 2026 roku

śp. Tadeusza

składają
koleżanki i koledzy z XX Roczniaka
AM 1964-1970, Barbara Bruziewicz-Miklaszewska
oraz członkowie Ośrodka Pamięci
i Dokumentacji Historycznej DIL

Z głębokim żalem zawiadamiamy o śmierci naszej
kochanej i nieodżałowanej Koleżanki, która
odeszła od nas 20 sierpnia 2026 roku.

Maria Nodzyńska

wieloletnia lekarz laryngolog, lekarz oddany
osobom starszym, chorym i ubogim. Człowiek
bardzo skromny o wielkim sercu i empatii.
Marysiu zostawiłaś pustkę po sobie, swoim optymizmem,
radości życia. Miałaś w sobie tylko dobroć i pokłady
miłości dla ludzi, zwierząt, wszystkich istot żywych.
Nigdy nie zapomnimy Twojego słodkiego uśmiechu.

Żegnamy Cię z wielkim bólem.
Jesteś już ze swoimi kochanymi Rodzicami i podopiecznymi.
Wieczne odpoczywanie racz Jej dać Panie.
Twoi oplakujący Cię koleżanki i koledzy
z grupy 4 rocznik 1979

Naszej Koleżance

**dr Agnieszce Sokół
i Jej Rodzinie**

wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składa zespół
Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii
i Hematologii Dziecięcej we Wrocławiu

Z głębokim żalem informujemy, że 7 sierpnia 2026 roku
odszedł na wieczny dyżur
nasz Kolega

Dionizy Kantorski

ordynator Oddziału Wewnętrznego Szpitala
w Kowarach.

Wyrazy szczerego współczucia

Żonie lek. Krystynie Boruszak-Kantorskiej
oraz

Córcze z Rodziną

składają
koleżanki i koledzy z Koła Seniorów przy
Delegaturze Jeleniogórskiej DIL

Pani dr n. med. Magdalenie Milan

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci
Mamy

lek. med. Kazimiery Milan

składają
kierownik i współpracownicy
z Uniwersyteckiego Centrum Chirurgii
Ogólnej i Onkologicznej
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu



Obwieszczenie Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej

Obwieszczenie Nr 14/2026
Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej
z dnia 11 września 2026 roku

*w sprawie ogłoszenia wyników wyborów na stanowisko funkcyjne
Skarbnika Dolnośląskiej Rady Lekarskiej*

Na podstawie art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich (tekst jednolity Dz.U. z 2021 r., poz. 1342 ze zm.) oraz § 42 Regulaminu wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz trybu odwoływania członków tych organów stanowiącego załącznik nr 2 do uchwały nr 2 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarskiego z dnia 17 maja 2024 roku w sprawie przyjęcia Regulami-

nu wyborów (tekst jednolity – załącznik do uchwały nr 14 XVII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 22 maja 2026 r.) obwieszcza się, co następuje:

§ 1

W wyniku przeprowadzonych wyborów, na podstawie protokołu zespołu wyborczego Zgromadzenia Wyborczego Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu z dnia 3 września 2026 r., ogłasza się, że na stanowisko skarbnika została wybrana lek. Anna Szewczyk-Borkowska.

Przewodnicząca
Okręgowej Komisji Wyborczej
lek. Bożena Kaniak

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 6 sierpnia 2026 r.

Nr 155/2026

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Nr 156/2026

w sprawie budynku przy al. Matejki

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zobowiązuje prezesa DRL dr. n. med. Wojciecha Florjańskiego przy współpracy Zespołu ds. budynku przy al. Matejki do przygotowania:

- zapytań ofertowych lub konkursu ofert na sporządzenie kosztorysu remontu budynku, zgodnie z aktualnym planem,
- ogłoszenia w celu wystawienia budynku na sprzedaż,
- ogłoszenia w celu wynajęcia budynku na okres długoterminowy.

Nr 157/2026

*w sprawie dofinansowania udziału przedstawicieli
DIL w XIII Kongresie Polonii Medycznej*

Nr 158/2026

*w sprawie przeprowadzenia audytu
finansowego operacyjnego*

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu upoważnia prezesa Dolnośląskiej Rady Lekarskiej dr. n. med. Wojciecha Florjańskiego do podjęcia działań mających na celu przeprowadzenie audytu finansowego operacyjnego.

Nr 159/2026

*w sprawie sfinansowania dostosowania systemów
finansowo-księgowych DIL do nowych rozwiązań
związanych z wdrożeniem JPK_CIT*

Nr 160/2026

*w sprawie sfinansowania ze środków Komisji
Młodych Lekarzy spotkania integracyjnego*

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na sfinansowanie ze środków Komisji Młodych Lekarzy w kwocie 25.000,00 zł spotkania integracyjnego, które odbędzie się w październiku 2026 r., zorganizowanego przez Delegaturę Jeleniogórską.

Nr 161/2026

*w sprawie czasowego powierzenia obowiązków
Skarbnika Dolnośląskiej Rady Lekarskiej*

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu powierza czasowo obowiązki skarbnika DRL lek. Martynie Daroszewskiej – wiceprezes ds. Młodych Lekarzy.

Nr 162/2026

*w sprawie wskazania lekarza członka DIL
do prac w Komisji Sportu NRL*

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wskazuje lek. Michała Głuszka do prac w Komisji Sportu NRL.

Nr 163/2026

*w sprawie opracowania operatu szacunkowego
nieruchomości DIL przy al. Matejki 6 we Wrocławiu*

Nr 164-165/2026

*w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania
miesięcznej składki członkowskiej*

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 3 września 2026 r.

Nr 166/2026

*w sprawie wpisu do rejestru podmiotów
wykonujących działalność leczniczą*

Nr 167/2026

w sprawie wyboru skarbnika DRL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu dokonała wyboru skarbnika DRL. Skarbnikiem została lek. Anna Szewczyk-Borkowska.

§ 2

Jednolity tekst uchwały nr 44/2026 DRL z dnia 9 kwietnia 2026 r. stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

Nr 168/2026

*w sprawie zmiany uchwały nr 76/2026 DRL
z dnia 7 maja 2026 r. dotyczącej składu
Komisji Kształcenia DRL*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia uchwałę nr 76/2026 DRL z dnia 7 maja 2026 r. w sprawie składu Komisji Kształcenia DRL, zatwierdzając na tę funkcję Juranda Domańskiego.

§ 2

Jednolity tekst uchwały nr 76/2026 DRL z dnia 7 maja 2026 r. stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

Nr 169/2026

*w sprawie zmiany uchwały nr 78/2026 DRL
z dnia 7 maja 2026 r. dotyczącej składu
Komisji Młodych Lekarzy DRL*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia uchwałę nr 78/2026 DRL z dnia 7 maja 2026 r. w sprawie składu Komisji Młodych Lekarzy DRL, zatwierdzając na tę funkcję Kamila Arciszewskiego.

§ 2

Jednolity tekst uchwały nr 78/2026 DRL z dnia 7 maja 2026 r. stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

Nr 170/2026

*w sprawie wydania opinii dot. kandydata na
konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii
dzieci i młodzieży dla województwa dolnośląskiego*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu pozytywnie opiniuje kandydaturę dr. hab. n. med. Moniki Szewczuk-Bogusławskiej na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży dla województwa dolnośląskiego.

Nr 171/2026

w sprawie regulaminu Komisji Finansowej

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu uchwala regulamin Komisji Finansowej Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu.

§ 2

Regulamin Komisji Finansowej Dolnośląskiej Rady Lekarskiej stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3

Uchyla się załącznik nr 1 do uchwały nr 9/2026 DRL z dnia 12 stycznia 2006 r.

Nr 172/2026

*w sprawie zasad i terminu składania wniosków
finansowych rozpatrywanych przez
Dolnośląską Radę Lekarską lub Prezydium DRL*

§ 1

1. Dolnośląska Rada Lekarska ustala, że wnioski o finansowanie, w szczególności zgłaszane przez komisje DRL i koła terenowe DIL należy składać do skarbnika DRL nie później niż 7 dni przed planowanym posiedzeniem Dolnośląskiej Rady Lekarskiej lub Prezydium DRL.

2. Wniosek o finansowanie powinien zawierać:

- cel wydatkowania środków,
- szczegółowe określenie na co zostaną przeznaczone środki finansowe (np. catering, bilety, transport, wynajem sali, honorarium itp.).
- szacowaną ilość osób, które wezmą udział w wydarzeniu.

§ 2

Wnioski, po wstępnej akceptacji przez skarbnika DRL, są przysyłane odpowiednio do członków DRL lub Prezydium DRL minimum na 3 dni przed posiedzeniem.

§ 3

Wnioski, które nie zostaną złożone zgodnie z zasadami i w terminie określonym w § 1 Uchwały, są procedowane na kolejnym posiedzeniu DRL lub Prezydium DRL.



§ 4

W wyjątkowych przypadkach, za zgodą skarbnika DRL wniosek może być rozpatrzony bez zachowania zasad i terminów określonych w niniejszej uchwale.

Nr 173/2026

w sprawie zakupu kalendarzy na rok 2027

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu przeznacza kwotę 30.000,00 złotych brutto na wydruk kalendarza Dolnośląskiej Izby Lekarskiej na 2027 rok.

Nr 174/2026

w sprawie zmiany uchwały

nr 45/2026 DRL z dnia 9 kwietnia 2026 r. dotyczącej powołania komisji problemowych DRL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia uchwałę nr 45/2026 DRL z dnia 9 kwietnia 2026 r. w sprawie powołania komisji problemowych DRL powołując Komisję ds. Przedsiębiorczości Lekarzy i Lekarzy Dentystów.

§ 2

Jednolity tekst uchwały nr 45/2026 DRL z dnia 9 kwietnia 2026 r. stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

Nr 175/2026

w sprawie zmiany uchwały nr 46/2026 DRL z dnia 9 kwietnia 2026 r. dotyczącej powołania przewodniczących komisji problemowych DRL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia uchwałę nr 46/2026 DRL z dnia 9 kwietnia 2026 r. zmienioną uchwałą nr 73/2026 DRL z dnia 7 maja 2026 r. w sprawie powołania przewodniczących komisji problemowych DRL, powołując na przewodniczącego Komisji ds. Przedsiębiorczości Lekarzy i Lekarzy Dentystów Wojciecha Florjańskiego.

§ 2

Jednolity tekst uchwały nr 46/2026 DRL z dnia 9 kwietnia 2026 r. stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

Nr 176/2026

w sprawie pokrycia kosztów przeprowadzenia audytu pracowniczego

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu przeznacza kwotę 10.000,00 zł netto na pokrycie kosztów przeprowadzenia audytu pracowniczego w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu.

Nr 177/2026

w sprawie zmiany dotyczącej składu osobowego Kolegium Redakcyjnego

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia uchwałę nr 91/2026 DRL z dnia 7 maja 2026 r. w sprawie składu Kolegium Redakcyjnego Gazety DIL „Medium”, w następujący sposób: w skład Kolegium Redakcyjnego wchodzi Jakub Rogalewicz.

Nr 178/2026

w sprawie powołania Zespołu ds. Kół Terenowych DIL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu powołuje Zespół ds. Kół Terenowych DIL w następującym składzie:

Przewodniczący: Przemysław Janusz

Członkowie:

1. Marta Bury
2. Patrycja Drozdek
3. Bożena Kaniak
4. Marzena Kufel
5. Artur Kwaśniewski
6. Małgorzata Niemiec
7. Barbara Polek
8. Dorota Radziszewska

Nr 179/2026

w sprawie powołania Zespołu ds. Wydawnictwa DIL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu powołuje Zespół ds. Wydawnictwa DIL w ramach Kolegium Redakcyjnego Gazety DIL „Medium” w następującym składzie:

Przewodniczący: Andrzej Wojnar

Członkowie:

1. Patrycja Drozdek
2. Przemysław Janusz
3. Bożena Kaniak
4. Małgorzata Niemiec

Nr 180/2026

w sprawie VII edycji Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej z cyklu „Lekarz jako autor i bohater literacki”

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na dofinansowanie w kwocie 55.000,00 zł, w ramach budżetu Ośrodka Pamięci i Dokumentacji Historycznej DIL VII edycji Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej z cyklu „Lekarz jako autor i bohater literacki”, poświęconej tematowi „Medycyna i pamięć kulturowa: media pamięci – teksty kultury – tożsamość”, która odbędzie się w dniach 18-19 listopada 2026 r. we Wrocławiu.

Nr 181/2026

w sprawie zmiany uchwały nr 124/2026 DRL z dnia 25 czerwca 2026 r. dotyczącej wyboru członków Komisji Bioetycznej przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej kadencji 2026-2029

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska dokonuje zmiany uchwały nr 124/2026 DRL z dnia 25 czerwca 2026 r. w sprawie wyboru członków Komisji Bioetycznej przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej kadencji 2026 -2029 w następujący sposób: w związku z rezygnacją mgr Joanny Kupis powołuje się dr Dorotę Stefanicką-Wojas.

§ 2

Jednolity tekst uchwały nr 124/2026 DRL z dnia 25 czerwca 2026 r. stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

Nr 182/2026

w sprawie udzielenia pełnomocnictwa

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu udziela pełnomocnictwa dr. n. med. Wojciechowi Florjańskiemu – prezesowi Dolnośląskiej Rady Lekarskiej oraz lek. Annie Szewczyk-Borkowskiej – skarbnikowi DRL, do zawarcia z Ministerstwem Zdrowia umowy na przekazanie środków budżetowych na pokrycie kosztów czynności przejętych przez samorząd lekarski od organów administracji państwowej za rok 2026.

Nr 183/2026

w sprawie udziału lekarza w konsylium lekarskim

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na udział prof. dr. n. med. Andrew Fishmana, wybitnego lekarza z USA, w dniach 12-14 listopada 2026 roku w konsylium lekarskim na temat operacji uszu i nerwu twarzowego, w tym na przeprowadzenie zabiegów operacyjnych, których potrzeba wynika z tego konsylium w Medicus Sp. z o.o. – Specjalistyczne Centrum Medyczne, na zaproszenie prezesa Zarządu dr. n. med. Macieja Mazura.

Nr 184/2026

w sprawie zmiany uchwały nr 45/2025 DRL z dnia 3 kwietnia 2025 r. dot. Regulaminu dofinansowania kosztów Programu „Szczepień profilaktycznych dla lekarzy i lekarzy dentystów członków DIL”

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia uchwałę nr 45/2025 r. DRL z dnia 3 kwietnia 2025 r. w sprawie Regulaminu dofinansowania kosztów „Programu Szczepień profilaktycznych dla lekarzy i lekarzy dentystów członków DIL”, zmienioną uchwałą DRL nr 85/2025 z dnia 26.06.2025 r. oraz uchwałą nr 109/2025 DRL z dnia 4.09.2025 r. i uchwałą DRL nr 134/2026 z dnia 25.06.2026 r. w następujący sposób:

- **w § 3 ust. 1**
- **pkt. c)** po słowach krztuścowi (Tdap) dopisuje się: bądź szczepienie przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi i polio (Tdap-IPV)
- **w § 4 ust. 1 pkt. a)** po słowach Tdap dopisuje się słowa: Tdap-IPV.

§ 2

Załącznik nr 3 do Regulaminu otrzymuje brzmienie zgodnie z załącznikiem nr 1 do uchwały

§ 3

Jednolity tekst Regulaminu stanowi załącznik nr 2 do niniejszej Uchwały.

Nr 185/2026

w sprawie sfinansowania II Rajdu Lekarza

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na sfinansowanie organizacji II Rajdu Lekarza w kwocie 15.000 zł brutto ze środków Komisji Sportu, Turystyki i Rekreacji.

Nr 186/2026

w sprawie zmiany składu Rady Klubu Lekarza

§ 1

W uchwale nr 92/2026 DRL z dnia 7 maja 2026 r. w sprawie wyboru członków Rady Klubu Lekarza po pkt. 5 dodaje się pkt 6-8 w następującym brzmieniu:

6. Małgorzata Fitrzyk
7. Leszek Pałka
8. Janusz Wróbel

§ 2

Tekst jednolity uchwały nr 92/2026 DRL stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

Nr 187/2026

w sprawie finansowania poczęstunku dla lekarzy i lekarzy dentystów stażystów członków DIL

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu postanawia przeznaczyć kwotę 20.000 zł. ze środków na działalność statutową Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, na poczęstunek dla lekarzy i lekarzy dentystów stażystów wpisanych na listę członków DIL, którzy rozpoczną staż podyplomowy z dniem 1 października 2026 r.

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 4 września 2026 r.

Nr 188/2026

w sprawie wyznaczenia Wiceprezesa do pełnienia funkcji Prezesa

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu, na podstawie § 3 ust 7 w związku z § 18 Regulaminu organizacyjnego i trybu działania Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 Nadzwyczajnego Zjazdu Delegatów DIL z dnia 18 maja 2019 r., w związku z nieobecnością w dniach 07.09.2026 – 15.09.2026 r. wyznacza Wiceprezesa DRL ds. Kształcenia dr. n. med. Katarzynę Jungiewicz-Janusz – do pełnienia obowiązków prezesa DRL w trakcie ww. nieobecności.

tów DIL z dnia 18 maja 2019 r., w związku z nieobecnością w dniach 07.09.2026 – 15.09.2026 r. wyznacza Wiceprezesa DRL ds. Kształcenia dr. n. med. Katarzynę Jungiewicz-Janusz – do pełnienia obowiązków prezesa DRL w trakcie ww. nieobecności.



**II Katedra i Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
zapraszają na konferencję:**

GASTROENTEROLOGIA DZIECIĘCA NOWOŚCI, STANDARDY W TABLETCE I W CZOPKU

Patronat Oddziału Wrocławskiego
Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Termin wydarzenia
21 listopada 2026 r. (sobota) w godz. 9.00-15.00.

Miejsce obrad:
Centrum Naukowej Informacji Medycznej
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu,
ul. Marcinkowskiego 2-6, Wrocław.

Kierownictwo naukowe i organizacyjne
Tomasz Pytrus

Komitet naukowy i organizacyjny:
A. Borys-Iwanicka, A. Kofla-Dłubacz, K. Akutko, E. Krzesiek,
J. Braksator, T. Jamer, A. Dancewicz, M. Szelaąg, P. Grębska,
S. Rewera, P. Kuchalska, K. Masiowska-Kalinin, P. Ruciński

Serdecznie zapraszamy lekarzy wszystkich specjalności,
szczególnie pediatrów i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

**Uczestnikowi konferencji przysługuje
5 punktów edukacyjnych.**

Udział w wydarzeniu jest BEZPŁATNY.

PROGRAM KONFERENCJI

- | | |
|------------|--|
| 9.00-9.10 | Powitanie uczestników i otwarcie konferencji
dr n. med. Tomasz Pytrus |
| 9.10 -9.30 | <i>Alergia na białko mleka krowiego – co nowego?</i>
dr n. med. Tomasz Pytrus |
| 9.30-9.50 | <i>Celiakia standardy rozpoznania, nowe możliwości
terapii</i>
dr n. med. Elżbieta Krzesiek |
| 9.50-10.10 | <i>Nieswoiste zapalenia jelit u dzieci w praktyce
lekarza POZ</i>
dr n. med. Katarzyna Akutko |

- | | |
|-------------|--|
| 10.10-10.30 | <i>Żywienie dzieci zdrowych i chorych – nowości</i>
dr n. med. Agnieszka Borys-Iwanicka |
| 10.30-10.50 | <i>Ostra biegunka u dzieci standard postępowania</i>
lek. med. Anna Dancewicz |
| 10.50-11.10 | <i>Biegunka przewlekła, etiologia, postępowanie</i>
lek. med. Paulina Kuchalska |
| 11.10-11.30 | <i>Mikrobiom jelitowy fakty i mity wskazania do FMT</i>
lek. med. Joanna Braksator |
| 11.30-12.00 | Pytania i odpowiedzi |
| 12.00-12.30 | Przerwa na lunch |
| 12.30-12.50 | <i>Cholestazy okresu niemowlęcego, diagnostyka nowe
możliwości terapii</i>
dr n. med. Anna Kofla-Dłubacz |
| 12.50-13.10 | <i>Kamica żółciowa u dzieci, zasady diagnostyki,
postępowanie</i>
lek. med. Magda Szelaąg |
| 13.10-13.30 | <i>Ostre zapalenie trzustki u dzieci, etiologia,
postępowanie</i>
dr n. med. Tatiana Jamer |
| 13.30-13.50 | <i>Zaparcie u dzieci – kiedy kierować dziecko do gastro-
enterologa</i>
lek. med. Sonia Rewera |
| 13.50-14.10 | <i>Zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego
u dzieci – Klasyfikacja Rzymska</i>
lek. med. Katarzyna Masiowska-Kalinin |
| 14.10-14.30 | <i>Autyzm a choroby przewodu pokarmowego czy zwią-
zek istnieje</i>
lek. med. Paula Grębska |
| 14.30-14.50 | <i>Zakażenie H. pylori standard postępowania wg
ESPGHAN</i>
lek. med. Paweł Ruciński |
| 14.50-14.55 | Podsumowanie i zakończenie konferencji
dr n. med. Tomasz Pytrus |
| 14.55-15.00 | Prezentacja produktów firmy farmaceutycznej |

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
Ośrodek Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej
w Warszawie

oraz

**I Oddział Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego im. Gromkowskiego we Wrocławiu**

**Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu
Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

zapraszają na konferencję online

WEBINARIUM SEPSA. WSPÓŁCZESNE ZAGROŻENIE EPIDEMIOLOGICZNE EDYCJA III

która odbędzie się **3 grudnia 2026 r. (czwartek)**
w godz. 8.30-14.00.

Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.

Kierownik naukowy konferencji
dr n. med. Sylwia Serafińska

Szczegółowy program konferencji zostanie opublikowany
wkrótce na stronie DIL w kalendarium.

Zapisy prowadzone są poprzez stronę internetową:
dilnet.wroc.pl/kalendarium.

**W przypadku problemów z zapisem prosimy o kontakt
z działem informatycznym 71/798 80 84 lub 71/798 80 85.**

**W przypadku rezygnacji z uczestnictwa prosimy
niezwłocznie o tym fakcie poinformować, pisząc na adres:**

komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl.



**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zaprasza na kurs medyczny**

ASERTYWNOŚĆ – W ZGODZIE ZE SOBĄ I INNYMI

który odbędzie się w następujących terminach:

10 października 2026 r. (sobota)

21 listopada 2026 r. (sobota)

5 grudnia 2026 r. (sobota)

w Sali Klubowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
we Wrocławiu przy **al. Matejki 6**
w godz. 9.00-14.00.

Kierownik naukowy kursu
lek. Dariusz Delikat, psycholog

Wykładowca
lek. Dariusz Delikat, psycholog

Czas trwania kursu – 5 godzin (w tym 2 godziny zajęć
seminaryjnych oraz 3 godziny zajęć praktycznych).

Uczestnikowi kursu przysługuje 5 punktów edukacyjnych.

OMAWIANE ZAGADNIENIA

Bądź asertywny, tylko asertywni radzą sobie w życiu, powinniśmy
uczyć się asertywności.

W ostatnich latach takie opinie i wypowiedzi słychać bardzo często.

Osoby zapytane: czym jest asertywność, najczęściej odpowiadają: to
umiejętność mówienia „nie”, inni dodają: to umiejętność wyrażania
własnych oczekiwań. Są też tacy, którzy mianem asertywny opisują
zachowanie człowieka wypychającego się do kolejki lub niedającego
innym dość do głosu. Czym zatem jest asertywność? Zestawem
umiejętności zwiększających naszą skuteczność bez względu na
koszty, a może czymś więcej?

Poruszane zagadnienia:

- autentyczność
- koncentracja na teraźniejszości
- werbalna ekspresja emocji
- świadomość siebie (własnych wad, zalet, postaw)
- umiejętność samooceny
- empatia
- umiejętność wyrażania opinii, krytyki, potrzeb i życzeń bez
poczucia winy
- umiejętność odmawiania w sposób stanowczy i nieraniący innych
- umiejętność przyjmowania krytyki, ocen i pochwał
- asertywne rozwiązywanie sytuacji trudnych

Zapisy prowadzone są poprzez stronę internetową:
dilnet.wroc.pl/kalendarium.

**W przypadku problemów z zapisem prosimy o kontakt
z działem informatycznym 71/798 80 84 lub 71/798 80 85.**

**W przypadku rezygnacji z udziału prosimy o tym fakcie
poinformować, pisząc na adres:**
komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl.

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zaprasza na kurs medyczny**

STANY NAGŁE W GABINECIE LEKARSKIM – POSTĘPOWANIE PRAKTYCZNE

który odbędzie się w następujących terminach:

16 stycznia 2027 r. (sobota)

18 września 2027 r. (sobota)

13 lutego 2027 r. (sobota)

16 października 2027 r. (sobota)

13 marca 2027 r. (sobota)

20 listopada 2027 r. (sobota)

17 kwietnia 2027 r. (sobota)

4 grudnia 2027 r. (sobota)

15 maja 2027 r. (sobota)

w Sali Konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu
przy **al. Matejki 6 w godz. 9.00-15.00.**

Czas trwania kursu – 6 godzin, w tym 4 godziny zajęć praktycznych.
Uczestnikowi kursu przysługuje 6 punktów edukacyjnych.

Kierownik naukowy kursu
dr hab. Jacek Smereka, prof. UMW

Wykładowcy:
dr hab. Jacek Smereka, prof. UMW
mgr Aleksander Mickiewicz, mgr Andrzej Raczyński

PROGRAM KURSU

CZĘŚĆ SEMINARYJNA

1. Podstawy patofizjologii stanów zagrożenia życia u pacjentów
w gabinecie lekarskim. Typowe stany nagłych zagrożeń życia
u pacjentów w gabinecie lekarskim
2. Podstawowe czynności resuscytacyjne (BLS) – ocena pacjenta,
udrożnienie dróg oddechowych, sztuczne oddychanie,
podtrzymanie funkcji układu krążenia
3. Aktualne wytyczne resuscytacji krążeniowo-oddechowej
Europejskiej Rady Resuscytacji – zmiany w wytycznych, czynniki
wpływające w istotnym stopniu na skuteczność działań
resuscytacyjnych
4. Przyczyny, rozpoznanie, zapobieganie i postępowanie w typowych
stanach nagłych zagrożeń w gabinecie lekarskim: omdlenie
wazowagalne, niedociśnienie ortostatyczne, zaburzenia oddechowe,

hiperglikemia, napad padaczkowy, anafilaksja, toksyczne działanie
leków miejscowo znieczulających

5. Farmakologia leków stosowanych w stanach nagłych zagrożeń
w gabinecie lekarskim – skład i praktyczne zastosowanie leków
z zestawu przeciwwstrząsowego
6. Podstawowe zabiegi ratujące życie – usuwanie ciała obcego z dróg
oddechowych, wprowadzanie rurki ustno-gardłowej, wentylacja
workiem AMBU, konikotomia
7. Zasady tlenoterapii – sprzęt, wskazania, metody

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

1. Podstawowe czynności resuscytacyjne – ocena pacjenta, układanie
w odpowiednich pozycjach, ocena układu krążenia i oddechowego,
udrażnianie dróg oddechowych, pośredni masaż serca
2. Ćwiczenia praktyczne na fantomach – resuscytacja krążeniowo-
oddechowa (resuscytacja osoby dorosłej)
3. Ćwiczenia praktyczne na fantomach – resuscytacja krążeniowo-
oddechowa (resuscytacja dziecka)
4. Prawidłowo prowadzony pośredni masaż serca – ćwiczenia i ocena
na fantomie z pomiarem jakości resuscytacji
5. Defibrylacja zautomatyzowana (AED) – ćwiczenia praktyczne na
fantomie z użyciem defibrylatora
6. Udrażnianie i zabezpieczanie dróg oddechowych – wentylacja
workiem samorozprężalnym, zakładanie rurki ustno-gardłowej,
maski krtaniowej i I-gel
7. Postępowanie w przypadku całkowitej niedrożności dróg
oddechowych – konikotomia, ćwiczenia na fantomie
8. Leki z zestawu przeciwwstrząsowego – przygotowanie i podawanie
leków, tlenoterapia
9. Drogi podawania leków – podskórna, domięśniowa, dożylna
10. Zakładanie dostępu dożylnego (wenflonu) – ćwiczenia na fantomie

Zapisy prowadzone są poprzez stronę internetową:
dilnet.wroc.pl/kalendarium.

**W przypadku problemów z zapisem prosimy o kontakt
z działem informatycznym 71 798 80 84 lub 71 798 80 85.**

**W przypadku rezygnacji z udziału prosimy niezwłocznie o tym
fakcie poinformować, pisząc na adres:**
komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl.



**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
oraz**

**Klinika Transplantacji Serca i Mechanicznego
Wspomagania Krążenia**

**Katedry Kardiologii i Transplantacji Serca
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

zapraszają na kurs medyczny w trybie stacjonarnym

KWALIFIKACJA CHOREGO Z ZAAWANSOWANĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA DO TRANSPLANTACJI LUB WSPOMAGANIA MECHANICZNEGO W GABINECIE POZ TO NIE SCIENCE FICTION

który odbędzie się **6 października 2026 r. (wtorek)**
w godz. 16.00-19.00

w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu
przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45**
(Sala Konferencyjna, I piętro).

Uczestnikowi kursu przysługują 3 punkty edukacyjne.
Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.

Kurs ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej
liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-
organizacyjnymi.

Kierownik naukowy kursu
prof. dr hab. Michał Zakliczyński

PROGRAM KURSU

16.00-17.30 *Jak zdiagnozować zaawansowaną niewydolność serca
i dlaczego tak rzadko stawiamy to rozpoznanie, skoro
to takie proste?*

prof. dr hab. Michał Zakliczyński

17.30-18.30 *Pacjent po transplantacji serca lub wszczepionym
wspomaganiem lewokomorowym w gabinecie POZ*
lek. Magdalena Cielecka

18.30-19.00 Dyskusja, zakończenie kursu

Zapisy prowadzone są poprzez stronę internetową:
dilnet.wroc.pl/kalendarium.

**W przypadku problemów z zapisem prosimy o kontakt
z działem informatycznym 71/798 80 84 lub 71/798 80 85.**

**W przypadku rezygnacji z udziału prosimy o tym fakcie
poinformować, pisząc na adres:**
komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl.

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
Ośrodek Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej
w Warszawie

zapraszają na kurs medyczny w trybie hybrydowym

LAKTACJA W POZ. NAJCZĘSTSZE SYTUACJE KLINICZNE W CODZIENNEJ PRAKTYCE LEKARSKIEJ

który odbędzie się **5 grudnia 2026 r. (sobota)**
w godz. 9.00-15.00.

Osoby zamierzające wziąć udział w kursie
w trybie stacjonarnym zapraszamy do siedziby
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu
przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** (Sala Konferencyjna, I piętro).

Uczestnikowi części wykładowej przysługują
4 punkty edukacyjne.

Uczestnikowi części warsztatowej przysługuje
1 punkt edukacyjny.

Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny. Kurs ma charakter
ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników,
ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi.

Kierownik naukowy kursu i wykładowca
lek. Sylwia Jeż

PROGRAM KURSU

- 9.00-9.45 WPROWADZENIE DO TEMATU
- Najważniejsze fakty o ryzyku zaniechania karmienia
mlekiem matki. Wpływ laktacji na profilaktykę cho-
rób cywilizacyjnych
 - Anatomia i fizjologia produkcji pokarmu przez matkę
 - Anatomia i fizjologia pobierania pokarmu przez
dziecko
- 9.45-10.30 NAJCZĘSTSZE PROBLEMY PO STRONIE MATKI
- Uszkodzenie i ból brodawek

- Zaburzenia przepływu pokarmu. Postępowanie
w zastoju, zapaleniu, ropniu piersi
- Sytuacje kliniczne współistniejące u matek karmi-
ących, bezpieczeństwo leków i procedur medycznych
w trakcie karmienia
- Depresja okołoporodowa
- Nowotwory, diagnostyka obrazowa podczas karmie-
nia piersią

10.30-10.45 PRZERWA

10.45-12.15 NAJCZĘSTSZE PROBLEMY PO STRONIE DZIECKA

- Noworodek. Najczęstsze błędy. Przeszkody anat-
omiczne i funkcjonalne
- Przyrosty masy – prawidłowa interpretacja. Kiedy do-
karmiać? W jaki sposób? Jak długo?
- Prawdy i mity o butelkach i smoczkach. Zasady kar-
mienia butelką
- Dzieci „wymagające”, kolki, refluks itp.
- ABMK – dlaczego najczęściej jest nadrozpoznaną?
Strategie postępowania
- Wcześniaki i „późne wcześniaki”

12.15-12.30 PRZERWA

12.30-13.45 PRZYPADKI KLINICZNE

13.45-15.00 DYSKUSJA I WARSZTATY PRAKTYCZNY W FORMIE
STACJONARNEJ

Zapisy prowadzone są poprzez stronę internetową:
dilnet.wroc.pl/kalendarium.

**W przypadku problemów z zapisem prosimy o kontakt
z działem informatycznym 71/798 80 84 lub 71/798 80 85.**

**Kilka dni przed szkoleniem uczestnik otrzyma drogą
elektroniczną link do szkolenia.**

**Certyfikat zostanie przesłany drogą elektroniczną z platformy
szkoleniowej do indywidualnego pobrania.**

**W przypadku rezygnacji z udziału prosimy niezwłocznie
o tym fakcie poinformować, pisząc na adres:**
komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl.



Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
Ośrodek Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej
w Warszawie
oraz

Katedra i Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii
i Chorób Metabolicznych
Zakład Podstaw Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

zapraszają na konferencję w trybie hybrydowym

NAGŁE STANY METABOLICZNE
W ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII
DZIECIĘCEJ – część II

która odbędzie się **10 grudnia 2026 r. (czwartek)**
w godz. 16.00-20.00.

Osoby zamierzające wziąć udział w konferencji
w trybie stacjonarnym zapraszamy do siedziby
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu
przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** (Sala Konferencyjna, I piętro).

Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.
Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.

Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej
liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-
organizacyjnymi.

Komitet naukowy konferencji:

dr hab. Ewa Barg, prof. UMW
konsultant wojewódzki w dziedzinie endokrynologii i diabetologii
dziecięcej dla województwa dolnośląskiego
prof. dr hab. Robert Śmigiel
dr n. med. Agnieszka Zubkiewicz-Kucharska

Szczegółowy program konferencji zostanie opublikowany w na-
stępnym numerze „Medium” oraz na stronie internetowej DIL.

Zapisy prowadzone są poprzez stronę internetową:
dilnet.wroc.pl/kalendarium.

W przypadku problemów z zapisem prosimy o kontakt
z działem informatycznym 71/798 80 84 lub 71/798 80 85.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa prosimy niezwłocznie
o tym fakcie poinformować, pisząc na adres:
komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl.

Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
Ośrodek Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej
w Warszawie oraz

Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu
Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
I Oddział Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego im. Gromkowskiego we Wrocławiu
zapraszają na konferencję online

WEBINARIUM
POWSZECHNE I RZADKIE CHOROBY WĄTROBY

która odbędzie się **22 października 2026 r. (czwartek)**
w godz. 9.00-14.00.

Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.
Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.

Kierownik naukowy konferencji
dr n. med. Monika Pazgan-Simon

PROGRAM KONFERENCJI

- | | |
|-------------|--|
| 9.00-9.05 | Powitanie uczestników |
| 9.05-9.25 | <i>Marskość wątroby jako problem społeczny</i>
prof. dr hab. Krzysztof Simon |
| 9.25-9.45 | <i>WZW typu B jako choroba nadal powszechna i wyma-
gająca leczenia</i>
dr n. med. Justyna Janocha-Litwin |
| 9.45-10.00 | <i>Przypadek pacjenta z koinfekcją HBV/HDV</i>
lek. Yelyzaveta Kolomiets |
| 10.00-10.20 | <i>WZW typu A – nawracający problem epidemiologiczny</i>
lek. Kamil Stępień |
| 10.20-10.40 | <i>WZW typu C – program eliminacji zakażenia</i>
dr n. med. Sylwia Serafińska |
| 10.40-10.55 | <i>Przypadek pacjenta z zespołem Budd-Chiari</i>
lek. Anna Nowicka |
| 10.55-11.00 | PRZERWA |

- | | |
|-------------|---|
| 11.00-11.20 | <i>Stłuszczeniowa choroba wątroby – co nowego w postę-
powaniu?</i>
dr n. med. Anna Szymanek-Pasternak |
| 11.20-11.35 | <i>Przypadek pacjenta z chorobą Wilsona</i>
lek. Gina Abu Faraj |
| 11.35-11.55 | <i>Alkoholowa choroba wątroby – nadal istotny problem</i>
<i>w codziennej praktyce</i>
lek. Kamila Zielińska |
| 11.55-12.10 | <i>Przypadek pacjenta z niedoborem alfa-1 antytrypsyny</i>
lek. Sandra Mróz |
| 12.10-12.30 | <i>Rak pierwotny wątroby – postęp w diagnostyce i terapii</i>
dr n. med. Monika Pazgan-Simon |
| 12.30-12.45 | <i>Przypadek pacjenta z autoimmunologicznym zapale-
niem dróg żółciowych (PBC)</i>
lek. Marlena Stryczek-Lis |
| 12.45-13.00 | <i>Przypadek pacjenta z koinfekcją HBV/HDV/HCC</i>
lek. Oksana Parashchuk |
| 13.00-13.20 | <i>Hemochromatoza – badanie genetyczne i co dalej?</i>
dr n. med. Marcin Czarnecki |
| 13.20-14.00 | Podsumowanie i zakończenie webinarium |

Zapisy prowadzone są poprzez stronę internetową:
dilnet.wroc.pl/kalendarium.

W przypadku problemów z zapisem prosimy o kontakt
z działem informatycznym 71/79 88 084 lub 71/79 88 085.

Kilka dni przed szkoleniem uczestnik otrzyma drogą
elektroniczną link do szkolenia.

Certyfikat zostanie przesłany drogą elektroniczną z platformy
szkoleniowej do indywidualnego pobrania.

W przypadku rezygnacji z udziału prosimy niezwłocznie
o tym fakcie poinformować, pisząc na adres:
komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl.



Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
Ośrodek Kształcenia COBIK Naczelnej Izby Lekarskiej
w Warszawie
Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu
Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych
Niedoborów Odpornościowych
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
I Oddział Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego im. Gromkowskiego we Wrocławiu
Katedra Epizootologii z Kliniką Ptaków i Zwierząt Egzotycznych
Wydziału Medycyny Weterynaryjnej
Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu
Powiatowy Inspektorat Weterynarii we Wrocławiu
Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna we Wrocławiu
zapraszają na konferencję w trybie hybrydowym

WŚCIEKLIZNA – SPOJRZENIE NA CAŁOŚĆ PROBLEMU

która odbędzie się dnia **8 października 2026 r. (czwartek)** w godz. **8.45-13.45.**

Osoby zamierzające wziąć udział w konferencji w trybie stacjonarnym zapraszamy do siedziby Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** (Sala Konferencyjna, I piętro).

Uczestnikom konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.
Udział w konferencji jest dobrowolny i bezpłatny.

Konferencja ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-organizacyjnymi. Konferencja skierowana jest w szczególności do lekarzy rodzinnych, chirurgów, lekarzy pracujących w SOR, a także lekarzy weterynarii i pracowników stacji powiatowo-epidemiologicznych.

Komitet naukowy konferencji:

dr n. med. Monika Pazgan-Simon
dr n. med. Marcin Czarnecki
dr n. wet. Monika Kotowicz
dr hab. Katarzyna Płoneczka-Janeczko, prof. Uczelni

PROGRAM KONFERENCJI

8.45-10.35 SESJA I

Przewodniczący sesji: dr n. med. Marcin Czarnecki, dr hab. n. wet. Katarzyna Płoneczka-Janeczko, prof. Uczelni

8.45-8.50 Przywitanie uczestników – dr n. med. Marcin Czarnecki

8.50-9.05 *Wścieklizna – choroba ludzi*
dr n. med. Monika Pazgan-Simon

9.05-9.25 *Wścieklizna u zwierząt dzikich, gospodarskich i towarzyszących*

dr hab. n. wet. Katarzyna Płoneczka-Janeczko, prof. Uczelni

9.25-9.40 *Sytuacja epidemiologiczna u ludzi – Polska i świat*
dr n. med. Marcin Czarnecki

9.40-9.55 *Sytuacja epidemiologiczna u zwierząt – Polska i świat*
dr n. wet. Monika Kotowicz

9.55-10.15 *Procedury raportowania przypadków podejrzanych u ludzi i zwierząt*
dr n. wet. Monika Kotowicz, mgr Bożena Bronowicka

10.35-12.15 SESJA II

Przewodniczący sesji: dr n. wet. Monika Kotowicz, dr n. med. Monika Pazgan-Simon

10.35-10.55 *Zasady nadzoru weterynaryjnego nad zwierzęciem w kontekście wścieklizny*

dr n. wet. Monika Kotowicz, dr hab. n. wet. Katarzyna Płoneczka-Janeczko, prof. Uczelni

10.55-11.15 *Profilaktyka wścieklizny przed- i poekspozycyjna u ludzi*
dr n. med. Monika Pazgan-Simon

11.15-11.35 *Profilaktyka wścieklizny u zwierząt i związane z nią kontrowersje*

dr n. wet. Monika Kotowicz, dr hab. n. wet. Katarzyna Płoneczka-Janeczko, prof. Uczelni

11.35-11.55 *Trudności i kontrowersje w profilaktyce poekspozycyjnej u ludzi*
dr n. med. Marcin Czarnecki

11.55-12.15 PRZERWA

12.15-13.10 SESJA III

Przewodniczący sesji: dr n. med. Monika Pazgan-Simon, dr n. med. Marcin Czarnecki, dr hab. n. wet. Katarzyna Płoneczka-Janeczko, prof. Uczelni

12.15-12.30 *Wścieklizna i medycyna podróży*

dr n. med. Aleksander Zińczuk

12.30-13.10 *Prezentacja przypadków klinicznych*
przypadek 1 – dr n. med. Monika Pazgan-Simon

przypadek 2 – dr n. med. Marcin Czarnecki

przypadek 3 – dr hab. n. wet. Katarzyna Płoneczka-Janeczko, prof. Uczelni

przypadek 4 – dr n. wet. Monika Kotowicz

13.10-13.45 DYSKUSJA I PODSUMOWANIE

Zapisy prowadzone są poprzez stronę internetową:
dilnet.wroc.pl/kalendarium.

W przypadku problemów z zapisem prosimy o kontakt z działem informatycznym 71/798 80 84 lub 71/798 80 85.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa prosimy niezwłocznie o tym fakcie poinformować, pisząc na adres:

komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl.

inter
UBEZPIECZENIA

INTER Pomoc Psychologiczna dla lekarzy i lekarzy dentystów

Szybka pomoc w sytuacjach kryzysowych

Zeskanuj QR kod
i dowiedz się więcej



Skontaktuj się z Oddziałem
INTER Polska we Wrocławiu

71 343 00 85

Ubezpieczenie dostępne z pakietem INTER Lekarz





**Komisja Kształcenia i Komisja Stomatologiczna
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu
zapraszają na kurs medyczny**

LECZENIE BIOLOGICZNE MIAZGI – VITAL PULP THERAPY

który odbędzie się **27 lutego 2027 r. (sobota)**
w godz. **10.00-15.00**

w Sali Konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
przy **ul. Kazimierza Wielkiego 45** we Wrocławiu.

Uczestnikowi kursu przysługują 3 punkty edukacyjne.
Uczestnikowi warsztatów przysługują 2 punkty edukacyjne.

Udział w kursie jest dobrowolny i bezpłatny.

Kurs ma charakter ogólnodostępny dla bliżej nieokreślonej
liczby uczestników, ograniczonej jedynie względami techniczno-
organizacyjnymi.

Kierownik naukowy kursu
lek. dent. Nikodem Borecki

OMAWIANE ZAGADNIENIA

- Leczenie biologiczne czy endodontyczne? Jak prawidłowo diagnozować stan miazgi?
- Najnowsze wytyczne Europejskiego Towarzystwa Endodontycznego w temacie leczenia przyżyciowego miazgi
- Konsultacja endodontyczna – jak rozmawiać z pacjentem?
- Współczesny system klasyfikacji zapaleń miazgi
- Zalety, wskazania, przeciwwskazania dla Vital Pulp Therapy
- Przegląd biomateriałów do leczenia biologicznego miazgi

- Selektywne czy nieselektywne opracowanie próchnicy bardzo głębokiej?
- Instrumentarium niezbędne do leczenia przyżyciowego miazgi
- Przykrycie pośrednie czy bezpośrednie miazgi?
- Procedura pulpotomii częściowej i całkowitej miazgi
- Endodoncja regeneracyjna czy rewaskularyzacja jako metoda leczenia zębów z niezakończonym rozwojem korzenia
- Skoncentrowany czynnik wzrostu (CGF) oraz fibryna bogatopłytkowa (PRF) w endodoncji
- Sesja pytań i odpowiedzi

10.00-11.30 WYKŁAD
11.30-11.45 PRZERWA
11.45-13.15 WYKŁAD
13.15-13.30 PRZERWA
13.30-15.00 CZĘŚĆ PRAKTYCZNA – WARSZTATY
(maksymalnie 15 osób)

- Opracowanie bardzo głębokiego ubytku techniką selektywnego oraz nieselektywnego usuwania próchnicy
- Wykonanie pulpotomii częściowej, całkowitej na zębie treningowym z miazgą
- Wypełnienie zęba techniką Bio Bulk Fil

Jeżeli uczestnik warsztatów pracuje w lupach – zachęcamy do ich przyniesienia.

Zapisy prowadzone są poprzez stronę internetową:
dilnet.wroc.pl/kalendarium.

W przypadku problemów z zapisem prosimy o kontakt z działem informatycznym 71/798 80 84 lub 71/798 80 85.

W przypadku rezygnacji z udziału prosimy niezwłocznie o tym fakcie poinformować, pisząc na adres:
komisjaskształcenia@dilnet.wroc.pl.



Październikowe terminy szkoleń z SMK

Akademia Centrum e-Zdrowia zaprasza lekarzy oraz lekarzy dentystów do udziału w bezpłatnych, praktycznych szkoleniach online z obsługi Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK).

Dostępne moduły tematyczne oraz harmonogram szkoleń w **październiku 2026 r.:**

Szkolenie z obsługi Elektronicznej Karty Specjalizacji w nowym SMK (II)

W programie: ewidencja staży, procedur i dyżurów w SMK, zapisy na kursy CMKP oraz rola kierownika specjalizacji i jednostki szkolącej.

Terminy szkoleń:

- 10.10.2026, godz. 10.00
- 29.10.2026, godz. 13.00

Szkolenie z wnioskowania o Państwowy Egzamin Specjalizacyjny (PES) w SMK

W programie: zasady i terminy PES, składanie wniosku o PES w SMK „krok po kroku”, oraz sprawdzanie informacji o miejscu i wynikach egzaminu.

Terminy szkoleń:

- 16.10.2026, godz. 14.00
- 24.10.2026, godz. 10.00

Szkolenia skierowane są wyłącznie do:

- lekarzy i lekarek,
- lekarzy dentystów i lekarek dentystek,
- kierowników i kierowniczek specjalizacji – będących lekarzami lub lekarkami, z pełnym i ograniczonym prawem wykonywania zawodu.

Rejestracja odbywa się poprzez **Platformę Akademii CeZ**

(link do Platformy: <https://akademiaedm.cez.gov.pl/signin/individual>)

Kontakt: akademiaedm@cez.gov.pl

Szczegółowe informacje o szkoleniach, w tym aktualne harmonogramy, programy oraz regulamin projektu, znajdują się na stronie: <https://akademiacz.gov.pl/szkolenia-zrozwiazan-it-w-ramach-fers/>

Szkolenia realizowane są w ramach projektu „Kompetencje cyfrowe w ochronie zdrowia – szkolenia z rozwiązań IT wdrażanych przez Centrum e-Zdrowia”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027. #FunduszeEuropejskie

Zespół Akademii CeZ

23-24 października 2026 • Wrocław

**Dialogi
Dylematy
Drogowskazy**

w ginekologii i położnictwie

„Kobieta 45+”

GINEKOLOGIA POŁOŻNICTWO

DOŁĄCZ DO WYDARZENIA!

Najważniejsze tematy



Histeroskopia



Ultrasonografia



Ginekologia estetyczna



Uroginekologia –
profilaktyka i leczenie



Antykoncepcja
45+



Kolposkopia

23-24 października

Wrocław, The Bridge Wrocław – MGallery *****

Miejsce konferencji:

The Bridge Wrocław – MGallery *****



Skanuj QR kod i sprawdź
szczegółowy program konferencji

Tylko do 30 września niższe fee! Nie przegap okazji i zarejestruj się dzisiaj:
www.ginekologiawroclaw2026.pl



DROBNE

Kupię działający POZ z kontraktem NFZ we Wrocławiu i okolicach. Proszę o kontakt: 609 002 850, Marcin (Medomed).

NZOZ STOMATOLOGICZNY – ZGORZELEC

Na sprzedaż lub wynajem działający od 1993 r. gabinet lekarsko-dentystyczny NZOZ przy głównej drodze w Zgorzelcu (woj. dolnośląskie): powierzchnia 200 m², dwie kondygnacje, trzy stanowiska stomatologiczne, nowoczesny sprzęt, recepcja, sterylizatornia, brudownik, pomieszczenie socjalne. Góra mieszkalna z możliwością adaptacji na gabinety. Działka 600 m², ogród, parking, garaż. Zespół czterech lekarzy i trzy asystentki. Gotowy, działający biznes z potencjałem rozwoju. Tel. 0048 601 964 363, e-mail: parvizek.k@gmail.com

Gabinet stomatologiczny na sprzedaż w samym centrum Trzebnicy:

- doskonała lokalizacja na parterze budynku,
- dojazd z Wrocławia – 25 minut. Pilot dla właściciela lokalu na wjazd na parking,
- gabinet z wieloletnią renomą,
- powierzchnia: 33 m²,
- układ jednostanowiskowy, poczekalnia, osobne toalety dla pacjentów i personelu,
- unit, aparat RTG, autoklaw, narzędzia stomatologiczne, klimatyzacja, alarm,
- czynsz dla wspólnoty – 300 zł/m-c.

Kontakt: Grzegorz Madej, tel. 501 357 714, e-mail: gmadej@mp.pl

ZATRUDNIĘ STOMATOLOGA

Szukamy talentów stomatologii do Kliniki nClinic w Świdnicy. Zapraszamy wszystkich lekarzy wykonujących zabiegi: STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ, STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ, CHIRURGII, PERIODONTOLOGII, PROTETYKI oraz chętnych do dokształcenia się w zakresie ORTODONCJI. Chętnych prosimy o kontakt mailowy: a.niciarz@nclinic.pl lub tel. 663 900 252.

Stomatologia Sorriso zaprasza do współpracy.

Zapraszamy do współpracy lekarza dentystę do naszej kliniki w Gorzowie Wlkp. Szukamy osoby z doświadczeniem (mile widziane min. 3 lata), która chce pracować w spokojnym, dobrze zorganizowanym miejscu i rozwijać się w zakresie stomatologii zachowawczej, endodoncji oraz protetyki. Oferujemy: – elastyczną współpracę (2-3 dni w tygodniu) – zapewniony grafik pacjentów – wynagrodzenie od 45% – pracę z asystą na cztery ręce – pracę na nowoczesnym sprzęcie – możliwość zapewnienia noclegu dla osób dojeżdżających Zapraszamy do kontaktu – chętnie porozmawiamy i dopasujemy warunki. Osoby zainteresowane prosimy o przesłanie CV na adres e-mail: biuro@stomatologiasorriso.pl lub kontakt telefoniczny: 733 833 085.

Przychodnia Stomatologiczna RISUS z Bielawy (60 km od Wrocławia) podejmie współpracę z lekarzem stomatologiem. Przychodnia ma ugruntowaną, bardzo dobrą opinię w regionie, posiada 3 stanowiska pracy, maksymalne wyposażenie, wykwalifikowany personel pomocniczy oraz bogatą bazę pacjentów (przyjmuje tylko pacjentów leczących się prywatnie). Oferujemy dogodny godzinny pracy oraz miłą atmosferę. Poszukujemy osoby dobrze komunikującej się z pacjentem i potrafiącej pracować w zespole. Więcej informacji chętnie udzielimy telefonicznie 695 325 925 lub na e-mail stomatologbielawa@gmail.com

ZATRUDNIĘ LEKARZA

Specjalistyczny Szpital w Branicach zatrudni lekarza internistę, lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej oraz psychiatrów. Oferujemy różne formy zatrudnienia oraz bardzo dobre warunki płacowe. Kontakt: tel. 77/403 43 07; e-mail kadry@swsb.pl

SZUKAM PRACY

Jestem lekarzem, stomatologiem ogólnym, z długim stażem pracy. Szukam pracy we Wrocławiu. Kontakt 605 277 902, Katarzyna Wróbel-Kaczorowska.



PACJENT BINGO

JEDEN PACJENT, WIELE CHOROBY
JEDEN WSPÓLNY PLAN LECZENIA



8-9 PAŹDZIERNIKA
2026



WARSZAWA
SOUND GARDEN HOTEL

ZAREJESTRUJ SIĘ:

www.forumoz.pl



NAJBARDZIEJ
PRAKTYCZNE FORUM
W POLSCE

**Litery z pól oznaczonych cyframi od 1 do 14 utworzą rozwiązanie (hasło medyczne).**

Hasło prosimy przesłać do 15 października 2026 r. na adres pocztowy: Redakcja „Medium”, ul. Kazimierza Wielkiego 45, 50-077 Wrocław, lub e-mailowy: redakcja@dilnet.wroc.pl – z dopiskiem na kopercie lub w temacie wiadomości elektronicznej „Krzyżówka nr 10/2026”.

Nagrody książkowe za prawidłowo odgadnięte hasło otrzyma od nas trzech krzyżówkowiczów (wszystkich prosimy o podanie adresu do wysyłki). Prawidłowe hasło i listę osób nagrodzonych podamy w nr. 11/2026 „Medium”. Życzymy miłego łamania głowy!

HORMON RDZENIA NADNERCZY, W ZWIEKSZO- NEJ ILOŚCI WYDZIELANY W SYTUACJACH STRESOWYCH	IMIE AKTORKI I PIOSENKARKI MINNELLI	12	JEAN... - FRANCUSKI PISARZ I DRAMATURG; WYRAZ Z LITER: E,E,G,N,T	ODPOWIEDNI OKRES	ZDOBI WIELBŁĘDĄ	WYŻYWIENIE, UTRZYMANIE	BOISKO TENISOWE	60 SZTUK KOGUT, ZWŁASZCZA MŁODY	WULKAN NA SYCYLI DOPŁYW BZURY	3	
NAUKA O UCZULENIACH						1	„MAŻ I...” FREDRY				
PIENIĄDZ W SERBII			PAŃSTWO Z BAGDADEM			UBIÓR SZLACHCICA					
WARZYWO, SYMBOL ZDROWIA			KOMPOZYTOR PIOSENKI „WOZIWODA”			KRAINA NA SŁOWACJI I W POLSCE POTOCZNIE NARKOTYK	9				
AKTOR O KAMIENNEJ TWARZY	ARCHIPELAG W UTWORZE SOŁZENICZYNA	OBNIŻKA CENOWA WŁÓKNO NA SZNURY	DUŻY, NIEJADOWI- TY WĄZ	5	... CHLEWNA	ARTRETYZM ZESPÓŁ TRZECZ ELEMENTÓW			SPIS DANYCH WEDŁUG RUBRYK	STOLICA ALBANII	
MINERAŁ JUBILERSKI											
ZAWARCIE ZWIĄZKU MAŁŻENSKIEGO			RZECZY- WISTOŚĆ	11	TRANSPOR- TUJE CIECZE STOP ODLEWNICZY		KOMPAN ARAMISA I PORTOSA	REŻYSER FILMÓW CUDZOZIEM- KA” I „GDZIE JEST TRZECI KRÓL”	14	UCZEŃ SZKOŁY WOJSKOWEJ	13
	10		MUZYKA NA JAM SESSION	8		7	IMIE TENISISTKI ŚWIĄTEK				
MIASTO NAD JEZIOREM JEZIORAK				KOŃCZYNA DOLNA				ODTWÓRCA ROLI SZYMO- NA SKIBY W FILMIE „IDA”			
			PORCJA RUDY DO WIELKIEGO PIECA	4		SPÓD NACZYNIA	2	ROŚLINA OLEISTA		6	
INTER- PUNKCYJNY NA KOŁCZA- STE LIŚCIE				WYDOBYWA SIĘ Z WULKANU			ROZGŁOS, RENOMA				

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----

Rozwiązanie krzyżówki z „Medium” nr 09/2026: ALLOTRANSPLANTACJA

Z grona Czytelników, którzy nadesłali prawidłowe rozwiązania, nagrody otrzymują:

1. Aleksandra K. z Legnicy, 2. Krystyna O. z Obornik Śląskich, 3. Natalia K. z Wrocławia.

Gratulujemy! Nagrody prześlemy pocztą.





PRZYSTAŃ  WILHELMA

Idealne miejsce do życia –
eleganckie apartamenty na
Biskupinie we Wrocławiu.

Przystań Wilhelma to kompleks 3 willi miejskich, mieszczących kilkanaście luksusowych apartamentów gotowych do odbioru. To oaza spokoju w nowoczesnej formie. Własna przestrzeń z dostępem do ogrodu. Komfort apartamentu i swoboda, jaką daje dom.

Specjalna oferta dla lekarzy



WWW.WILHELMA.PL

T: (+48) 691 62 57 57



mgr inż. Andrzej Białek - unity i ich wyposażenie - 601415151
 mgr inż. Marcin Białek - autoklawy i mikrosilniki - 601058819
 Krzysztof Palczyński - radio-obrazowanie - 605956807
 Rafał Pielichaty - serwis - 608847725
 mgr Magdalena Białek - materiały dla stomatologii 605300322

Integral Dental Unit

Konsola asysty - 5 narzędzi:

- dmuchawka trzyfunkcyjna
- duży ssak
- mały ssak
- piaskarka
- druga lampa polimeryzacyjna

Konsola lekarza - 6 rękawów od góry:

- dmuchawka 3 funkcyjna
- rękaw rurbiny z szybkozłączką + 3 turbiny z podświetleniem,
- dwa mikrosilniki bezszczotkowe + 3 szt. kątnic 1:1,
- + 1 szt. kątnica przyspieszająca 1:5
- + 1 szt. prostnica

Wszystkie narzędzia obrotowe są z podświetleniem LED

Wyposażenie dodatkowe:

- stół lekarza
- stół asysty
- kamera z monitorem
- zestaw olejów ze stosownymi aplikatorami

Cena opisanego zestawu:
61.560,00PLN brutto



- skaler Woodpecker z podświetleniem z funkcją endodoncji wyposażony w 6 grotów, dwa kluczyki i tackę
- lampa polimeryzacyjna



Turbina z generatorem podświetlenia LED
CX207-F SP-4 Główka Standard
CX207-F TP-4 Główka Torque
600 PLN



Turbina bez podświetlenia
CX207-A SP-4 Główka Standard
CX207-A TP-4 Główka Torque
320 PLN



Turbina z podświetleniem na szybkozłączkę NSK
CX207G NSPQ Główka Standard
CX207G KSPQ Główka Torque
650 PLN



Turbina z podświetleniem na szybkozłączkę KaVo
CX207G KSPQ Główka Standard
CX207G KTPQ Główka Torque
650 PLN



Szybkozłączka typu NSK z podświetleniem LED
430 PLN



Szybkozłączka typu KaVo z podświetleniem LED
430 PLN



Kątnica 1:1 z podświetleniem CX235-1C
wiertła 2,35 mm, 40.000 obr/min
950 PLN



Kątnica 1:5 z podświetleniem CX235C7
wiertła turbinowe, 400.000 obr/min
1500 PLN



Kompresor DA7001/30L-
jeden z najcichszy na rynku
Cena: 3.456,00PLN brutto