

# ProMedico



Odchudzanie na zastrzyki

str. 10

# MEDYCYNA ESTETYCZNA

## SPECJALISTYCZNE STUDIA PODYPLOMOWE

skierowane do lekarzy oraz lekarzy dentystów.



- Program skoncentrowany wyłącznie na tematyce medycyny estetycznej (2 semestry – 200 godzin, 150 godzin zajęć praktycznych)
- Studia hybrydowe – wykłady i wybrane ćwiczenia online, warsztaty praktyczne w formie stacjonarnej
- Najnowszy specjalistyczny sprzęt medyczno-kosmetyczny
- Zajęcia prowadzone w gabinetach lekarskich
- Kameralne 8-osobowe grupy
- Punkty edukacyjne

### Samodzielnie wykonywane zabiegi, m. in.:

korekcji zmarszczek z zastosowaniem toksyny botulinowej i wypełniaczy, modelowania i korekcji kształtu ust, liftingu wolumetrycznego, leczenia hiperhidrozy, mezoterapii igłowej, zabiegów z wykorzystaniem PRP, ATR, szeregu biostymulatorów tkankowych, peelingów medycznych oraz procedur z zastosowaniem IPL, ND:YAG i innych.

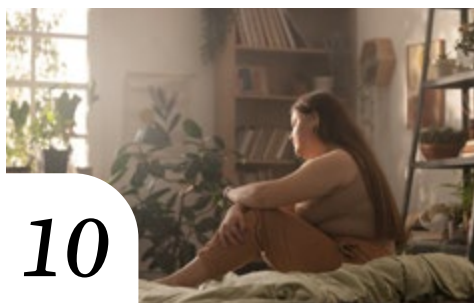
### Dołącz do profesjonalistów i podnieś swoje kwalifikacje!



*Studia podyplomowe z Medycyny Estetycznej w SWSM to najlepszy krok, by wejść w tę dziedzinę z solidnym przygotowaniem. Łączą wiedzę teoretyczną z intensywną praktyką, dzięki czemu od początku pozwalają budować realne kompetencje niezbędne do bezpiecznej pracy z pacjentem. To także przestrzeń, która otwiera drzwi do dalszego rozwoju i przygotowuje do certyfikacji umiejętności zawodowych.*

**lek. Maciej Materka**





# 10

- 4 **Dobry kierunek**  
PRZEMYSŁAW ROSAK
- 5 **Przewodniczący**
- 6 **Flesz samorządowy**
- 9 **Mity i legendy**  
ALEKSANDER SIEROŃ
- 12 **Rozbrajam mity**  
ŁUKASZ GŁADYSZ
- 14 **Okiem dietetyka klinicznego**  
MAŁGORZATA PELIKAN-GŁADYSZ
- 15 **Czy medycyna jest jedynie  
gałęzią nauk przyrodniczych?**  
JACEK GAWRYCHOWSKI
- 16 **Bezradni na wojnie**  
ŁUKASZ KRZYCH
- 18 **Kiedy lekarz nie bada pacjenta?**  
JOANNA BON-BAŁAZIŃSKA
- 20 **Kursy i szkolenia**
- 21 **Medycyna estetyczna. Na  
co warto zwrócić uwagę,  
udzielając takich świadczeń**  
KATARZYNA RÓŻYCKA
- 22 **Lekarz, a może profesor AI,  
czy doktor Google?**  
STANISŁAW SURMA
- 24 **Udany przeszczep wątroby**
- 24 **Dwa zabiegi metodą BEST  
wykonano w Górnośląskim  
Centrum Zdrowia Dziecka  
w Katowicach**
- 25 **Ile lekarz powinien spać?**  
MATEUSZ MAJCHRZAK

Temat numeru

## Prawdy i mity o cudzie dla otyłych

PAULINA NOWOCIEŃ

- 27 **Supermarket sensu życia, czyli  
prowadź, lekarzu**  
MAREK KRZYSTANEK
- 28 **Szpital dla ubogich  
w Singapurze**  
EUGENIUSZ JÓZEF KUCHARZ
- 30 **Nie tylko front. Historia  
medycyny wojskowej do korekty**  
KATARZYNA B. FULBISZEWSKA
- 31 **Wypadek**  
RYSZARD SZOZDA
- 32 **Skok na kasę?**  
RAFAŁ SOŁTYSEK
- 33 **Chał du ju du?**  
ANDRZEJ WOJCIESZEK
- 34 **Jak schudnąć bez wysiłku,  
czyli historia wielkiej iluzji**  
KATARZYNA B. FULBISZEWSKA
- 37 **Nasze sportowe zwycięstwa**  
GRZEGORZ BORYCZKA
- 39 **Odeszli na wieczny dyżur**
- 40 **Ogłoszenia**

Zapraszamy

do dyskusji na łamach Pro Medico pt. „Kto się boi AI”, czyli o sztucznej inteligencji wokół lekarzy. O jej blaskach i cieniach, o korzyściach i zagrożeniach. W tym numerze poruszamy ten temat na str. 22

Biuro czynne jest  
w poniedziałki, wtorki  
i czwartki od 8.00 do 16.00,  
w środy od 8.00 do 17.00,  
a w piątki od 8.00 do 15.00.

☎ 32 60 44 276  
Główny numer,  
informacja o numerach  
wewnętrznych ŚIL

☎ 32 60 44 251  
Dyrektor Biura ŚIL

☎ 32 60 44 253  
Sekretariat Biura ŚIL

☎ 32 60 44 264  
Dział Informacyjno-prasowy

Rzecznik prasowy  
a.vdc@izba-lekarska.org.pl

☎ 32 60 44 210  
Dział Rejestru Lekarzy

☎ 32 60 44 220  
Dział Prywatnych Praktyk

☎ 32 60 44 225  
Ośrodek Kształcenia  
Podyplomowego Lekarzy

☎ 32 60 44 265  
Zespół Radców Prawnych

☎ 32 60 44 240  
Biuro Okręgowego Rzecznika  
Odpowiedzialności  
Zawodowej w Katowicach

☎ 32 60 44 270  
Sekretariat Komisji:  
Bioetycznej, ds. Konkursów  
i ds. Etyki Lekarskiej

☎ 32 60 44 280  
Sekretariat Okręgowego Sądu  
Lekarskiego w Katowicach

☎ 32 60 44 230  
Składki

☎ 32 60 44 235  
Dział Finansowo-Księgowy

☎ 32 60 44 237  
Główny Księgowy

☎ 32 60 44 290/91  
Dział  
Administracyjno-Gospodarczy

☎ 32 60 44 260  
Redakcja pisma „Pro Medico”:  
p.biernat@izba-lekarska.org.pl

☎ 32 60 44 263  
Ogłoszenia i reklamy  
w „Pro Medico”



DR N. MED.

**PRZEMYSŁAW ROSAK**

Prezes Okręgowej Rady  
Lekarskiej w Katowicach

BEZ PUDRU

# Dobry kierunek

Pierwszy miesiąc mojej działalności jako prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach trudno nazwać „rozruchem”. To był raczej intensywny bieg przez instytucje, które realnie wpływają na codzienność lekarzy – od administracji rządowej, przez ŚOW NFZ, po policję, uczelnie i sądy. Od początku wiedziałem, że jeśli samorząd ma być sprawczy, musimy wyjść do ludzi i instytucji, które realnie wpływają na naszą pracę. Postawiłem na rozmowy – dobre, niektóre momentami trudne, ale potrzebne, za którymi pójdą konkretne działania. Wiele z tych spotkań zostało szczegółowo opisanych we fleszu samorządowym.

Majówka w tym roku była wyjątkowo nerwowa dla 80 lekarzy i lekarzy dentyistów z naszej Izby, ale także dla mnie. Przyszło nam funkcjonować w rzeczywistości, w której jeszcze na początku maja nie mieliśmy pełnej jasności, czy i w jakim trybie wygaszać prawa wykonywania zawodu lekarzom i lekarzom dentyistom, którzy do końca kwietnia nie dostarczyli dokumentu potwierdzającego znajomość języka polskiego co najmniej na poziomie B1. Dopiero 28 kwietnia poprawka dotycząca wydłużenia terminu przedłożenia tego dokumentu była procedowana przez sejmową komisję zdrowia, potem Sejm. Nasuwa mi się jedno pytanie – czy nie można było przewidzieć tego problemu wcześniej? I albo uchwalić przesunięcie o rok terminu zdania egzaminu z odpowiednim wyprzedzeniem, albo zostawić przepisy bez zmian? Tylko że wtedy 80 lekarzy i lekarzy dentyistów z dnia na dzień zniknęłoby z systemu. To nie są abstrakcyjne liczby, to konkretni ludzie, którzy pracują w konkretnych oddziałach i wpisują się w konkretne grafiki, by na końcu tej wyliczanki przyjąć i pomóc konkretnym pacjentom. Prawo, które dotyka tak wrażliwego obszaru, jak wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentyisty, musi być jasne, przewidywalne i możliwe do zastosowania bez domysłów.

Nie zmienia to faktu, że kwestia znajomości języka pozostaje kluczowa. Bezpieczeństwo pacjenta wymaga, by lekarz rozumiał i był rozumiany. Tu nie ma miejsca na kompromisy.

Piszę te słowa w szczególnym momencie – jesteśmy w przededniu Krajowego Zjazdu Lekarzy i wyborów Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Kiedy będziecie czytać ten tekst nowy prezes zostanie już wybrany. Bez względu na wynik, liczę, że będziemy potrafili wrócić do merytorycznej współpracy. Zbyt wiele czasu straciliśmy na wewnętrzne konflikty.

Ostatnie tygodnie pokazały mi jeszcze coś – że jako społeczeństwo potrafimy się jednoczyć. Zbiórka dla Fundacji Cancer Fighters jest tego najlepszym przykładem. Choć chorzy w Polsce mają lub zyskują dostęp do najnowocześniejszych, nieraz bardzo drogich terapii, to wciąż są obszary, gdzie musimy posiłkować się zbiórkami. Jak podkreślał prof. Tomasz Szczepański, jednym z największych wyzwań pozostaje dziś finansowanie udziału Polski w niekomercyjnych badaniach klinicznych. Bez tych środków dzieci nie będą miały dostępu do najnowocześniejszych terapii.

Ten pierwszy miesiąc utwierdził mnie w przekonaniu, że samorząd może być partnerem, a nie tylko obserwatorem. Przed nami dużo pracy, ale mam poczucie, że idziemy w dobrym kierunku. ■

# *Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach powołała przewodniczących stałych komisji problemowych i zespołów Rady*



**Komisja ds. Rejestrów Lekarzy, Prawa  
Wykonywania Zawodu, Lekarzy  
Cudzoziemców i Współpracy  
z Zagranicą**  
Przewodniczący: Janusz Milejski



**Komisja ds. Etyki Lekarskiej**  
Przewodniczący: Jarosław Markowski



**Komisja Finansowa**  
Przewodniczący: Jan Cieśliński



**Komisja ds. Konkursów**  
Przewodnicząca: Danuta Korniak



**Komisja ds. Kształcenia  
Podyplomowego**  
Przewodniczący: Łukasz Krzych



**Zespół Ekspertów ds. Nowych  
Technologii w Medycynie**  
Przewodniczący: Mikołaj Basza



**Komisja Prywatnych Praktyk**  
Przewodniczący: Rafał Kielkowski



**Komisja Socjalno-Bytowa**  
Przewodniczący: Stefan Kopocz



**Komisja Stomatologiczna**  
Przewodniczący: Rafał Kielkowski



**Komisja Sportu i Rekreacji**  
Przewodniczący: Grzegorz Boryczka



**Komisja ds. Kultury**  
Przewodniczący: Rafał Sołtysek



**Komisja ds. Emerytów  
i Rencistów**  
Przewodnicząca: Zofia Orzechowska



**Komisja ds. Młodych Lekarzy**  
Przewodnicząca: Patrycja Piłat



**Komisja Organizacyjna**  
Przewodnicząca: Danuta Korniak



**Komisja ds. Przedsiębiorczości  
i Wsparcia Prawnego**  
Przewodniczący: Piotr Ziętek



**Zespół ds. Orzekania  
i Opiniowania Sądowo-Lekarskiego  
w Sprawach Cywilnych oraz Pracy  
i Ubezpieczeń Społecznych**  
Przewodniczący: Ryszard Szozda



**Zespół ds. Opiniowania  
Sądowo-Lekarskiego w Sprawach  
Odpowiedzialności Zawodowej  
i Karnych**  
Przewodniczący: Jacek Gawron



**Komisja ds. Kontaktów z NFZ**  
Przewodniczący: Piotr Ziętek

# Flesz samorządowy

## U wojewody śląskiego



Fot. J. Grygiel

Pierwsze spotkanie nowo wybranego prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr. n. med. Przemysława Rosaka z Wojewodą Śląskim Markiem Wójcikiem było okazją do merytorycznej i konstruktywnej rozmowy o problemach nurtujących samorząd lekarski. W spotkaniu, oprócz prezesa, ze strony ŚIL wzięli udział: dr n. med. Tadeusz Urban – wiceprezes ORL w Katowicach, lek. dent. Piotr Ziętek – członek Prezydium ORL w Katowicach, r. pr. Joanna Andrzejewska – dyrektor Biura ŚIL, r. pr. Katarzyna Różycka – Zespół Radców Prawnych ŚIL. Podczas rozmowy omówiono kluczowe kwestie dotyczące między innymi: procedury opiniowania kandydatów na konsultantów wojewódzkich – wynagrodzeń dla kierowników specjalizacji za prowadzenie szkolenia specjalizacyjnego, współpracy w zakresie wykonywania działalności leczniczej.

## Spotkanie z dyrektorem Śląskiego Oddziału NFZ w Katowicach



Fot. A. van der Coghien

Śląska Izba Lekarska wyraziła gotowość stworzenia platformy wymiany informacji oraz sygnalizowania niejasności i proble-

mów wynikających z przepisów i dotyczących współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Poruszono również kwestię skarg pacjentów przekierowanych przez NFZ do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Zwrócono uwagę, że znaczna część tych zgłoszeń nie dotyczy przewinień zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków, lecz problemów o charakterze organizacyjnym, związanych z funkcjonowaniem placówek ochrony zdrowia.

## O bezpieczeństwie wykonywania zawodu

W siedzibie Komendy Wojewódzkiej Policji w Katowicach odbyło się spotkanie przedstawicieli Śląskiej Izby Lekarskiej z Komendantem Wojewódzkim nadinsp. Mariuszem Krzystyniakiem.



Fot. A. van der Coghien

Tematem spotkania była poprawa bezpieczeństwa lekarzy i lekarzy dentyków podczas wykonywania obowiązków zawodowych. Podkreślono znaczenie kluczowego hasła, które należy podać podczas zgłoszenia kierowanego do służb: „atak na medyka”. Użycie tego sformułowania, albo wyraźna informacja, że zdarzenie dotyczy medyka, spowoduje zakwalifikowanie zgłoszenia jako pilnego, co skutkuje niezwłocznym skierowaniem patrolu na miejsce zdarzenia. Standardowy czas reakcji policji w przypadku takich zgłoszeń to około sześć minut.

Omówiono również pomysł nawiązania bezpośrednich relacji pomiędzy placówkami medycznymi a najbliższymi im komisariatami policji. Zgłaszanie incydentów bezpośrednio do lokalnej jednostki mogłoby nieznacznie skrócić czas reakcji, jednak należy pamiętać, że tylko zgłoszenia kierowane na numer alarmowy 112 dają możliwość lokalizacji osoby potrzebującej pomocy oraz miejsca zdarzenia.

W trakcie rozmów poruszono także kwestię organizacji szkoleń kaskadowych. Zakładałyby one wcześniejsze przeszkolenie

wytypowanych liderów z różnych placówek medycznych w zakresie właściwego zachowania podczas sytuacji trudnych i kryzysowych. Osoby te mogłyby przekazać zdobytą wiedzę swoim współpracownikom w ramach szkoleń wewnętrznych.

## Podziękowania dla wolontariuszy Ośrodka Pomocy Medycznej dla Osób Bezdomnych



Fot. A. Gimaf

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu podziękowano wolontariuszom, którzy na co dzień wspierają podopiecznych Ośrodka Pomocy Medycznej dla Osób Bezdomnych i Wykluczonych Społecznie im. św. Rity w Chorzowie.

Placówka mieści się w oficynie kamienicy przy ul. Powstańców 41. To prawdopodobnie pierwszy w Polsce, a z pewnością w województwie śląskim, tego typu punkt medyczny, dedykowany osobom w kryzysie bezdomności i wykluczenia społecznego.

Ośrodek powstał z inicjatywy Jana Borysa, prezesa fundacji „Podziel się”, który wraz z przyjaciółmi przez sześć lat zabiegał o stworzenie tego miejsca – przekuwając ideę w realne wsparcie dla najbardziej potrzebujących.

W organizację pomocy aktywnie włączył się dr n. med. Dawid Szkudłapski – wojewódzki konsultant w dziedzinie gastroenterologii oraz dyrektor ds. leczenia szpitala w Sosnowcu. To dzięki jego zaangażowaniu udało się zmobilizować środowisko medyczne i stworzyć zespół specjalistów gotowych nieść pomoc.

W ośrodku dyżurują lekarze i pracownicy medyczni, m.in. dr Grzegorz Leszczyński, dr Mateusz Paterak, dr n. med. Wiktor Krawczyk – chirurg, a także pielęgniarki: Ewa Ogórek, Ewa Wydymus oraz Iwona Kocel, która jest również pastorem Kościoła Bożego w Chrystusie. W gronie wolontariuszy jest także lek. dent. Piotr Ziętek – członek Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach X kadencji, który prowadzi w ośrodku gabinet stomatologiczny.

## Po drodze z ŚUM



Fot. A. van der Coghren

Spotkanie przedstawicieli Śląskiego Uniwersytetu Medycznego oraz nowo wybranych władz Śląskiej Izby Lekarskiej było okazją do omówienia współpracy na temat kształcenia przyszłych i obecnych lekarzy.

Prezes ORL w Katowicach poinformował, że Śląska Izba Lekarska pozyskała w ostatnim czasie 1,5 mln zł na organizację 94 szkoleń specjalizacyjnych. Podkreślił wyraźnie, że przeprowadzenie tych szkoleń nie byłoby możliwe bez dobrej współpracy i dużej życzliwości ze strony SUM w Katowicach.

W trakcie spotkania zwrócono uwagę na potrzebę wzmocnienia edukacji studentów w zakresie etyki lekarskiej, szczególnie w kontekście obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej. Zaproponowano organizację zajęć, które pozwoliłyby studentom lepiej przygotować się do podejmowania decyzji w rzeczywistych sytuacjach zawodowych. Omówiono też inicjatywę zorganizowania szkoleń z zakresu bezpieczeństwa lekarzy i lekarzy dentyków. Wskazano, że Śląski Uniwersytet Medyczny mógłby odegrać istotną rolę w wyłonieniu liderów ze szpitali klinicznych do przeszkolenia, którzy następnie przekazaliby wiedzę i dobre praktyki w swoich zespołach.

## Na linii szpital – sąd

28 kwietnia 2026 r. odbyło się spotkanie robocze przedstawicieli Śląskiej Izby Lekarskiej z Prezesem Sądu Okręgowego w Sosnowcu SSO Andrzejem Czaputą i SSO Anną Kulis, przy udziale przewodniczącego Śląskiego Forum Samorządów Zaufania Publicznego adw. Romana Kusza i adw. Katarzyny Legień.

Podczas spotkania omówiono kluczowe problemy organizacyjno-prawne związane ze współpracą szpitali z sądami, w szczególności w zakresie zasad uzyskiwania zgody zastępczej, przekazywania pacjentów do zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL), udziału kuratorów i opiekunów w procesie decyzyjnym, roli

pracowników socjalnych w szpitalach oraz opinii biegłych, w tym biegłych psychiatrów.



Podniesiono konieczność doprecyzowania zakresu dokumentacji medycznej przekazywanej przez szpitale do sądów, by była ona kompletna, a dzięki temu skracała czas podejmowania decyzji. Zwrócono uwagę, że obecny proces uzyskiwania zgody zastępczej w sytuacjach pilnych jest nadmiernie rozciągnięty w czasie (kompletowanie dokumentacji jest czasochłonne, brak jednolitych standardów powoduje niejednoznaczność wniosków, a komunikacja pomiędzy szpitalem, sądem, kuratorem lub opiekunem bywa niespójna).

Uczestnicy spotkania zgodzili się co do konieczności wypracowania usprawnionych procedur. Okazją do tego będzie poszerzone spotkanie przedstawicieli środowiska medycznego z sędziami, zajmującymi się tą tematyką. ■

Opracowała: Alicja van der Coghen  
Rzecznik prasowy ŚIL

## OBWIESZCZENIE

**o wynikach wyborów Przewodniczącego, Zastępców Przewodniczącego i Sekretarza Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Katowicach**

W wyniku przeprowadzonych wyborów, Przewodniczącym Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Katowicach wybrana została lek. dent. Wiesława Dulęba.

Zastępcami Przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej wybrane zostały: lek. Justyna Krawczyk, lek. dent. Anna Rudka.  
Sekretarzem Okręgowej Komisji Rewizyjnej wybrany został lek. Piotr Wichary.

Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej  
Stanisław Borysławski

## OBOWIĄZEK AKTUALIZACJI DANYCH W OKRĘGOWYM REJESTRZE LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

Przypominamy wszystkim lekarzom i lekarzom denty stom o **obowiązku aktualizowania swoich danych osobowych w Okręgowym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów** prowadzonym przez Okręgową Radę Lekarską w Katowicach.

Dane można zweryfikować telefonicznie: 32 604 42 11 do 16, w godzinach pracy Izby.

W przypadku ich zmiany prosimy o przesłanie e-maila z aktualnymi danymi na adres: [rejestr@izba-lekarska.org.pl](mailto:rejestr@izba-lekarska.org.pl) w tytule e-maila prosimy wpisać „AKTUALIZACJA DANYCH”.

**Weryfikowane są następujące dane:**

- adres zamieszkania
- miejsce wykonywania zawodu
  - numer telefonu
- adres poczty elektronicznej

Przypominamy również o **konieczności realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego** poprzez uzyskanie co najmniej 200 punktów edukacyjnych w 48 miesięcznych następujących po sobie okresach rozliczeniowych, zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty stomy.

# Mity i legendy



PROF. DR. HAB. N. MED. DR. H. C. MULTI  
ALEKSANDER SIEROŃ

**K**ażde, albo prawie każde, miasto ma swoje mity i legendy. Od najstarszych, jak Rzym ze swoją wilczycą, Romulusem i Remusem. Rzym, bo duży, ma także ratujące miasto gęsi kapitoliańskie. Stare stolice, jak Kraków, ma smoka, szewca Dratewkę i megaliansowy mariaż. Są też współczesne mity sportowe – Wisła Pany czy Zagłębie Sosnowiec, które jest zawsze najlepsze – nawet w czwartej lidze.

Oczywiście swoje mity i legendy ma też Warszawa. Stare, ale i bardzo nowe. Najbardziej znana warszawska legenda mówi o Warszawie i Sawie. Co razem stworzyło stołeczną, związaną nietęczowym węzłem, nazwę własną. Jak na stolicę przystało, mitów i legend musi być więcej niż jedna. Syrenka, piękna pół kobieta, pół rekin, stała się symbolem odrodzenia ducha i murów budowanych przez Śląsk i częściowo przez resztę kraju niezłomnej stołicy. Istnieją też mity związane z budynkami, często powstałe w nieodległych latach.

Dla nas, lekarzy, a w zależności od ustroju – Służby Zdrowia lub Ochrony Zdrowia, szczególnie ciekawy jest mit – legenda o Pałacu Pacy w Warszawie przy ul. Miodowej 15. To barokowy budynek wzniesiony około 1690–1697 roku dla Dominika Radziwiłła, według projektu Tylmana. Przebudowany w latach 1824–1828 przez Henryka Marconiego dla Ludwika Pacy w stylu klasycystycznym, zyskał, a także, reprezentacyjną bramę i nowe oficyny. Ta encyklopedyczna, architektoniczna wiedza o posiadaczach uzyskała nową opcję. Ten bowiem budynek 1947 roku pańskiego został siedzibą Ministerstwa Zdrowia.

Mit i legenda kołacząca się w głowach doktorów głosi, że wtedy w Warszawie na krótko pojawił się WIELKI dźwig przyjacielskiej produkcji ze wschodu. Dźwig był tak duży, że sięgał ponad chmury. Zręczny, celowo sprowadzony tylko na ten czas od bratniego narodu, dźwigowy uniósł z ziemi sporą powierzchnię, ale dokładnie wymierzoną ołowianą płytkę i, jak to w mitach, dokładnie nie wiadomo jak, umieścił ją nad Miodową 15. W 1947 roku wiedzano już, że promienie rentgena ani promieniowanie gamma nie przechodzą przez ołów. Towarzysze założyli, słusznie lub nie, że przez ołów nie przejdzie też wzrok najwyższego, czyli z nieba. W zasadzie się nie pomylili. Od 1947 roku, czyli od objęcia pałacu przez ministrów i ministery, dzieją się tam wielkie rzeczy i działania, reformy projektów i projekty reform, tworzenie i zmiana planów, a przede wszystkim dobór osobowy dowodzący, że wzrok Najwyższego ma rzeczywiście kłopoty, żeby tam dotrzeć. Mówi się więc o Miodowej 15, że wart pałac Pac, a Pac pałaca.

Czasem mit o Miodowej 15 jest uzupełniany legendą, że od dołu, pod pałacem Pacy usunięto z gleby choćby najmniejszy atom ołowiu. Ale to tylko nowe, warszawskie mity. Warszawskie, czyli stołeczne. A jak stołeczne, to mające czasem wpływ na całą Polskę.

Mity tworzą mity. Czasem fakty. Czyli końca nie widać. A może uda się je skonsolidować? ■

# Prawdy i mity o cudzie dla otyłych

Szacuje się, że choroba otyłościowa dotyczy około dziewięciu milionów osób w Polsce. Prognozy Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują, że do 2035 roku ponad 35% dorosłych mężczyzn i ponad 25% kobiet będzie chorowało na otyłość. Należy pamiętać, że jest to choroba przewlekła, nawracająca i nieustępująca samoistnie, związana z ryzykiem nawet około 200 powikłań zdrowotnych. Mimo to wciąż bywa bagatelizowana, sprowadzana do kwestii estetyki, braku silnej woli i lenistwa.

## TEKST LEK. PAULA NOWOCIEŃ

mgr dietetyki klinicznej

certyfikowany członek Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości

rezydentka endokrynologii

Katedra i Klinika Endokrynologii i Nowotworów Neuroendokrynnych ŚUM

**I**tutaj pojawiają się uznawane za modne, szeroko komentowane leki na otyłość, czyli analogi GLP-1. Dla jednych są one szansą na odzyskanie zdrowia, dla innych źródłem lęku i niepewności, co do bezpieczeństwa ich działania, a dla kolejnej grupy „pójściem na łatwiznę”.

### Dla kogo wskazane jest leczenie?

Głównym kryterium włączenia farmakoterapii jest BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> lub BMI  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> przy współistnieniu chorób związanych z otyłością, takich jak cukrzyca typu 2, stan przedcukrzycowy, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, obturacyjny bezdech senny czy niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby. Koszty farmakoterapii nadal

są bardzo wysokie. W gabinecie często zdarza się, że mimo wskazań do zwiększenia dawki pacjent nie może sobie na to pozwolić, ponieważ cena rośnie wraz z dawką, a najdroższe leki sięgają nawet 2000 zł miesięcznie. Do tego dochodzą koszty wizyt kontrolnych, pracy z trenerem personalnym czy fizjoterapeutą. Można więc przyznać, że kompleksowe leczenie otyłości nadal jest luksusem.

### Co jest prawdą?

Mechanizm działania analogów GLP-1 oraz GLP-1/GIP jest dobrze poznany i skutecznie wspiera redukcję masy ciała. Hormony te wydzielane w jelitach w reakcji na spożycie pokarmu, które zwiększają wydzie-

lanie insuliny przez komórki  $\beta$  trzustki, blokują wydzielanie glukagonu, hamują opróżnianie żołądka i ograniczają łaknienie oraz pobieranie pokarmu. Preparaty łączone (GLP-1 i GIP) wykazują silniejszy efekt metaboliczny i są coraz częściej stosowane w leczeniu otyłości.

Dodatkowo, przy stosowaniu leków obserwuje się korzyści wykraczające poza redukcję masy ciała, m.in. zmniejszenie ryzyka sercowo-naczyniowego. Choć profil bezpieczeństwa jest dobry, nie można mówić o terapii bez wad. Do częstych działań niepożądanych należą nudności, wymioty i zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Istnieją też potencjalne poważniejsze powikłania, takie jak zapalenie trzustki czy kamica żół-



ciowa (jednak nie częściej niż w populacji ogólnej przy redukcji masy ciała).

Aby redukcja masy ciała utrzymała się po zakończeniu leczenia, konieczna jest edukacja już od pierwszej wizyty. Nauka komponowania posiłków, zaprzestanie stosowania używek, wdrożenie aktywności fizycznej na miarę możliwości, dbałość o sen i relacje z bliskimi to filary medycyny stylu życia, które pacjent powinien stopniowo wdrażać. Wielu chorych ma już za sobą liczne próby redukcji masy ciała, wdraża nowe, dobre nawyki i trenuje, a mimo to nie widzi efektów. I takiemu pacjentowi trzeba wierzyć, że te starania mają miejsce, wesprzeć go i zaproponować odpowiednie leczenie. Część z nich przez lata słyszała jedynie „proszę jeść mniej i więcej się ruszać” i jest zwyczajnie zniechęcona do dalszych działań, traktując swój stan jako własną winę. Wielu z nich choruje także na depresję, którą często łączą z występowaniem otyłości i izolacją społeczną z niej wynikającą.

Nawet w środowisku lekarskim temat choroby otyłościowej i wdrażania terapii analogami GLP-1 nie zawsze spotyka się z należytą uwagą, a czasem wręcz z niepotrzebnym dystansem. Mamy dziś do dyspozycji nowe badania naukowe, wytyczne Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości,

dlatego warto korzystać z wiedzy zamiast mnożyć kontrowersje wokół sprawdzonych rozwiązań.

Z drugiej strony część pacjentów nie rozumie, że farmakoterapia wymaga kompleksowego podejścia i nie powinna być wdrażana u każdego, kto chciałby mieć niższą masę ciała. Zdarza się pożyczanie leku od znajomych czy oczekiwanie recepty „na żądanie”. To trudne sytuacje, które wynikają z mody na analogi GLP-1 i przedstawiania ich w internecie jako „magicznego zastrzyku”.

**Największy mit: schudnę i problem zniknie**  
Najgroźniejszym złudzeniem jest przekonanie, że sama farmakoterapia wystarczy. Bez pracy nad nawykami efekt zwykle utrzymuje się jedynie czasowo. Na kon-

ferencjach naukowych często podkreśla się, że wypisanie recepty to nie to samo co rozpoczęcie leczenia. Pacjent musi otrzymać konkretne narzędzia, z którymi będzie pracował na co dzień, zwłaszcza w rzeczywistości, w której internet zalewa go ogromną ilością sprzecznych i często wprowadzających w błąd treści na temat otyłości.

Podsumowując: analogi GLP-1 oraz GLP-1/GIP to skuteczne narzędzia terapeutyczne. Nie są jednak „cudem”, lecz elementem leczenia, który powinien uzupełniać, a nie zastępować zdrowy styl życia. Największym wyzwaniem nie jest już pytanie, czy te leki działają, lecz czy potrafimy korzystać z nich w sposób właściwy i odpowiedzialny. ■

---

**DO CZĘSTYCH DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH należą nudności, wymioty i zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Istnieją też potencjalne poważniejsze powikłania, takie jak zapalenie trzustki czy kamica żółciowa (jednak nie częściej niż w populacji ogólnej przy redukcji masy ciała).**



Fot. magnific.com

# *Rozbrajam mity*

Osoby z nadwagą bądź otyłością niepowikłaną (wg skali EOSS 0-1pkt) wymagają leczenia zachowawczego. Edukacja żywieniowa, dieta redukcyjna, wzrost aktywności fizycznej (przepis na odchudzanie) będą bardzo skutecznymi działaniami. Natomiast druga grupa, to chorzy, którzy mają otyłość z powikłaniami (EOSS 2-4pkt). Tutaj oprócz leczenia zachowawczego często trzeba współpracy z psychologiem oraz zastosowania AKTYWNEGO leczenia farmakologicznego i/lub bariatrycznego.

TEKST **ŁUKASZ GŁADYSZ**

Zakład Medycyny Rodzinnej WNMK SUM  
NZOZ Familia-Med Mikołów

**A**sortyment leków zarejestrowanych do leczenia otyłości w Polsce (IV.2026) to: 1. orlistat 2. naltrekson + bupropion 3. liraglutyd 4. semaglutyd 5. tirzepatyd 6. fenteramina + topiramat. W niedalekiej przyszłości nadchodzą 2-3 nowe preparaty. Wskazania oraz dawkowanie, to temat na całkiem spory wykład. Teraz postaram się skupić na kilku problemach, z jakimi zetknąłem się przy omawianiu leczenia ze swoimi pacjentami/pacjentkami.

### **I. „Koleżanka ma takie zastrzyki, na których się chudnie”. „Tłuszcz sam się wypala”**

Tutaj są dwa problemy. Pierwszy: to nie są leki do odchudzania, tylko do leczenia otyłości. Drugi: nie ma cudownego leku. Proces jest długi i wymagający dużego zaangażowania od chorego. Lek jest narzędziem, które ułatwia leczenie. Nie spowoduje, że tłuszcz sam się wypali, ale ułatwi utrzymanie redukcji kalorycznej poprzez hamowanie apetytu i spowolnienie opróżnienia żołądka. Ale nie odczyty jedzenia słodczy, fast food itd. Trzeba nauczyć się dokonywania właściwych wyborów na zakupach, zdrowego jedzenia. A zmiana nawyków to żmudny i czasochłonny proces.

### **II. „Podobno te zastrzyki są niebezpieczne”**

To takie ładne hasło. Każdy lek niewłaściwie stosowany jest niebezpieczny. Zebranie wywiadu, badania dodatkowe, regularne wizyty kontrolne, stosowanie się do zaleceń znacznie zmniejszają ryzyko powikłań.

### **III. „Bo będę musiał stosować te leki już na zawsze”**

Otyłość to choroba przewlekła. Wymaga przewlekłego leczenia. Aktualnie nie ma leków refundowanych do leczenia otyłości. Koszt miesięcznej kuracji zaczyna się od kilkuset złotych. Gdyby nie cena, to ten argument padał by znacznie rzadziej, tak samo jak decyzje o podjęciu od razu leczenia bariatrycznego. Czy na zawsze? Leczenie zachowawcze – tak, bo jest to zmiana stylu życia. Powrót do starych nawyków prowadzi do dodatniego bilansu energetycznego, więc jest prostą drogą do zwiększania masy tkanki tłuszczowej. A leczenie farmakologiczne? Niekoniecznie. Najpierw redukcja nadmiarowej tkanki tłuszczowej

oraz implementacja nawyków (minimum rok), a potem można się zastanowić nad redukcją dawek i stopniowym odstawianiem leku.

Spora część pacjentów utrzymuje stałą masę ciała po odstawieniu farmakoterapii. Otyłość ma w swojej definicji zapisane „okresy remisji i wznów”. Ważne by chory szybko zareagował na problemy i skonsultował się ze swoim lekarzem. Szybciej niż po 10–20 kilogramach.

### **IV. „Bo od tego to można oślepnąć”**

To był swoisty hit jesienno-zimowy. Faktycznie pojawiło się jedno badanie, które szukało korelacji pomiędzy rozpoznaniem NAION (nietętnicza przednia neuropatia nerwu wzrokowego) a różnymi lekami. I to prawda, w tej grupie chorych często pojawiał się semaglutyd. Ale warto od razu dodać, że NAION dotyczy najczęściej osób po 50 r.ż., z nadciśnieniem, cukrzycą, dyslipidemią, chorobami serca i bezdechem.

Zwykle taki „pakiet” chorobowy jest powiązany z otyłością, więc i semaglutyd był często stosowany. Kolejne metaanalizy udowodniły, że redukcja HbA1c semaglutydem zmniejszała ryzyko występowania NAION.

### **V. „Zastrzyki niszczą mięśnie”**

W procesie redukcji masy ciała traci się zarówno tłuszcz, jak i mięśnie. Z założenia proces leczenia otyłości zawiera ważny filar jakim jest ruch. Regularne ćwiczenia, w tym ćwiczenia oporowe, ograniczają ubytek masy mięśni. Cały proces można na wiele sposobów monitorować, np. kontrole przy pomocy dynamometru ręcznego albo przy pomocy bioelektroimpedancji zmierzyć strukturę ciała i liczyć współczynnik BMFR i FMR.

Podsumowując. Nie ma magicznej tabletki/zastrzyku, które cudownie wyleczą z otyłości. Niestety. I nie ma drogi na skróty. Niestety. ■

---

**NIE MA MAGICZNEJ TABLETKI/ZASTRZYKU,  
które cudownie wyleczą z otyłości. Niestety.  
I nie ma drogi na skróty. Niestety.**



Fot. magnific.com



Fot. magnific.com

# Okiem dietetyka klinicznego

TEKST MAŁGORZATA PELIKAN-GŁADYSZ

dietetyk kliniczny, neurodietetyk  
Centrum Dietetyczne Erinea

O fenomenalnych efektach chudnięcia „po zastrzykach” bardzo głośno jest na forach internetowych oraz w mediach społecznościowych. Jedni zachwalają, inni straszą skutkami ubocznymi, jeszcze inni wyśmiewają. Jak to wygląda z mojej perspektywy w codziennej pracy z pacjentem zmagającym się otyłością?

Przede wszystkim otyłość jest jednostką chorobową, wymagającą leczenia, często na wielu płaszczyznach. Pacjent otyły bardzo często zmagają się z dodatkowymi schorzeniami, takimi jak: cukrzyca, nadciśnienie, problemy sercowo-naczyniowe, problemy hormonalne. Bardzo ważne jest zaopiekowanie chorób współistniejących zarówno farmakoterapią, jak i dietoterapią. Zmiana stylu życia to złożony proces, wymagający niejednokrotnie od pacjenta bardzo dużego wkładu. Czy leki na otyłość są tutaj magicznym rozwiązaniem?

Powiem tak: leki są narzędziem, które pozwala zmniejszyć apetyt, kontrolować przejadanie się, ograniczyć napady kompulsywnego jedzenia, często również wyrównać glikemię. Leki nie spalają tkanki

tłuszczowej, lecz wspomagają skuteczne zarządzanie strefą żywienia.

Farmakoterapia powinna być zawsze połączona ze zmianami żywieniowymi, budowaniem nowych nawyków, które zostaną z pacjentem na stałe. Niestety bywa tak, że pacjent podejmuje się brania leków, natomiast zmiany żywieniowe polegają na jedzeniu bardzo małych ilości, niekoniecznie wartościowych pokarmów. Dwa batony + kanapka – deficyt mamy, spadek wagi jest. Szybka redukcja kosztem utraty masy mięśniowej, często z niedoborami,

a nawet niedożywieniem. Dlatego z mojego punktu widzenia, kluczowa jest edukacja żywieniowa, nauka pacjenta od nowa jedzenia, dbania o nawodnienie, słuchania potrzeb swojego organizmu. Zdrowa i trwała redukcja masy ciała wymaga holistycznego podejścia do tematu, nie wystarczy „cudowny lek”. ■

Na ten temat piszemy również w dziale „Potyczki z historią” na str. 34.

---

**Z MOJEGO PUNKTU WIDZENIA, kluczowa jest edukacja żywieniowa, nauka pacjenta od nowa jedzenia, dbania o nawodnienie, słuchania potrzeb swojego organizmu. Zdrowa i trwała redukcja masy ciała wymaga holistycznego podejścia do tematu, nie wystarczy „cudowny lek”.**

# Czy medycyna jest jedynie gałęzią nauk przyrodniczych?



PROF. DR HAB. N. MED.  
JACEK GAWRYCHOWSKI

**P**rzeprowadzenie jakiegokolwiek eksperymentu naukowego wymaga w pierwszej kolejności zrozumienia badanego problemu. I dopiero zrozumienie charakteru tego problemu pozwala na zdeterminowanie narzędzi badawczych, niezbędnych do opracowania metodyki określonych badań. Można badać funkcję tarczycy czy płuca, ale nie można przecież z nimi przeprowadzić wywiadu. Ten przeprowadza się wyłącznie z człowiekiem. I tutaj rodzi się ważny wniosek, że względem chorego, medycyna winna opierać się o zasady hermeneutyki, czyli sztuki interpretacji i filozoficznej refleksji.

Ludwig Wittgenstein, zmarły w 1951 roku filozof brytyjski, reprezentował pogląd, że proces rozumienia przypomina wyłącznie proces nauki języka obcego. W opozycji do niego Hans-Georg Gadamer twierdzi, że aby zrozumieć język, sama nauka nie wystarcza, bowiem język pośredniczy również w interpretacji emocji i refleksji. Zaś samo rozumienie i interpretacja, przypisywane zwykle konkretnemu człowiekowi, absolutnie nie posiadają jakichkolwiek granic. Stanowią więc proces otwarty, wymagający rozwiązań myślowych, nierzadko na zasadzie prób i błędów. I ta sztuka refleksji i interpretacji definiuje pojęcie hermeneutyki.

Dochodzimy tu wreszcie do pytania, czy medycyna jest więc czymś więcej niż jedynie gałęzią nauk przyrodniczych i gdzie leżą jej granice poznania. Odnosząc się do historii, jasno należy stwierdzić, że w każdej epoce istniały określone granice naukowe, które wraz z upływem czasu i kolejnymi odkryciami poszerzały te granice w sposób racjonalny, o nowe obszary poznania. Czy wobec tego pytanie zadane w tytule można sformułować następująco: czy granice poznania w medycynie jako jednej z nauk przyrodniczych pokrywają się i będą pokrywać z granicami racjonalności? I jak to się ma do coraz szerzej wykorzystywanej w medycynie sztucznej inteligencji (AI), która wprawdzie jest szansą na rozwój i postęp w diagnostyce i leczeniu, ale pozbawia chorego najdrobniejszego nawet pierwiastka altruizmu. Bo słowo nabiera właściwej mocy i znaczenia w relacji z pacjentem dopiero w ustach innego człowieka – w tym przypadku lekarza, słowo staje się wtedy żywe.



Fot. magnific.com

Osiągnięcia naukowe ostatnich lat sprawiły, że wiedza o funkcjonowaniu poznawczym mózgu jest coraz większa, podobnie jak o powstawaniu świadomości i wszelkich procesach w nim zachodzących, w tym myślenia i interpretacji. Natomiast tej zdolności rozumowania oraz rzeczywistej inteligencji pozbawiona jest AI. Innymi słowy programiści komputerowi (ludzie) ustalają zasady przetwarzania przez AI określonych symboli w określonej kolejności, jednak bez podania ich znaczenia. I chociaż wydaje się, że AI wykazuje się myśleniem, to z pewnością przebieg wszelkich działań i procesów odbywa się w jej obrębie w sposób bezrozumny i bez jakichkolwiek emocji, wyłącznie naśladując myślenie ludzkie. Moja zmarła przed laty papuga też była nauczona rano, o określonej godzinie wołać: Jacek idź do pracy, ale czy rozumiała? Wołała także w moje dni wolne od pracy. A czy w przyszłości nie okaże się mimo wszystko, że komputery zaczną myśleć? Być może na początek dojdzie do transferu ludzkiego mózgu do komputera i będzie on funkcjonował zamiast w ludzkiej czaszce, w srebrzystym, zanurzonej pewnie w jakimś płynie odżywczym, robocie. Brrrr... ■

# Bezradni *na wojnie*

Ledwie skończyła się kilkuletnia batalia z wirusem SARS-CoV2, a europejscy lekarze muszą myśleć o zagrożeniu, jakie niosą ze sobą rosnące napięcia polityczne. Toczące się wojny w Ukrainie i na Bliskim Wschodzie każą nam coraz poważniej zastanawiać się, co powinniśmy zrobić, gdyby wojna przekroczyła granice Polski? Czy polski lekarz jest dziś gotowy na wojnę lub pomoc w czasie katastrof?

TEKST PROF. DR HAB. N. MED. ŁUKASZ KRZYCH

Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Stanów Nagłych SUM  
Przewodniczący Komisji ds. Kształcenia Podyplomowego ORL

Pandemia pokazała nam, że gremialnie szybko potrafimy zaadaptować się do bieżących potrzeb i oczekiwań. Jednak znacznie lepszym rozwiązaniem są działania zapobiegawcze. Systemowe. O ile mamy nikły wpływ na działania polityczne, zwłaszcza na arenie międzynarodowej, to jednak rozsądek nakazuje skupić się na możliwościach krajowych. Problemów jest wiele, a te infrastrukturalne czy sprzętowe są chyba najmniej istotne. Liczy się przygotowanie mentalne i merytoryczne.

Planowanie i zapobieganie zawsze wychodziło nam najgorzej. Natura Polaka niestety jest zatruta jadem bufonerii, próżności i zamiłowaniem do prowizorki. Bazując na trudnej historii, wiemy, że jako naród jesteśmy gotowi do poświęceń i wyrzeczeń. Jednak w XXI wieku bohaterstwo często bywa przez nas mylone z głupotą i donkichotyzmem. Wynika to ze zmiany systemu kształtowania wartości, idei, przekazywanej wiedzy i chęci nabywania doświadczeń. Widzę, że system edukacji prowadzonej po upadku komunizmu coraz bardziej kuleje. Brak zrozumienia przez ludzi potrzeby kształcenia przekłada się

na zupełny brak wiedzy ogólnej w młodszych pokoleniach i powiększania intelektualnego rozłamu społecznego, a niechęć do pracy prowadzi do gnuśnienia mentalnego i niepełnosprawności fizycznej. Takie będą Rzeczypospolite, jakie ich młodzieży chowanie. Systemowo. Mamy tego widoczny efekt. Nie mogę generalizować w tym piętnowaniu społeczeństwa, jednak pojedyncze wybitne jednostki nie są w stanie

w szybkim tempie zmienić myślenia masy ludzkiej i przekonać do efektywnego działania. Ten wadliwy system edukacji zakaził też drogę kształcenia lekarzy. Piękna idea systemowego ujednolicenia kształcenia odbija się czkawką. Sarmackie geny trudno wykorzystać. Ilość wypiera jakość. Studenci uczą się z baz danych do testów, nie potrafią konstruktywnie myśleć, rozmawiać z pacjentem ani jego rodziną. Kompetencje

---

**CO ZROBIĆ, ABY POLSKI LEKARZ NIE BYŁ BEZBRONNYM, a potrafił korzystać ze swojej wiedzy i umiejętności w razie potrzeby i to niezależnie od rodzaju specjalizacji? Aby potrafił je dostosować do bieżących potrzeb? Należy podejść do problemu globalnie, nie rozdrabniać się, dyskutując o otwieraniu nowych specjalizacji i podspecjalizacji. Trzeba uczyć praktycznie. Tutaj może w zdecydowany i merytoryczny sposób zadziałać samorząd lekarski.**

społeczne i kulturę nabywają za pomocą smartfona, a doświadczenie kliniczne zdobywają na fantomach i w świecie wirtualnym. Co zresztą większości z nich bardzo odpowiada, a szkoda. Nauczyciele akademicy są co rusz demotywowani. Zanikł etos lekarza i nauczyciela.

Nasze przygotowanie w obliczu zagrożenia militarnego przypomina więc farsę! Systemowo. Na gwałt próbuje się teraz uruchamiać płatne szkolenia podyplomowe dla tych, którzy już praktykują, modyfikować program nauczania dla tych, którzy dopiero będą studiować. Tysiące młodych ludzi, którzy aktualnie studiują i będą odpowiadać za leczenie rannych, w przypadku interwencji zbrojnej, są zawieszony w próżni. Systemowo. Wydaje się, że najbardziej przygotowani na ewentualne działania są anestezjolodzy, zabiegowcy i lekarze medycyny ratunkowej (o pielęgniarkach i ratownikach nie piszę celowo, bo nie mnie oceniać ich kompetencje). Ale ilu ich mamy? W jakim wieku? Jaka jest ich realna sprawność w obliczu przeciążenia systemu?

Regionalne inicjatywy, choć cenne, mają ograniczony zasięg. Budowa szpitali wojskowych jest w gruncie rzeczy realizacją partykularnych interesów wybranych gremiów lub nawet jednostek. Tworzenie w każdym powiecie szpitala (z nazwy) klinicznego jest chwytem marketingowym. Uczelnie wojskowe nie istnieją, choć byłyby dobrym rozwiązaniem na czas pokoju, bo wojny nigdy wykluczyć się nie da. Muł i mizeria. I nasz wróg dobrze o tym wie. Co zrobić, aby polski lekarz nie był bezbronnym, a potrafił korzystać ze swojej wiedzy i umiejętności w razie potrzeby i to niezależnie od rodzaju specjalizacji? Aby potrafił je dostosować do bieżących potrzeb? Należy podejść do problemu globalnie, nie rozdrabniać się, dyskutując o otwieraniu nowych specjalizacji i podspecjalizacji. Trzeba uczyć praktycznie. Tutaj może w zdecydowany i merytoryczny sposób zadziałać samorząd lekarski. Wciąż nie jest za późno na mądre decyzje, które odważnie muszą podjąć mądrzy ludzie. Ale nie jest ich wielu lub boją się wychylić głowę ponad tłum, aby nie zostać jej pozabawionym przez tych, którym status quo jest na rękę. ■

Fot. magnific.com





Fot. magnific.com

# *Kiedy lekarz nie bada pacjenta?*

Przypadki rozpatrywane często, a ostatnio jakby częściej, przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej skłoniły mnie do podjęcia, wydawałoby się, oczywistego tematu.



**DR N. MED. JOANNA BON-BAŁAŻYŃSKA**  
Okręgowy Rzecznik  
Odpowiedzialności Zawodowej

**P**odstawą wykonywania naszego pięknego i odpowiedzialnego zawodu jest dokładnie zebrany wywiad oraz rzetelnie przeprowadzone badanie lekarskie. Pozostałe elementy postępowania, czyli badania laboratoryjne, obrazowe, zastosowane procedury medyczne są pochodnymi tych dwóch podstawowych czynności. Obecnie ta prawda pozostaje jednak często niedoceniana.

Trudno jednoznacznie stwierdzić, jaki wpływ miała na to pandemia, jaki duży rozwój metod diagnostycznych, wreszcie, jaki wpływ ma coraz szerszy dostęp do sztucznej inteligencji. Obserwujemy bardzo niepokojące zjawisko braku rzetelnej, spokojnej rozmowy z pacjentem, często braku badania fizykalnego przed podejmowaniem decyzji o terapii lub jej zaniechaniu. Dwa zanonimizowane przykłady, celowo bez podania miejsca, płci pacjenta i lekarza. Pierwszy pacjent zostaje przywieziony przez ZRM do SOR z powodu bólu w klatce piersiowej, po zasłabnięciu. Jest przyjmowany przez ratownika medycznego i pielęgniarkę, ma wykonany pomiar saturacji i ciśnienia tętniczego, ocenę stanu ogólnego i tak wypełniona karta SOR trafia do lekarza dyżurnego. Lekarz

bez kontaktu z pacjentem zleca badania laboratoryjne, EKG i wlew dożylny soli fizjologicznej ze środkiem przeciwbólowym. Zlecenia wykonuje pielęgniarka, po uzyskaniu wyników kontaktuje się z lekarzem. Lekarz zapoznaje się z wynikami badań, w których nie stwierdza ewidentnych nieprawidłowości i bez kontaktu z pacjentem decyduje o wypisaniu go do domu. Pacjent opuszcza SOR i po przejściu kilku kroków upada, dochodzi do zatrzymania krążenia, resuscytacja jest nieskuteczna. Przyczyną zgonu jest pęknięty tętniak aorty.

Drugi pacjent jest skierowany do SOR z POZ-u z podejrzeniem zapalenia płuc, lekarz SOR wyklucza zapalenie płuc. W czasie pobytu na SOR u pacjenta pojawiają się bóle brzucha, lekarz prosi o konsultację chirurgiczną, dyżurny chirurg zdalnie, bez wywiadu i badania fizykalnego, zleca tomografię komputerową brzucha przed przyjściem na konsultację. Na podstawie wyniku tomografii podejmuje decyzję o leczeniu operacyjnym. Trzy dni po zabiegu pacjent umiera z powodu choroby tropikalnej.

Podobnych przypadków wśród spraw badanych przez OROZ jest więcej. Trudno jednoznacznie stwierdzić, że w każdym przypadku rzetelnie zebrany wywiad i prawidłowo przeprowadzone badanie fizykalne pozwoliłyby na postawienie prawidłowej diagnozy, zaordynowanie właściwego leczenia i uratowanie pacjenta, ale na pewno zwiększyłyby to szanse na powodzenie.

Lekarze nie są bogami, ale mają wie-

dzę i możliwości, które jeżeli są w sposób należyty wykorzystane pozwalają na pomoc pacjentom nawet w bardzo trudnych przypadkach. Te podstawowe czynności często pozwalają na postawienie diagnozy lub co najmniej ukierunkowanie diagnostyki, zlecenie niezbędnych badań laboratoryjnych i obrazowych, zaplanowanie najważniejszych procedur medycznych. Coraz częściej możemy korzystać w diagnostyce różnicowej ze sztucznej inteligencji, ważne abyśmy nie zapominali o własnej. Lekarz zobowiązany jest do stałego aktualizowania swojej wiedzy, postępowania zgodnie z EBM, wytycznymi towarzystw naukowych. Nie będzie jednak w stanie tego wykorzystać, jeżeli nie przeprowadzi podstawowych elementów badania lekarskiego, do których jest zobowiązany Ustawami i KEL.

Wiele złego w wykonywaniu zawodu lekarza dzieje się ze zwykłego niedbalstwa, braku poczucia obowiązku, misji, wreszcie szacunku do zawodu, pacjenta i samego siebie. Ostatnio przywykliśmy do narzekania na system organizacji opieki zdrowotnej, dostępność metod i procedur, finansowanie. Rzetelność w wykonywaniu podstawowych obowiązków lekarza nie jest uwarunkowana żadnym z tych czynników i jest zależna od nas samych.

Daję to pod rozwagę koleżanek i kolegów lekarzy i lekarzy dentystów, bo wszystkim nam zależy, aby spraw w pionie odpowiedzialności zawodowej lekarzy było jak najmniej. ■

---

**WIELE ZŁEGO W WYKONYWANIU ZAWODU LEKARZA dzieje się ze zwykłego niedbalstwa, braku poczucia obowiązku, szacunku do pacjenta i samego siebie. Lekarz zobowiązany jest do stałego aktualizowania swojej wiedzy. Nie będzie jednak w stanie tego wykorzystać, jeżeli nie przeprowadzi podstawowego badania lekarskiego.**

# Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Śląskiej Izby Lekarskiej zaprasza na kursy doskonalące i konferencje

## 10.06

ŚRODA  
17:30

**Błędy i niepowodzenia w praktyce lekarza, a perspektywa zastępcy rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Gdzie się zaczyna, a gdzie kończy odpowiedzialność zawodowa lekarza**

Prowadzący szkolenie:  
lek. Krzysztof Musialik

kurs doskonalący online – 2 pkt

## 11.06

CZWARTEK  
17:00

**Co w neurologii dziecięcej?**

Prowadząca szkolenie:  
prof. dr hab. n. med. Ilona Kopyta

kurs doskonalący online – 3 pkt

## 13.06

SOBOTA  
10:00

**Szkolenie z zakresu samoobrony i bezpieczeństwa osobistego**

Prowadzący szkolenie:  
podkom. Wojciech Szwagrzyk,  
Anna Wocial-Kulińska

kurs doskonalący stacjonarny – 4 pkt

## 17.06

ŚRODA  
17:30

**Podstawy zarządzania finansami, oszczędzania i inwestowania. Kompaktowy kurs dla zapracowanych i początkujących lekarzy**

Prowadzący szkolenie:  
Lek. Krzysztof Musialik

kurs doskonalący online – 2 pkt

## 18.06

CZWARTEK  
17:00

**Kto i jak najczęściej atakuje lekarza**

Prowadząca szkolenie:  
prof. zw. dr n. hab. Teresa Dukiet-Nagórska

kurs doskonalący online – 4 pkt

## 20.06

SOBOTA  
10:00

**Autoprezentacja – warsztaty praktyczne z budowania własnego wizerunku w świecie medycznym**

Prowadząca szkolenie:  
dr n. społ. Anna Latusek

kurs doskonalący stacjonarny – 4 pkt

## 26.06

PIĄTEK  
09:00

**Odbudowy wielopowierzchniowe w odcinku bocznym**

Prowadzący szkolenie:  
dr n. med. Tomasz Olek

kurs doskonalący stacjonarny – 6 pkt

## Wakacyjne kursy językowe

- Kurs języka niemieckiego
- kurs języka włoskiego
- kurs języka angielskiego
- kurs języka hiszpańskiego

Więcej na stronie Śląskiej Izby Lekarskiej

<https://izba-lekarska.org.pl/izba-dla-ciebie/ksztalcenie/kursy/doskonalace>

# Medycyna estetyczna. Na co warto zwrócić uwagę, udzielając takich świadczeń



## KATARZYNA RÓŻYCKA

Radca prawny  
Zespół Radców Prawnych ŚIL

**C**oraz liczniejsze grono lekarzy i lekarzy dentyistów decyduje się, by udzielać swoim pacjentom świadczeń z zakresu medycyny estetycznej. Z uwagi na pytania dotyczące ww. obszaru, poniżej przedstawię kilka najważniejszych aspektów, na które lekarz/lekarz dentyista winien zwrócić uwagę:

- Zgodnie z dotychczasowym stanowiskiem samorządu lekarskiego, świadczenia z zakresu medycyny estetycznej powinny być udzielane w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. w podmiotach leczniczych lub w ramach prowadzonych praktyk zawodowych.
- Należy pamiętać o kwestiach związanych z ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej. Obowiązkowe ubezpieczenie OC, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (tj. Dz. U. z 2025 r. poz. 272), obejmuje szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia. Tym samym, świadczenia, które nie

mieszczą się w ww. zakresie nie są objęte tym ubezpieczeniem. Jeśli lekarz bądź lekarz dentyista chce mieć zapewnioną ochronę ze strony ubezpieczyciela, musi wykupić ubezpieczenie dodatkowe, dobrowolne, które będzie obejmować swoim zakresem udzielane świadczenia z tego obszaru.

- Kolejnym istotnym aspektem jest informowanie przez lekarza bądź lekarza dentyistę o udzielanych świadczeniach. Dopuszczalne jest powoływanie się na ukończone studia podyplomowe, kursy i szkolenia poświęcone tematyce medycyny estetycznej. Nieprawidłowym jest tytułowanie się „lekarzem/specjalistą medycyny estetycznej”. Po pierwsze, pozostaje to w sprzeczności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, który określa wykaz specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych, wśród których nie znajdziemy takiej specjalizacji. Ponadto, taki sposób tytułowania może wprowadzać pacjenta w błąd. Po trzecie, warto pamiętać, że w katalogu umiejętności zawodowych przewidziano umiejętność „medycyna estetyczno-naprawcza”. Certyfikat potwierdzający jej nabycie może uzyskać lekarz i lekarz dentyista posiadający prawo wykonywania zawodu. Zgodnie z informacją zawartą na stronie CMKP, obecnie

cztery podmioty przyznają certyfikat w tej umiejętności zawodowej. Są nimi: Polskie Towarzystwo Dermatologiczne, Polskie Towarzystwo Medycyny Estetycznej i Anti-Aging, Oddział PTL w Warszawie, Polskie Towarzystwo Ginekologii Estetycznej i Rekonstrukcyjnej oraz Stowarzyszenie Lekarzy Dermatologów Estetycznych. Uzyskana przez lekarza/lekarza dentyistę umiejętność, analogicznie jak specjalizacja, podlega wpisowi do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów. Informacja ta może także być uwidoczniiona na pieczęcie lekarskiej.

- W przypadku udzielania świadczeń z zakresu medycyny estetycznej, lekarz i lekarz dentyista powinien prowadzić dokumentację medyczną. W razie potencjalnego roszczenia, dokumentacja medyczna może pozwolić wykazać sposób postępowania lekarza/lekarza dentyisty i czynności, które w danym przypadku zostały podjęte.
- Stosując produkty lecznicze i wyroby medyczne należy pamiętać, że nawet jeśli są one stosowane poza swoim podstawowym zakresem, nadal winny być stosowane przez osoby do tego uprawnione. ■

# Lekarz, a może profesor AI, czy doktor Google?

Jeszcze kilkanaście lat temu autorytet lekarza był niemal niepodważalny. Pacjent przychodził, opisywał objawy i ufał diagnozie. Dziś sytuacja wygląda inaczej. Do gabinetu coraz częściej trafia osoba, która wcześniej „zrobiła research” – przeczytała artykuły, fora, obejrzała filmy i często ma już własne podejrzania. „Sprawdziłem w Google” stało się jednym z najczęstszych zdań w medycynie codziennej praktyki. Jednak obok tego zjawiska pojawił się nowy gracz – sztuczna inteligencja, którą coraz częściej określa się mianem „profesora AI”.

TEKST **STANISŁAW SURMA**

Klinika Chorób Wewnętrznych i Farmakologii Klinicznej  
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**Z**acznijmy od „doktora Google”. Internet jest dziś pierwszym źródłem informacji zdrowotnej dla ogromnej części społeczeństwa. Szacuje się, że ponad 70% pacjentów sprawdza objawy online przed wizytą u lekarza. To ma swoje zalety – zwiększa świadomość zdrowotną i może skłaniać do szybszego zgłoszenia się po pomoc. Problem polega jednak na jakości informacji. Wyszukiwarka nie rozróżnia rzetelnych publikacji naukowych od niesprawdzonych treści. Efektem bywa tzw. cyberchondria – skłonność do przypisywania sobie najpoważniejszych chorób na podstawie ogólnych objawów.

Na tym tle sztuczna inteligencja wydaje się bardziej uporządkowana. Systemy AI analizują ogromne zbiory danych: wyni-

ki badań, obrazy diagnostyczne, artykuły naukowe. W radiologii algorytmy potrafią wykrywać zmiany nowotworowe z bardzo wysoką czułością, często porównywalną z doświadczonymi specjalistami. W dermatologii wspierają ocenę zmian skórnych, a w kardiologii pomagają analizować zapisy EKG. Co istotne, AI nie „szuka sensacji” – działa na podstawie statystyki i wzorców. Nie oznacza to jednak, że „profesor AI” jest nieomylny. Algorytmy uczą się na danych, które otrzymują – jeśli są one niepełne lub obciążone błędem, wynik również może być nieprawidłowy. Ponadto AI nie uwzględnia w pełni kontekstu życia pacjenta: jego stresu, stylu życia, relacji społecznych czy indywidualnych preferencji. A to często kluczowe elementy procesu leczenia.

Warto też zwrócić uwagę na zmieniającą się rolę samego pacjenta. Z biernego odbiorcy zaleceń staje się on aktywnym uczestnikiem procesu terapeutycznego. Coraz częściej zadaje pytania, weryfikuje informacje i oczekuje partnerskiej relacji. To zjawisko może być ogromną szansą – pod warunkiem, że towarzyszy mu rzetelna edukacja zdrowotna. Świadomy pacjent, który rozumie swoje objawy i ufa lekarzowi, może znacząco poprawić efekty leczenia.

W praktyce współczesna medycyna funkcjonuje dziś na styku trzech światów: doświadczenia lekarza, wiedzy dostępnej w Internecie i analizy danych przez AI. Każdy z tych elementów ma swoje miejsce, ale żaden nie powinien działać w izolacji. Lekarz pozostaje tym, który in-



Fot. magnific.com

tegruje informacje, weryfikuje je i bierze odpowiedzialność za decyzję terapeutyczną. Narzędzia AI mogą być wykorzystane do szybkiego wyszukiwania informacji (forma nowoczesnej przeglądarki internetowej).

Największym wyzwaniem staje się więc nie konkurencja, lecz współpraca. Pacjent powinien być edukowany, jak korzystać z Internetu i jak odróżniać wiarygodne źródła od dezinformacji. Lekarz z kolei powinien umieć rozmawiać z pacjentem, który przychodzi z „własną diagnozą”, i wykorzystywać narzędzia AI jako wsparcie, a nie zagrożenie.

Bo ostatecznie nie chodzi o to, czy lepszy jest „doktor Google”, czy „profesor AI”. Najważniejsze jest bezpieczeństwo pacjenta. A ono zależy od połączenia wiedzy, technologii i zaufania – fundamentów, bez których żadna medycyna nie będzie skuteczna.

Na koniec chciałbym podkreślić, że jak to pisaliśmy wspólnie z prof. Michałem

Tenderą w naszym rozdziale pt. „Medycyna przyszłości – spojrzenie przez dziurkę od klucza” – przyszłość medycyny powinna obejmować postęp technologiczny (w tym AI) z zachowaniem szacunku dla potrzeb chorego i jego bliskich. Co więcej, prof. Andrzej Szczeklik powiedział, że istotą medycyny jest spotkanie dwóch ludzi. Chorego z lekarzem (człowieka z człowiekiem, a nie

człowieka z AI). Z kolei prof. Franciszek Kokot mawiał „najpierw myśl, potem badaj” oraz „nie lecz wyników badań, lecz chorego”, a także „jeśli nie rozmawiasz z pacjentem, nie jesteś lekarzem – tylko technikiem”. Warto pamiętać o tych słowach rozmawiając o nowych technologiach w medycynie, a tym bardziej stosując je w codziennej praktyce. ■

---

## **W PRAKTYCE WSPÓŁCZESNA MEDYCINA FUNKCJONUJE DZIŚ NA STYKU TRZECH ŚWIATÓW: doświadczenia lekarza, wiedzy dostępnej w internecie i analizy danych przez AI. Każdy z tych elementów ma swoje miejsce, ale żaden nie powinien działać w izolacji. Lekarz pozostaje tym, który integruje informacje, weryfikuje je i bierze odpowiedzialność za decyzję terapeutyczną.**

## Udany przeszczep wątroby

Zespół specjalistów z Oddziału Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Andrzeja Mielęckiego SUM w Katowicach, pod kierownictwem prof. Roberta Króla, przeprowadził pierwszy w historii ośrodka ratujący życie przeszczep wątroby u młodego pacjenta z rozległym, pourazowym uszkodzeniem tego narządu.

Pacjent Jan Rybski, trafił do szpitala 8 lutego w stanie bardzo ciężkim, po wypadku komunikacyjnym. Dzięki błyskawicznej współpracy między szpitalem w Nowym Sączu a katowickim zespołem oraz koordynacją transplantacyjną, możliwe było podjęcie natychmiastowych działań. Jak podkreśla prof. Król, doba zwłoki mogłaby przekreślić szanse na uratowanie życia.

W nocy z 9 na 10 lutego przeprowadzono pilny przeszczep. Operacja była niezwykle wymagająca. Uszkodzona wątroba, masywne krwawienie oraz zamknięta żyła wrotna stanowiły ogromne wyzwanie dla zespołu. Zabieg trwał około sześciu godzin.

Po operacji pacjent przez kilka dni pozostawał nieprzytomny. Stopniowo odzyskiwał świadomość, a funkcja przeszczepionej wątroby zaczęła się poprawiać. W kolejnych tygodniach przeszedł leczenie ortopedyczne oraz nefrologiczne.

9 marca 2026 roku pan Jan został wypisany do domu w stanie dobrym, z prawidłowo funkcjonującym przeszczepionym narządem i realną szansą na powrót do pełni zdrowia.



– Dostałem drugą szansę. Chciałbym podziękować rodzinie dawcy – mówił podczas konferencji prasowej uratowany pacjent. Publicznie dziękowano wszystkim zaangażowanym zespołom medycznym oraz osobom, dzięki którym ten przeszczep był możliwy.

W konferencji uczestniczyli pacjent Jan Rybski, prof. Robert Król, dr Zuzanna Korbecka oraz dr Krystyna Jaworska (OIT). ■  
Źródło: SPSK

## Dwa zabiegi metodą BEST wykonano w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach

Zabiegi przeprowadzono u pacjentki z malformacją limfatyczną szyi oraz u pacjentki z malformacją naczyniową lewego ramienia. Operacje wykonał zespół naszych specjalistów wspólnie z prof. Ralphem Gnanntem z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Zurychu. W zabiegach uczestniczyli również lekarze z ośrodków pediatrycznych w Łodzi, Krakowie i Olsztynie, co stworzyło przestrzeń do wymiany doświadczeń i dalszego rozwoju tej metody w Polsce.

Metoda BEST to nowoczesna forma leczenia malformacji naczyniowych u dzieci, polegająca na elektroskleroterapii zmian po podaniu bleomycyny. Charakteryzuje się wysoką skutecznością i pozwala leczyć zarówno malformacje naczyń krwionośnych, jak i limfatycznych.

Kwalifikacja do zabiegów odbywa się w przyszpitalnej poradni chirurgicznej, na podstawie skierowania od lekarza POZ. Dzieci zakwalifikowane do leczenia przyjmowane są do Oddziału Chirurgii i Urologii, a same zabiegi wykonywane są w znieczuleniu ogólnym, dzięki czemu są bezbolesne.

W GCZD zapewniana jest kompleksowa diagnostyka i leczenie naczyń i malformacji naczyniowych. Obejmuje ono leczenie farmakologiczne, laseroterapię, radiologię zabiegową, a od niedawna również metodą BEST. ■

Źródło: GCZD



# Ile lekarz powinien spać?

W badaniu na włoskich lekarzach rezydentach pracujących na „nocki”, okazało się, że przejawiali oni podwyższone poziomy gniewu/wrogości. A tak dokładnie, autorzy badania opisali to jako „borderline level of Anger-Hostility. Yalue”. Oznacza to, że wynik w kwestionariuszu badającym poziom gniewu i wrogości znajduje się na granicy normy i poziomu podwyższonego oraz prezentuje tendencję do doświadczania silnego gniewu, drażliwości lub agresji, które są intensywniejsze niż u przeciętnej osoby.

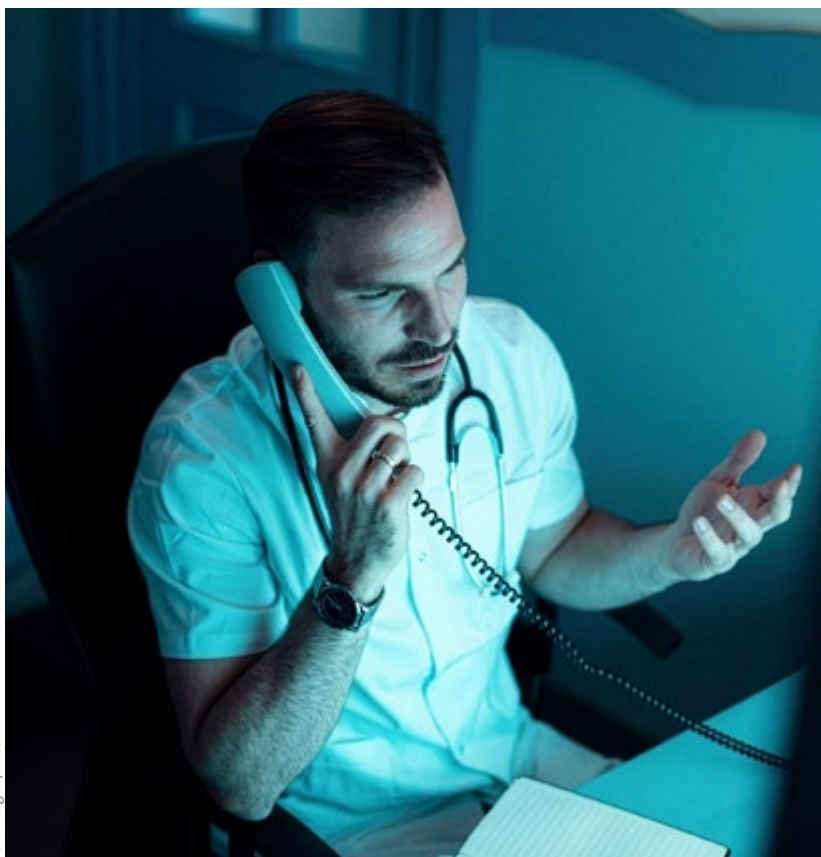
## TEKST MATEUSZ MAJCHRZAK

certyfikowany terapeuta poznawczo-behawioralny  
specjalizujący się w terapii bezsenności  
Członek Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem

**M**ożna by pomyśleć: „no dobra, to jest samopoczucie, pewnie na nic i tak nie wpływa”. Otóż nie do końca. W badaniu z 2022 roku okazało się, że lekarze są mniej skłonni przepisywać odpowiednie środki przeciwbólowe pacjentom w szpitalu w nocy, np. opioidy (mniejsze dawki niż rekomenduje WHO). Dlaczego tak się dzieje? Ponieważ deprywacja snu i zmęczenie powodują zmniejszenie empatii na cudzy ból (na to też są osobne badania).

Jak zatem można w szpitalach wspierać regenerację lekarzy po nieprzespanej na dyżurze nocy? Okazuje się, że nie trzeba wdrażać wielkich reform. Wystarczy podczas zmiany nocnej umożliwić drzemkę, choć to nigdy nie będzie sen taki jak w swoim łóżku. Ale i tak badania pokazują, że nawet krótka drzemka pomaga. W Japonii zrobiono symulację pracy nocnej od 24.00 do 8.00 i kiedy uczestnicy mogli się zdrzemnąć na 20 minut o 2.00, to:

– lepiej sobie radzili w zadaniach badających ich czas reakcji oraz czujność,



Fot. magnific.com



Fot. Pixabay

– byli mniej senni między 3:20 a 5:20 niż uczestnicy nierobiący drzemki, – od razu po drzemce nie mieli opóźnionego czasu reakcji i nie byli bardziej senni.

Innymi słowy nie dopadła ich „inercja senna”. Oczywiście, jeżeli jest szansa zrobić dwugodzinną drzemkę, to jeszcze lepiej. Chodzi o to, żeby zminimalizować ryzyko błędów lekarzy i pielęgniarek. Ponadto warto dać lekarzom odpocząć dwa dni po nocnym dyżurze. Aby bowiem zregenerować się po nieprzespanej nocy potrzebujemy czasu. W badaniu Brigitty Malmberg wyszło, że lekarze potrzebują dwóch dni, aby dojść do pełni sił po dyżurze nocnym. Organizm dojdzie do siebie i nadrobi stracony sen, ale musimy mu dać czas. Robi tak na przykład pewna lekarka pracująca na SOR. Oprócz tego, stara się mieć maksymalnie pięć nocek w miesiącu. Tu też jej intuicja jest trafna: im mniej nocek w miesiącu, tym mniejsze szkody dla naszego zdrowia i psychiki.

### **Jak jeszcze można poprawić jakość snu pracowników zmianowych?**

Jakość snu regulujemy poprzez STAŁE PORY WSTAWANIA, czyli „niepoprzesuwane” bardziej niż o 1–1,5 godziny. To ustalam z pacjentami już na drugiej sesji terapii bezsenności.

Oczywiście ludzie są trochę przerażeni i pytają: „Co ja będę robił o 7.00 w sobotę?”. Przyszli, żeby się wyspać, a tu każę im rano zrywać się, nawet w weekend. Ale jednak coś wymyślamy, a najlepiej coś, co będzie zawierało dawkę światła dziennego, bo to ono jest głównym regulatorem rytmu okołodobowego.

Załóżmy, że ktoś pracuje na zmiany nocne, poranne i popołudniówki. Jeśli ma zmiany poranne na 6.00, wstaje o 5.00. Popołudniówki zaczynają się z kolei o 14.00. W tym wypadku dobrze by było, żeby w dni wolne i w te, w które ma popołudniówki, lekarz też wstawał np. o 6.00–6.30. Są badania przeprowadzone na lekarzach rezydentach pierwszego roku. Ci, którzy mieli

regularne pory wstawania (nie wstawali raz 5.30, a raz 10.30), przesypiali podobną liczbę godzin każdej nocy (nie raz 5, a raz 9, tylko np. 6, innego dnia 6,5 lub 7). Po roku prawdopodobieństwo wystąpienia u nich depresji było mniejsze, a za dnia mieli po prostu lepszy nastrój.

### **Wypalenie w pracy zmianowej**

To wydaje się oczywiste, że pracownicy zmianowi są bardziej narażeni na wypalenie zawodowe. Co zatem skutecznie zapobiega wypaleniu zawodowemu? Przerwy w pracy i limitowanie liczby przepracowanych godzin (są oczywiście jeszcze inne rzeczy, ale bez tych dwóch czynników niewiele można zdziałać). Mówi o tym przegląd badań przeprowadzonych na lekarzach, to szczególnie ważne w zawodach, w których mamy intensywny kontakt z drugim człowiekiem (lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, psychoterapeuci). Istotny jest czas wolny od pracy, a w nim nasze sposoby na regenerację, które sobie sami wypracujemy.

Ale nie tylko o wypalenie zawodowe chodzi. Z najnowszego badania raportu WHO na Europę zatytułowanego „Zdrowie psychiczne pielęgniarek i lekarzy” wynika, że objawy depresji zgłasza 34 procent lekarzy. Ostatnio zapytałem lekarza rezydenta, anestezjologa, z którym pracuję nad jego jakością snu: „dlaczego to ważne, żeby oprócz dobrego snu, jeździł pan regularnie na wakacje i chodził z kumplem na tenisa?”. Odpowiedział: „żeby mieć lepszy humor?”. Odparłem: „To też, pewnie, ale przede wszystkim chodzi o to, żeby nie mieć depresji. A niestety lekarze są w grupie największego ryzyka”. ■

---

## **OKAZAŁO SIĘ, ŻE LEKARZE SĄ MNIEJ SKŁONNI**

**przepisywać odpowiednie środki przeciwbólowe pacjentom w szpitalu w nocy, np. opioidy.**

**Dlaczego tak się dzieje? Ponieważ deprywacja snu i zmęczenie powodują zmniejszenie empatii na cudzy ból.**

# Supermarket sensu życia, czyli prowadź, lekarzu



**PROF. DR HAB. N. MED. I N. O ZDROWIU  
MAREK KRZYSTANEK**

Kierownik Katedry Psychiatrii i Psychologii Klinicznej i Środowiskowej  
Wydział Medyczny, Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej

**W** jednej z książek „Kosmetologia Psychiatryczna” napisałem, że życie nie ma sensu, i że należy go sobie wymyślić. W istocie miałem na myśli indywidualny sens życia, czyli to, co człowiek wniesie nowego do rzeczywistości i jak wpłynie na jej kształt.

Istnieją jednak sensory życia, które jak w egzystencjalnym supermarkecie, leżą na półkach. Można, a nawet trzeba je zauważyć i wrzucić do koszyka, ponieważ tak samo jak w przypadku witamin czy bakterii w mikrobiocie można o nich nie wiedzieć, ale i tak dopadną nas konsekwencje ich braku.

O niektórych sensach życia donosili już absolwenci Oxford’u – panowie z grupy Monty Python: „jeść, pić, przespać się i mieć seks – w sumie nic wielkiego.” W istocie te banalne potrzeby stworzyły ludzką cywilizację, która wypracowała różne kultury ich zaspokajania. Potrzeba jedzenia i picia stworzyła wszystkie kuchnie świata, będące ważnym elementem tożsamości kulturowej, z całą różnorodnością form przygotowywania makaronu, ryżu czy mięsa, jak również nadawania smaku wodzie. Potrzeba bezpiecznego schronienia stworzyła architekturę i infrastrukturę cywilizacji. Zaś potrzeba seksu, z tym kto kogo kocha, zdradza albo jest wierny, była, jest i (jeżeli świat nie rozpuści się w pulę fiction braku dojrzałości i utraty poczucia tożsamości seksualnej) będzie głównym tematem rozmów, plotek, książek i filmów.

Wszystkie te biologiczne potrzeby odnoszą się w istocie do tylko, ale bardzo ważnych, potrzeb różnych komórek organizmu człowieka. Mądrzej lub głupiej

zarządza on potężnym kilkudziesięciobilionowym gospodarstwem, a jeżeli głupiej, to prędzej czy później zostaje klientem medycyny, dentystryki lub protetyki.

Na wyższej półce sensu życia człowiek realizuje potrzeby jako komórka kolektywnego organizmu społecznego (organizmu, a nie systemu, jak chciałaby to widzieć polityka). Organizm ten, podobnie jak biologiczny, kieruje się zasadą maszeruj albo giń, więc żeby przetrwać człowiek od zarania gromadził pomocną mu do przetrwania wiedzę i umiejętności. Tak powstała nauka. Człowiek natomiast tworzył bliższe i dalsze relacje ze 148 osobami (zakres pojemności relacyjnej wg Dunbara), również te miłosne, a relacje jako takie i ich wyraz, stały się tematem sztuki oraz robił wszystko, żeby uchronić się przed przemijaniem i zapomnieniem, czemu dawał wyraz również w sztuce, ale w szczególności w religii.

Istnieje jeszcze jedna półka w cywilizacyjnym hipermarkecie sensu życia, odnosząca się do snów filozofów, czyli czegoś, co nie ma nic wspólnego z tym światem. Są na niej, niemające praktycznego znaczenia, rozważania i poszukiwania obiektywnej prawdy (gnozy), idealnej miłości oraz absolutu. Wydają się na co dzień zbędne, ale są solą życia i pomimo, że nie uprawiamy tego zawodu często jesteśmy dla pacjentów filozofami, autorytetami i przewodnikami życiowymi, co nakłada na nas obowiązek realizowania również tej części człowieczeństwa. Bo jak pisał Jung: lekarz nie może pomóc drugiemu człowiekowi w niczym, w czym nie pomógł on wcześniej sam sobie. ■

# Szpital dla ubogich w Singapurze

Drugim co do wielkości szpitalem Republiki Singapuru jest Tan Tock Seng Hospital, czyli Szpital imienia Tana Tocka Senga. Placówka, założona w 1844 r. przez filantropa Tana Tocka Senga, obecnie jest ogromnym kompleksem szpitalnym, znajdującym się w dzielnicy Health City Novena i jest częścią narodowego systemu ochrony zdrowia.

TEKST PROF. DR HAB. N. MED. UGENIUSZ JÓZEF KUCHARZ

## Singapur – początkowo tylko baza morska

Singapur powstał w 1819 r., kiedy to Brytyjczycy wydzierżawili, a kilka lat później kupili wyspę Singapur od Sułtanatu Johoru – historycznego państwa leżącego na Półwyspie Malajskim. Miejsce stało się ważnym portem i wojskową bazą morską. Dla marynarzy i żeglarzy brytyjskich powstał w 1821 r. mały szpital. Szybko napływająca ludność pochodzenia chińskiego, malezyjskiego i hinduskiego była pozbawiona pomocy medycznej i możliwości hospitalizacji. W wieku XX Singapur był początkowo kolonią brytyjską i stał się dużym miastem portowym. Niepodległość uzyskał w 1959 r. Republika Singapuru należy do najszybciej rozwijających się gospodarczo państw świata, a ze względu na małą powierzchnię, jest trzecim najgęściej zaludnionym państwem na kuli ziemskiej (ok. 8 700 osób na km<sup>2</sup>).

## Tan Tock Seng – biznesmen i filantrop

Tan Tock Seng urodził się w 1798 r. w Malezji jako syn emigrantów chińskich. W wieku 21 lat wyjechał do Singapuru i zajął się ulicznym handlem warzywami, które kupował na prowincji, a sprzedawał w mie-

ście. Wkrótce otworzył sklep w Boat Quay. Była to centralna dzielnica nad rzeką Singapur, obecnie wypełniona bankami i uroczymi nabrzeżnymi restauracjami. Szybko stał się właścicielem rozległych obszarów najlepszych gruntów i licznych nierucho-

mości, a także wpływowym przywódcą społeczności chińskiej. Miał przydomek „Captain of the Chinese”. Jako pierwszy Azjata został wybrany przez Williama J. Butterwortha – gubernatora Singapuru sędzią pokoju (Justice of the Peace). Wy-



Wejście do głównego budynku szpitala.



Fragment kompleksu szpitali Tan Tock Seng Hospital, na budynkach widoczne logo „TTS”, a ulica nazwana jest na cześć fundatora.

kazał się dużym talentem w rozstrzygnięciu sporów między mieszkającymi w kolonii Chińczykami.

Tan Tock Seng był znany ze swej hojności i współczucia. W 1840 r. ufundował szpital bezpłatnie leczący ubogich, początkowo zwany Chinese Pauper Hospital, który znajdował się w Pearl's Hill. W kolejnych latach szpital zmieniał swoją lokalizację. Poza tym wspierał finansowo pochówki ubogich Chińczyków, co było istotną pomocą ze względu na tradycyjną ważność godziwego pogrzebu, a także ufundował pierwszą świątynię w Singapurze – Thian Hock Keng Temple w Telok Ayer. Tan Tock Deng zmarł w Singapurze w 1850 r.

#### Dziedzictwo założyciela szpitala

Obecnie szpital, założony blisko dwa wieki temu przez Tana Tocka Senga, jest potężnym kompleksem medycznym. Jest to drugi co do wielkości szpital Singapuru (po Singapore General Hospital). Posiada 60 oddziałów specjalistycznych w sumie

liczących ponad 2 000 łóżek. Wokół powstało kilka związanych z nim instytucji. Jest głównym szpitalem nauczania klinicznego studentów Lee Kong Chian School of Medicine należącej do Nanyang Technological University. Przeprowadzono tam szereg pionierskich zabiegów i procedur terapeutycznych, co pozwala zaliczyć go do najbardziej nowoczesnych placówek kontynentu azjatyckiego.

Szpital pozostał wierny misji założyciela. Fundacja TTSH Community Fund prowadzi ponad 100 programów pomocowych związanych ze zdrowiem, w tym profilaktyką, a także ułatwia korzystanie z najnowszych zdobyczy medycyny osobom niezamożnym. Misja jest prosta: dbać o chorych z uczciwością, zaangażowaniem i godnością, teraz i zawsze. ■

---

**SZPITAL, ZAŁOŻONY BLISKO DWA WIEKI TEMU przez Tana Tocka Senga, obecnie jest potężnym kompleksem medycznym. Jest to drugi co do wielkości szpital Singapuru. Jego misja jest prosta: dbać o chorych z uczciwością, zaangażowaniem i godnością, teraz i zawsze.**

# Nie tylko front. Historia medycyny wojskowej do korekty

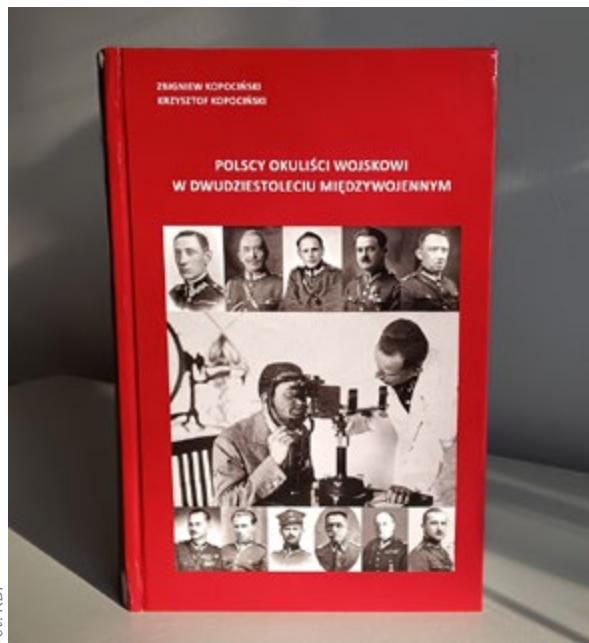
TEKST KATARZYNA B. FULBISZEWSKA

Przez dekady polska historiografia wojskowa koncentrowała się przede wszystkim na działaniach frontowych: bitwach, strategiach i bohaterach pierwszej linii. To narracja efektywna, lecz niepełna. Im dalej od pola walki, tym większa cisza – a w niej jeden z kluczowych braków: medycyna wojskowa, bez której żadna armia nie mogłaby funkcjonować. Historia wojska bez lekarzy nie jest skrótem, lecz selekcją, która usuwa to, co codzienne, trudne i mniej widowiskowe, a przez to zniekształca obraz przeszłości.

Na tym tle monografia dr. Zbigniewa i dr. Krzysztofa Kopońskich „Polscy okuliści wojskowi w dwudziestoleciu międzywojennym” jawi się jako publikacja szczególnie potrzebna. To efekt pięcioletniej pracy badawczej autorów – lekarzy wojskowych i historyków medycyny – którzy konsekwentnie poszerzają pole widzenia historiografii wojskowej. Ich książka nie tylko wypełnia istotną lukę badawczą, ale także przypomina, jak wiele pozostaje jeszcze do opisania.

Autorzy odwołują się do słów Zbigniewa Herberta o „mądrości oczu”, co dobrze oddaje sens ich pracy – zachęty do patrzenia uważniej i pełniej. Wojskowa okulistyka II Rzeczypospolitej zostaje tu przedstawiona nie jako marginalny epizod, lecz jako realny i istotny element systemu wojskowej służby zdrowia. Przedwojenni oftalmolodzy jawią się jako środowisko dobrze zorganizowane, aktywne naukowo i istotne dla funkcjonowania armii.

Siłą książki jest szerokie ujęcie tematu. Autorzy rekonstruują rozwój specjalizacji, opisują codzienną praktykę lekarską, działalność naukową oraz organizację oddziałów okulistycznych w najważniejszych szpitalach wojskowych II RP. Szczególne znaczenie ma również część porządkująca dotychczasową wiedzę – weryfikująca dane, doprecyzowująca ustalenia i korygująca utrwalone interpretacje. Ważnym uzupełnieniem jest aneks zawierający biogramy 74 lekarzy, często po raz pierwszy opracowane tak szczegółowo. Publikacja ma również wymiar bardziej „ludzki”. Autorzy pokazują lekarzy nie tylko jako specjalistów i oficerów, lecz także jako uczestników życia społecznego, naukowego, a nawet sportowego. Dzięki temu obraz środowiska medycznego staje się żywy i wielowymiarowy, daleki od schematycznych ujęć. Istotnym elementem książki jest także śląski wątek – postać mjr. dr. Felicjana Tarasa Wołkowińskiego. Jego biografia, związana m.in. z Wilkowicami i Bystrą, pokazuje typową dla epoki drogę zawodową lekarza wojskowego, łączącego praktykę kliniczną, służbę wojskową i działalność cywilną. To przykład losów, które dobrze ilustrują złożoność tej grupy zawodowej.



Fot. KBF

Monografia jest bogato ilustrowana. Wśród materiałów znajdują się unikatowe fotografie, w tym zasoby z Muzeum Historii Medycyny i Farmacji ŚIL, prezentujące wyposażenie przedwojennego gabinetu okulistycznego pochodzące z kolekcji prof. Stefana Pojdy. Te materiały nie tylko dokumentują historię, ale także nadają jej konkretny, materialny wymiar.

Najważniejsze jednak jest to, że książka zmienia sposób patrzenia na historię wojska. Pokazuje, że bez medycyny opowieść o armii jest niepełna, a bez lekarzy – zbyt uproszczona. To właśnie oni stanowili jeden z fundamentów jej funkcjonowania, choć przez lata pozostawali w cieniu głównej narracji.

„Polscy okuliści wojskowi w dwudziestoleciu międzywojennym” to publikacja, która łączy rzetelność naukową z przystępnością i szeroką perspektywą. Nie tylko porządkuje wiedzę, ale też inspiruje do dalszych badań i poszerza sposób myślenia o historii. A przede wszystkim przypomina, że historia wojska – jeśli ma być pełna – musi uwzględniać także tych, którzy ratowali wzrok, zdrowie i życie żołnierzy z dala od pierwszej linii frontu. ■



Cały tekst na stronie:  
<https://promedico.info>

# Wypadek

Pewnego razu jeden z sądów zalecił mi wydanie opinii na okoliczność, czy wypadek, jakiemu uległ powód, spełnia definicję nieszczęśliwego wypadku oraz czy odniesione przez powoda obrażenia i inne jego negatywne konsekwencje skutkują trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.



**DR N. MED. RYSZARD SZOZDA**

Biegły sądowy

Zlecono mi zbadanie powoda. Niestety powód czterokrotnie nie zgłaszał się na badania. Po raz pierwszy twierdził, że nie otrzymał wezwania. Po raz drugi stwierdzał, że zepsuł mu się samochód i nie miał jak dojechać na badanie. Po raz trzeci nie przyjechał, bo nie uważał, aby badanie coś dało. Po raz czwarty przyjechał, ale wskazał mi, że nie wie o co chodzi, bowiem obecnie jest już całkowicie zdrowy i nie wie, po co sąd każe mu stawić się na badanie. Już wtedy zapaliła mi się lampka ostrzegawcza.

Sędziemu pewnie też, bo nie chciał odpuścić i dążył do wyjaśnienia sprawy. Okazało się, że mężczyzna tuż po wypadku zgłosił się do ortopedy wskazując, że przy przestawianiu zwrotnicy doznał urazu kręgosłupa lędźwiowego, bo poczuł w plecach bolesne przeskoczenia, a następnie pojawiło się uczucie ciepła. W badaniu kręgosłupa z odchyłen opisano skrzywienie boczne. Stwierdzono ograniczoną ruchomość odcinka lędźwiowego i bolesność palpacyjną odcinka lędźwiowego, objaw Lassegue'a dodatni po prawej (przy czym nie wskazano kąta). Ponieważ kończyny dolne zmian nie wykazywały skierowano mężczyznę na MR i wydano zwolnienie z pracy.

Tymczasem w badaniu MR, wykonanym po miesiącu, nie opisano zmian urazowych.

W trakcie kolejnej wizyty u ortopedy ujawniono bolesność biodra prawego i skierowano na masaż i inne zabiegi fizykoterapeutyczne oraz wskazano na uraz biodra. Ponownie wydano zwolnienie z pracy.

Kilka dni później mężczyzna poszedł do neurologa, który opisał w dokumentacji utykanie na prawą nogę, słabszą siłę tej kończyny, zaburzenia czucia i ponownie skierował na MR kręgosłupa lędźwiowego, wskazując na możliwość konsekwencji przebytego urazu.

W protokole ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy wskazano, że podczas próby przełożenia zwrotnicy pracownik odczuł ból w okolicach kręgosłupa i w dniu następnym w trakcie pobytu w klinice stwierdzono uraz kręgosłupa. W sumie przebywał na zwolnieniu 95 dni. Opisano rwę kulszową po stronie prawej, nie ujawniono jednak jakichkolwiek zamian pourazowych w rezonansie magnetycznym i stwierdzono, że zdarzenie miało charakter wypadku przy pracy powodującego czasową niezdolność do jej wykonywania.

Orzeczeniem lekarza orzecznika uznano wypadek za wypadek przy pracy, przyznając z tego tytułu odszkodowanie za 5% stałego uszczerbku, ale pieniędzy nie wypłacono, od czego odwołał się powód.

Dokonałem badania – badany nie zadeklarował jakichkolwiek dolegliwości, a ja nie stwierdziłem (biorąc pod uwagę opis MR oraz istniejącą dokumentację, a także badanie fizykalne) jakichkolwiek odchyłen w badaniu, w tym także urazu kręgosłupa.

Czyli, reasumując, wskazałem, że nie spełniono wymogów wypadku przy pracy, bowiem odniesione przez powoda „obrażenia” i „inne negatywne konsekwencje” (obecnie brak owych „konsekwencji”) nie skutkują jakimkolwiek uszczerbkiem na zdrowiu i nie powodują żadnego (trwałego ani długotrwałego) uszczerbku na zdrowiu. Po prostu powód jest zdrowy i zdolny do pracy.

Ta sytuacja nauczyła mnie, że trzeba uważać na to, co i dlaczego napisano w dokumentacji lekarskiej, bo często spotykamy się z „grzecznościowym” potraktowaniem „wypadku” i możemy łatwo minąć się z prawdą o stanie zdrowia pacjenta. ■

# Skok na kasę?



**RAFAŁ SOŁTYSEK**

przewodniczący Komisji Kultury ORL

**Z**amknięto porodówki (132 z 380 powiatów nie ma ani jednej). Myślę sobie – feministki pioruny narysują i rozwałą co trzeba, ale nic się nie dzieje. Nikt nie krzyczał, ulicami nie przetoczyły się tłumy kobiet. Wszyscy grillowali, jak na małą jówkę przystało.

Emerytura nie będzie, ale mogę sam sobie coś odłożyć na starość, co wdzięcznie nazwano IKZE (ja natomiast po OFE mam łęki. Co skróć nowy widzę – to przekrętu szukam). NFZ ogłosił, że „niestety składka zdrowotna pobierana od ubezpieczonych już nie wystarcza, aby sfinansować (...) zadania” i... cisza. Polacy nic się nie stało? Nie mamy pełnej opieki zdrowotnej i nikogo to nie rusza?

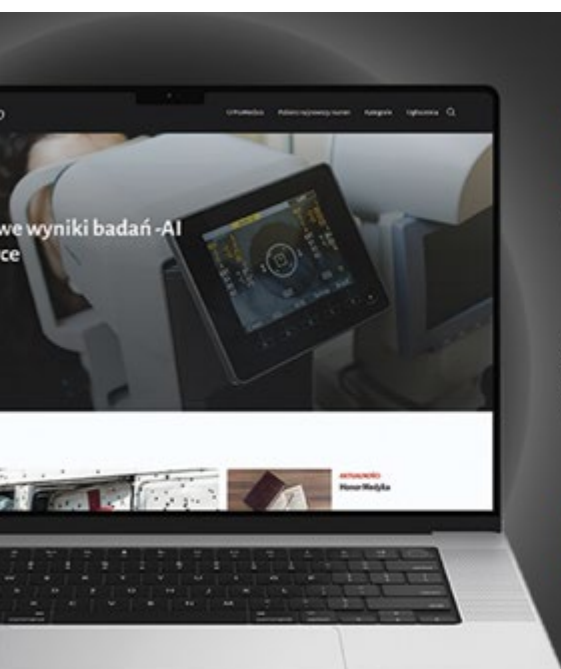
Ograniczono tzw. nadwykonania i też nic. Zapowiada się sprawa umów B2B. Aż 79% szpitali powiatowych, które przyjmują 60% przypadków medycznych jest, że tak to ujmę, zarżniętych. NFZ nie zapłaci, szpitale padają. I co? I... nic. Żadnych marszy, żadnych miasteczek. Ani białych, ani czarnych. Wesołe tylko się kręci z karuzelą stanowisk, bo to sezon właśnie.

Czytam, że w odległej perspektywie różnie z lekami może być. Tyż piknie. Jak nam insulin braknie, zostanie morwa. Kasę już nawet dodatkowo z kieszeni wyciągamy i dajemy Wielkiej Orkiestrze czy zbiorce na dzieci chore onkologicznie. To dziwi, bo co miesiąc płacimy podatki i składki, że aż dech zapiera (zdrowotne to już ze dwa albo i więcej razy). Mimo tego pieniędzy nie ma. Jak tak dalej pójdzie z organizacją naszego życia, to ludzie z innych kon-

tynentów będą musieli przyjechać nam kopać studnie. Ktoś z polityków kiedyś wspominał o inwestycjach rządowych jako o kupie kamieni i wymienił do tego kilka części ciała (dwie dokładnie). Mało to było patriotyczne, ale może bliskie prawdy?

Ojciec kiedyś zapytał mnie, jakie było największe kłamstwo XX wieku? Jego zdaniem było nim opisywanie Rosji stalinowskiej słowami „ja drugoju takuju strany nie znaju, gdzie tak wolno dyszyt czołowiek”. Medialna propaganda sukcesu, której doświadczam w wielu naszych wiadomościach, zbliża się wielkimi krokami do powyższych bzdur. Ostatnio dla przykładu przeczytałem, że Ministerstwo Zdrowia podkreśla, iż nie podejmuje decyzji o likwidacji szpitalnych oddziałów. Resort zaznaczył, że o tym czy dany oddział jest utrzymywany, przekształcany lub zamykany decydują organy właścicielskie i zarządzające placówkami, a nie administracja centralna. Aż sobie usiadłem z wrażenia. To trochę tak, jakby dać komuś tira, nie zapłacić za paliwo, a odpowiedzialnością za to, że nie dojechał obarczyć kierowcę.

Gdy byłem mały lubiłem zabawy typu „połącz kropki”. Gdy czytam, że Dyrektor Generalny MZ odszedł sobie właśnie do sektora prywatnego, a OZZL przestrzega przed dziką prywatyzacją, to mi się te kropki same łączą. Może to teorie spiskowe, a może nie, ale wykupić fajne szpitale po cenie złomu i potem przekształcić w ośrodki prywatne brzmi jak stary dobry skok na kasę. Obym się mylił. ■



**ProMedico INFO**  
Wygodnie, szybko, zawsze pod ręką!

Odwiedź naszą nową stronę internetową i ciesz się dostępem do wszystkich artykułów, informacji i aktualności – zarówno na komputerze, jak i na telefonie!

→ Wejdź na [promedico.info](http://promedico.info)



# Chał du ju du?



DR N. MED. ANDRZEJ WOJCIESZEK

**B**ez znajomości języków obcych jesteś niemową. Brak komunikacji wyklucza. To kalectwo. Nie dotyczy jednak Prawdziwych Polaków. Dlaczego? Bo Polak potrafi i wiadomo, że jak mówi powoli i wyraźnie, to każdy Polaka zrozumie.

Musi (niestety) paść pytanie odwrotne. Czy Polak wszystko rozumie? Niezrozumienie jest podsumowywane: a co te chamy od nas chcą? Kto wypełnia definicję chama zagranicznego? Niemcy i Rosjanie, ale i o Czechach trzeba pamiętać. Czytanie cyrylicy, choćby tylko na drogowkach, staje się sztuką. Do Rosji nie pojedziemy, a w Bułgarii się weźmie all inclusive. Ukrainę zmusimy do wpisania polskich nazw aż po Zaporozie, bo to było nasze.

Teraz problem niemiecki. Każdy, kto włada tym językiem jest nie-Polakiem i po sprawie.

Czeski ma opinię śmiesznego języka. Ilość dowcipów krążących jest ogromna. Na przykład śmieszne słowo Jeptiška (czytaj poprawnie jeptiszka) to po czesku zakonnica. Kudy im, agnostykom i husytom do naszych pięt? Grupa doktorów zrzuciła się na rachunek. Całkiem spory. Brakowało kilku drobnych monet. Kelnerka machnęła ręką i dodała: Nechamy to. Stało się. Jedna z pań wrzeszczała: nie my chamy, to wy chamy. I może doszłoby do rękoczynów, ale wyjaśniono, że czeski zwrot oznacza „zostawmy to”.

Teraz o nauce. Bez angielskiego kariery w medycynie nie zrobisz. Spisek Angliczanów doprowadził do tego, że czytanie artykułów naukowych wymaga rozumienia ich mowy. A na kongresach? Młodzi lekarze uczą się języków, to fakt. Z publikacjami w innym języku jest gorzej, a wykład to domena dla niewielu. Czy wychowamy kolejne pokolenie lekarzy, które zaplanuje i prowadzi badania bez kasy? Tak, są granty na wyjazd, ale aplikowanie jest trudne. Granty europejskie i znowu język.

Otoczają nas wynalazki. Obce. Już widziałem polski niebieski laser, hektary grafenu i przełom w chemioterapii. Na obczyźnie nie chcą gadać po polsku. Ci „sprytniejsi”, schowają się za plecami (zgadnijcie czyimi?) i będą publikować używając zestawu klawiszy: najpierw Ctrl + x, potem Ctrl + v.

Ambitni z językiem będą mieli szansę na stypendia. Wyjadą, ale czy wrócą? Kluczem jest pokonanie wstydu do własnych umiejętności. Syn i córka gadają oraz pracują w języku obcym. Jestem skromniejszy. Przedstawiając się anglojęzycznym dodawałem, że jestem „a senior specialist in bad English”.

Jeden z wielkich onkologów siedzący przy stole w naszym domu i obserwujący dyskusję w trzech językach, wygłosił kome-



Fot. Pixabay

tarz: sorry. Znam tylko American. Jak przełamać ten lęk „słabości”? Ćwiczmy obce języki w podróżach po świecie i uczmy nasze dzieci.

W latach 60. opanowałem podstawy serbochorwackiego. Dziś nie ma Jugosławii i jej języka. Są chorwacki i serbski. Dogaduję się nadal. Wiem, że kiedy gospodarz powie o żonie trudna żena, to myśli on o żonie w ciąży. A to pozornie „prosty zwrot”. Dziś uśmiecham się czytając kartę dań i propozycję „two seeded eggs”, czyli jajek sadzonych (fried eggs).

Wnuczkę zabraliśmy do Dubaju. Tam sześciolatka przełamała wstyd i podbiła serca personelu. Muzułmanom rano mówiła Salam, a Hindusom Namasté. Kiedy zamawiała Nuts, please, to obsługa pędziła na złamanie karku, aby te orzeszki jej podać. I czekali na Thank You. Zróbcie to samo, proście własne dziatki o pomoc. Niech „ćwiczą”. Języki są na wagę złota. Jesienią, w październiku wrócimy do ogrodu i jabłoni. Zbierzemy owoce szarej renety. Ewa upiecze szarlotkę albo apple pie. A wnuczki, zając się, opowiedzą o swoich letnich przygodach. Językowych też. ■

# Jak schudnąć bez wysiłku, czyli historia wielkiej iluzji

Troska o wagę, wygląd ciała i „nadmiar tłuszczu” ma bardzo długą historię. Za jedną z pierwszych historycznych postaci, które świadomie stosowały dietę w celu redukcji masy ciała, uznaje się króla Anglii Wilhelma Zdobywcę (1028–1087), który niemal całkowicie ograniczył jedzenie i przeszedł na dietę opartą głównie na... alkoholu, zwłaszcza winie. Natomiast pierwsza masowa „obsesja” na punkcie diet odchudzających pojawiła się dopiero w latach 20. XX wieku. Historia diet i metod leczenia otyłości to opowieść nie tylko o medycynie, lecz także o kulturze, lękach społecznych i marketingu.



**KATARZYNA B. FULBISZEWSKA**

Koordynator Ośrodka Dokumentacji Historycznej ŚIL

**W** starożytności Hipokrates traktował otyłość jako stan przedchorobowy i zalecał dietę, ruch oraz umiarkowanie. W średniowieczu obżarstwo uznawano za grzech główny, choć jednocześnie nadwaga była symbolem dobrobytu. Otyłość tłumaczono „nadmiarem humorów”, a leczenie polegało na przywracaniu równowagi organizmu poprzez dietę, upusty krwi czy środki przeczyszczające. W renesansie zaczęto bardziej świadomie podchodzić do roli diety, choć dwa wieki później nadwaga nadal bywała postrzegana jako oznaka witalności i dobrobytu, a brak wiedzy medycznej utrwał moralne interpretacje tego zjawiska. Wraz z rozwojem nauk przyrodniczych i medycyny, stopniowo odchodzono od religijnych i moralnych wyjaśnień nadwagi na rzecz ujęcia biologicznego i zdrowotnego. Coraz większą rolę zaczęły odgrywać styl życia, dieta i aktywność fizyczna. Pojawił się jednak jeszcze jeden istotny czynnik – ideał piękna.

## Romantyczny ideał

W tym przejściowym momencie: między dawnym rozumieniem otyłości jako oznaki statusu lub słabości moralnej, a nowoczesnym podejściem pojawiła się koncepcja idealnego ciała, które

trzeba eksponować. Znaczący trend narzuciła moda. Kobiety zaczęły nosić suknie z wąską, sznurowaną talią, a mężczyźni coraz chętniej sięgali po obcisłe surduty i spodnie. Jedną z kluczowych postaci tego okresu był Georg Gordon Byron (1788–1824) – poeta i dramaturg, okrzyknięty „najpiękniejszym mężczyzną świata”. Jego bardzo szczupła, wręcz ascetyczna figura stała się wzorem romantycznego, męskiego piękna. Poeta stosował skrajne metody kontroli wagi – głodówki lub ograniczenia jedzenia. Przybrane kilogramy redukował poprzez noszenie wielu warstw ubrań i intensywne pocenie się. Regularnie pił ocet i jadł namoczone w occie ziemniaki. Jego wygląd sprawił, że szczupłość zaczęto łączyć nie tylko z wyglądem, ale również z emocjonalnością, wrażliwością i wyrafinowaniem.

Podobne zachowania reprezentowała najpiękniejsza kobieta ówczesnej Europy: Elżbieta Wittelsbach – „Sisi” (1837–1898), znana z obsesyjnej troski o wygląd. Jej dieta bywała skrajnie restrykcyjna – zdarzało się, że ograniczała się do bardzo niewielkich ilości jedzenia, stosowała posty, a jej jadłospis określano czasem jako oparty na „najuboższych” czy wręcz wyniszczających organizm produktach. W jej przypadku szczupłość była nie tylko kwestią



Wraz z pojawieniem się „ideału piękna” w XIX w. pojawiły się wagi osobowe do kontroli masy ciała. Na zdjęciu: wagi z bogatej kolekcji Muzeum Historii Medycyny i Farmacji ŚIL. Od lewej: niemiecka waga z fabryki „Seca” z 1967 r. (działa na rynku od końca XIX w.); waga ze wzrostomierzem wyprodukowana w P.S.F.W Lublin w 1951 r.; waga z 1932 r. wyprodukowana w fabryce W. Hessa w Lublinie, sygnowana (po nacjonalizacji – P.S.F.W Lublin); waga z warszawskiej fabryki S. Webera, rok produkcji 1950 (wzór przedwojenny; prawdopodobnie ostatni model wyprodukowany przed przymusowym zarządzeniem państwowym w sierpniu 1950 r.)

estetyki, ale niemal obowiązkiem wynikającym z pozycji społecznej i presji dworu. Jej waga była bardzo niska (przy wzroście ok. 170 cm ważyła ok. 45-50 kg), a rytuały związane z jedzeniem i pielęgnacją ciała były niezwykle rygorystyczne.

### Narodziny „nowoczesnej” diety

W XIX wieku wraz ze społeczną stygmatyzacją nadwagi zaczęły pojawiać się pierwsze bardziej uporządkowane systemy odchudzania. Jednym z nich była dieta William Bantinga (1797–1878) – londyńskiego przedsiębiorcy pogrzebowego. W wieku 60 lat, przy wzroście 1,65 m ważył 92 kg. Nie mógł sznurować butów i musiał tyłem wchodzić po schodach. Bywał wytykany palcami, wyśmiewany. Jeden z lekarzy zalecił mu ćwiczenia – wiosłowanie, ale wysiłek fizyczny wzmagał jeszcze bardziej apetyt. Inny twierdził, że otyłość jest elementem starzenia i powinien się z tym pogodzić. Rady nie pomagały, terapie nie skutkowały – tracił energię i powoli pogarszał mu się wzrok i słuch. Udał się więc do „specjalisty z zakresu chorób ucha, nosa i gardła”, który akurat wrócił z Paryża i nadal był pod wrażeniem wysłuchanego wykładu na temat roli wątroby w cukrzycy. Wiedział, że oprócz produkcji żółci wątroba wydziela także substancję wspomagającą metabolizm cukrów. Dlatego kategorycznie kazał Bantingowi ograniczyć węglowodany. Dzięki diecie Banting w szybkim czasie zaczął tracić kilogramy, odzyskał energię i stopniowo poprawiał mu się wzrok i słuch. Dożył ponad 80 lat w dobrym zdrowiu. Swoje doświadczenia i walkę

z otyłością opisał w broszurze „List o otyłości, skierowany do opinii publicznej” (1863 r.). Dieta Bantinga nie była niskokaloryczna, ale kładła duży nacisk na białko, tłuszcz i błonnik. Należało z niej wyeliminować m.in. masło, wieprzowinę, mleko, cukier, skrobię i piwo. Jej popularność była przełomowa – po raz pierwszy szeroko opisano indywidualne doświadczenie odchudzania jako „metodę”, którą można powielać. „List o otyłości...” spotkał się z krytycznym przyjęciem w kręgach. „The Lancet” radził, by tacy jak Banting – bez wykształcenia medycznego – nie wtrącali się do literatury medycznej i zajmowali się własnymi sprawami.

### Ciemna strona odchudzania

XIX wiek przyniósł również gwałtowny rozwój rynku „cudownych środków” na odchudzanie. Był to okres niemal całkowitego braku regulacji prawnych, co pozwoliło na sprzedaż preparatów

---

**HISTORIA OTYŁOŚCI I DIET  
ODCHUDZAJĄCYCH pokazuje, że sposoby  
myślenia o ciele zmieniają się wraz z epoką,  
ale potrzeba jego kontroli pozostaje stała.**



Fot. domena publiczna

Fig. 283. Tarzanie się przeciw otyłości brzucha. (I układ).



Fot. domena publiczna

Fig. 284. Tarzanie się przeciw otyłości brzucha. (II układ).

do żucia zawierające jod, arsen i niezwykle popularny spalacz tłuszczu: dinitrofenol (silnie trująca substancja do produkcji m.in. środków chwastobójczych), który radykalnie zwiększał metabolizm prowadząc do przegrzania organizmu.

### W stronę kultury masowej i diet „na sprzedaż”

W latach 20. XX wieku, dzięki kinematografii, szczupłość stała się masowym ideałem, szczególnie wśród kobiet. Moda na sylwetkę typu flapper promowała chłopcę, prostą figurę, a jej symbolem była Clara Bow – ikona kina niemego i symbol seksu tamtej epoki. W tym czasie gwałtownie rozwinął się rynek odchudzania. W prasie reklamowano tabletki, herbatki i „cudowne kuracje”. Jedną z nietypowych diet, która zdobyła ogromną popularność w Ameryce i Anglii, był flecteryzm. Jego twórcą był Horace Fletcher – handlarz dziełami sztuki z San Francisco, który zainteresował się odchudzaniem, gdy towarzystwa ubezpieczeniowe zaczęły brać pod uwagę wagę klientów, a on sam nie mógł uzyskać polisy z powodu nadwagi. Opracował więc własną metodę, dzięki której miał schudnąć niemal 20 kg. Zalecał bardzo dokładne przeżuwanie każdego kęsa – początkowo 32 razy na każdy ząb, a następnie nawet 100 razy, aż do uzyskania płynnej konsystencji pokarmu. Resztki jedzenia miały być wypluwane. Flecteryzm stał się tak popularny, że organizowano nawet „imprezy dla przeżuwaczy”, podczas których uczestnicy liczyli ruchy szczęki. Co ciekawe, współczesne badania wskazują, że dokładniejsze przeżuwanie rzeczywiście może prowadzić do spożywania mniejszej ilości kalorii.

### Post scriptum

Historia otyłości i diet odchudzających pokazuje, że sposoby myślenia o ciele zmieniają się wraz z epoką, ale potrzeba jego kontroli pozostaje stała. Od religijnych i medycznych interpretacji, przez indywidualne eksperymenty, po masowe diety i „cudowne środki”, każda epoka tworzyła własne uzasadnienia dla ideału sylwetki. Szczupłość stała się symbolem samodyscypliny i sukcesu, silnie związanym z kanonem piękna i presją społeczną. Z kolei otyłość, dawniej często kojarzona z dobrobytem i statusem, dziś traktowana jest przede wszystkim jako problem zdrowotny i czynnik ryzyka chorób przewlekłych. W efekcie powstaje napięcie charakterystyczne dla naszych czasów: z jednej strony rosnąca świadomość zdrowotnych konsekwencji otyłości, z drugiej – silna, często nierealistyczna presja na osiągnięcie określonego ideału sylwetki. To napięcie napędza zarówno rozwój naukowych metod leczenia, jak i nieustannie odradzający się rynek „szybkich rozwiązań”. Historia zatacza więc pewne koło – zmieniają się argumenty i narzędzia, lecz mechanizm pozostaje podobny: ciało wciąż jest obszarem kontroli, oceny i społecznego znaczenia. ■



Więcej na stronie:

[promedico.info/kategoria/historia/](http://promedico.info/kategoria/historia/)

o wątpliwym, a często niebezpiecznym składzie. W reklamach gazet i katalogów aptecznych pojawiały się tzw. „proszki dietetyczne”, zawierające m.in. strychninę, błędnie przedstawianą jako „stymulant metabolizmu” i środek zmniejszający apetyt. Równie popularne były środki przeczyszczające i „oczyszczające organizm”, które powodowały głównie odwodnienie i chwilowy spadek masy ciała. W wielu przypadkach zawierały substancje dziś uznawane za toksyczne. Jeszcze bardziej rozpowszechnione były „cudowne tabletki z tasiemcem”, reklamowane w prasie jako szybki sposób na chudnięcie bez diety i wysiłku. Ich przekaz marketingowy często brzmiał: „jedz, co chcesz – resztę zrobi proszek”. 100 lat później nadal doskonale rozwijał się rynek komercyjnych metod odchudzania, często oderwanych od wiedzy naukowej. W połowie lat 20. reklamowano papierosy jako środki zdrowotne poprawiające trawienie, a nawet hamujące apetyt (w tym celu dodawano do tytoniu amfetaminę). Jednym z najbardziej znanych haseł reklamowych była kampania Lucky Strike, w której zachęcano: „Sięgnij po szczęście zamiast słodyczy”. Stosowano preparaty hormonalne – wstrzykiwano pacjentom „tyroidynę”, czyli wyciągi z tarczyc owiec lub cieląt. Nie stroniono od urządzeń mechanicznych i zabiegów fizykalnych. W wielu przypadkach prowadziło to jedynie do utraty wody lub masy mięśniowej, nie zaś tkanki tłuszczowej. Modne było zastępowanie ćwiczeń fizycznych elektrycznym pobudzaniem mięśni. Sadzano pacjenta na specjalnym krześle z elektrodami przymocowanymi do łydek, ud, brzucha i ramion. Dodatkowo obciążano go workami z piaskiem. Ta „nowoczesna i skuteczna” terapia trwał od 40 minut do godziny. W latach 30. XX w. spopularyzowały się pierwsze domowe wagi, ekstrakty, pigułki i gummy

# Nasze sportowe zwycięstwa



**DR N. MED. GRZEGORZ BORYCZKA**

Członek Prezydium ORL

Przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji ORL



## I Kołowrotek Tenisowy ŚIL

Po raz pierwszy w sobotę 28 marca 2026 r. odbyły się w nowym formacie rozgrywki tenisowe pod nazwą Kołowrotek Tenisowy ŚIL na kortach Bażantowo w Katowicach. Charakter rotacyjny turnieju, z losowaniem par na miejscu przyciągnął 15 uczestników: lekarki i lekarzy, dentystki i dentystów. Gratulujemy zwycięzcom oraz wszystkim zawodnikom za sportową rywalizację i świetną atmosferę. Oficjalne wyniki – największą liczbę punktów zdobyli wśród kobiet Joanna Pilśniak, a wśród mężczyzn Michał Sierny.

Dziękujemy Agnieszce Widziszowskiej i Mariuszowi Smolikowi z Komisji Sportu i Rekreacji ŚIL za pomoc w realizacji turnieju. ■



Fot. organizator zawodów



Fot. organizator zawodów

Uczestnicy I Kołowrotka Tenisowego ŚIL.

## V Zawody Strzeleckie Lekarzy i Lekarzy Dentystów

Po raz piąty w sobotę 18 kwietnia 2026 r. lekarze i lekarze dentyści mieli możliwość zmierzyć się w zawodach strzeleckich. Odbyły się w Piotrkowie Trybunalskim i obejmowały osiem konkurencji. Frekwencja, atmosfera, pogoda – znakomite.

Ze Śląskiej Izby do zawodów przystąpili: Przemysław Klocek, Tomasz Pawłowski, Jacek Zimoch, Kazimierz Klecz. Po zmaganiach spotkanie integracyjne, wspólny posiłek. Gratulujemy uczestnikom, a szczególnie: lekarzowi dentyście Przemysławowi Klockowi za zajęcie III miejsca w kategorii PCC dynamiczny i lekarzowi Tomaszowi Pawłowskiemu za zajęcie III miejsca w kategorii Pistolet boczny zapałonu. ■



Przemysław Klocek i Jacek Zimoch.

## XXI Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu

Po raz kolejny od 23 do 25 kwietnia 2026 r. lekarze i lekarze dentyści startowali w XXI Mistrzostwach Polski w Pływaniu w Dębicy. Nie zabrakło reprezentantów Śląskiej Izby Lekarskiej, którzy przywieźli garść medali: Marek Trzensiok – 14 złotych, Danuta Ziarko – 9 złotych, Katarzyna Girczys-Poedniok – 2 srebrne, 1 brązowy, Stefan Madej – 3 złote, Jan Wilczek – 5 złotych, 1 srebrny, 1 brązowy, Zuzanna Janecka – 1 złoty, 1 srebrny, 2 brązowe, Marek

Kowalczewski – 2 brązowe, Marek Paściak – 2 złote, 3 srebrne, 3 brązowe, Patrycja Sołtysiak – 3 złote, 1 srebrny, Dominika Opałko – 2 złote, 4 srebrne, 3 brązowe oraz 3 miejsce w roli najlepszej zawodniczki Mistrzostw. W klasyfikacji generalnej ŚIL zajęła drugie miejsce! Dziękujemy, gratulujemy i życzymy medalistom kolejnych sukcesów w pływaniu. ■



Uczestnicy XXI Mistrzostw Polski Lekarzy w Pływaniu.



## Odeszli na wieczny dyżur

**3** maja 2026 r., przeżywszy 77 lat, zmarł śp. prof. dr hab. n. med. Andrzej Prajsner. Absolwent Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1973. Specjalista urologii II stopnia.

**13** kwietnia 2026 r., przeżywszy 51 lat, zmarł śp. lek. Tomasz PIEDZIŃSKI. Absolwent Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 2003. Specjalista ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

**11** kwietnia 2026 r., przeżywszy 76 lat, zmarła śp. lek. Anna Wołowska-Władimirow. Absolwentka Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, rocznik 1973. Specjalistka okulistyki II stopnia.

**25** marca 2026 r., przeżywszy 77 lat, zmarła śp. lek. dent. Anna Ordon-Gajewska. Absolwentka Akademii Medycznej w Krakowie, rocznik 1971.

**23** marca 2026 r., przeżywszy 86 lat, zmarł śp. lek. dent. Eryk Loska. Absolwent Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1975. Specjalista stomatologii ogólnej i protetyki stomatologicznej II st. Delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy I kadencji. Delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy I kadencji.

**5** lutego 2026 r., przeżywszy 93 lata, zmarła śp. lek. Barbara Mędrak. Absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1955. Specjalistka medycyny przemysłowej II stopnia.

**28** grudnia 2025 r., przeżywszy 87 lat, zmarła śp. lek. Zofia Strawińska-Kubiczek. Absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1977.

**15** grudnia 2025 r., przeżywszy 89 lat, zmarła śp. lek. dent. Zofia Lis. Absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1968. Specjalistka stomatologii ogólnej.

**10** listopada 2025 r., przeżywszy 71 lat, zmarł śp. lek. Janusz Bursa. Absolwent Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1980. Specjalista pediatrii i neonatologii II st.

**Pozostaną na zawsze w naszej pamięci!**  
Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach

Z głębokim bólem przyjęliśmy wiadomość  
o śmierci

**Dr. n.med. Andrzeja Wojakowskiego**

Wyrazy współczucia

dla Pana prof. dr. hab. n.med. Wojciecha  
Wojakowskiego oraz całej rodziny

składa

*zespół III Kliniki Kardiologii SUM w Katowicach*

Z głębokim bólem przyjęliśmy wiadomość  
o śmierci

**dr n.med. Zdzisławy Sachajdak-  
Michalewskiej**

Wyrazy współczucia dla naszej koleżanki,  
dr Aleksandry Michalewskiej-Włudarczyk

oraz całej rodziny

składa

*zespół III Kliniki Kardiologii SUM w Katowicach*

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość,

że w wieku 87 lat zmarła

**ŚP Joanna Kozłowska**

wieloletnia wychowawczyni

kilku pokoleń lekarzy anestezjologów  
i pielęgniarek anestezjologicznych

Ordynatorka Oddziału Anestezjologii  
w Szpitalu Miejskim w Rudzie Śląskiej

od założenia oddziału w 1972 roku do 2007 roku

założycielka jednej z pierwszych na Śląsku  
Poradni Leczenia Bólu

zawsze pozostanie w naszej pamięci

*zespół lekarzy i pielęgniarek Oddziału Anestezjologii  
i Intensywnej Terapii*

*Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej*

**Mentorki NIERUCHOMOŚCI**

# SPRZEDAJ LUB KUP NIERUCHOMOŚĆ Z REALNYM EFEKTEM *nie obietnicami*

Ponad **50 mln** wolumentu sprzedanych nieruchomości  
Większość klientów trafia do nas z poleceń

**Dlaczego Mentorki Nieruchomości?**

- pełna poufność
- indywidualne podejście
- jasny plan działania
- dopracowana strategia

**Nie musisz szukać, porównywać ani analizować rynku.**  
My znamy lokalne realia i znajdziemy dla Ciebie idealne miejsce (lub właściwego kupca)

**YouTube**  
Mentorki Nieruchomości

**Instagram**  
Mentorki Nieruchomości

**Kasia – 886 628 977**

**Justyna – 786 180 978**

Zaufaj doświadczeniu. Postaw na **rezultat**

## Centrum Medyczne w Chorzowie zaprasza do współpracy komercyjnej

Kosmetologa, Dermatologa, Reumatologa, Kardiologa, Ginekologa, Urologa, Gastroenterologa, Chirurga Naczyniowego, Psychiatrę, innych specjalistów.

**Dlaczego warto do nas dołączyć?**

- jesteśmy otwarci na rozwój
- chętnie zaopatrzymy się w nowe urządzenia,
- posiadamy ultrasonografy, OCT, Laser CO2, RFA
- termoablacja guzów tarczycy i inne.

**Kontakt**  
**605 993 401**  
**571 536 257**

**Zatrudnimy**  
**DENTYSTĘ i ORTODONTĘ**  
**DENTI FLO w Jaworznie**

**tel. 609 773 484**  
**rejestracjadentiflo@gmail.com**

**Denti FLO**  
FIZJOTERAPIA  
LOGOPEDIA  
OTOLARYNGOLOGIA

**jutro medical**

Przychodnia w Tarnowskich Górach zatrudni: **ortopedę, kardiologa, dermatologa, pediatrę i lekarza med. pracy.**

**Tel. 536 218 001, hr@jutromedical.com**

Warunki do uzgodnienia.

**OGŁOSZENIA: WYNAJMĘ, SPRZEDAM**

Sprzedam gabinet stom. ze względów zdrowotnych (1 stan.)  
Katowice – Giszowiec. Tel. 513 604 423

Do wynajęcia lokal na działalność medyczną – gabinety lekarskie.  
200 m<sup>2</sup> (120+80 m). Tychy, centrum, parter, parking, łatwy dojazd.  
Tel. 601 482 148

Wynajmę pomieszczenia w przychodni lekarskiej 130 m<sup>2</sup>  
i 3 gabinety lekarskie. Zabrze, tel. 574 675 940

Sprzedam wyposażenie gabinetu stomatologicznego.  
Tel. 602 280 476

Okazyjnie pilnie sprzedam gabinet stomatologiczny 117 m<sup>2</sup>, 3 stan.  
w Bytomiu. Tel. 601 444 676

**OGŁOSZENIA: DAM PRACĘ**

NZOZ CM „ARKA-MED” Sp. z o.o. w Tychach ul. Nałkowskiej 27,  
zatrudni **lekarzy specjalistów: chirurgii naczyń, dermatologii,  
gastroenterologii, kardiologii, reumatologii, urologii**, kontakt:  
tel. 503347642, kadry@arkamed.pl

Zatrudnię **lekarza dentystę** do pracy na fundusz i prywatnie.  
Częstochowa i Zabrze. Tel. 574 675 940

Zatrudnię **lekarza ortodontę** do pracy w ramach umowy  
NFZ i prywatnie. Wynagrodzenie 20 tys. brutto i powyżej.  
Częstochowa, tel. 574 675 940

Hospicjum w Gliwicach, ul. Daszyńskiego 29, zatrudni  
**lekarza do zespołu domowego** na dowolną formę umowy.  
Kontakt: Bożena Niemczynowic, tel. 608 010 356

Przychodnia w Jaworznie nawiąże współpracę z **lekarzem  
dentystą**. Tel. 509967891

Zagłębiowskie Centrum Onkologii  
w Dąbrowie Górniczej  
zatrudni **lekarza kierującego oddziałem  
otorynolaryngologicznym**  
do pracy w oddziale i poradni  
dowolna forma zatrudnienia  
Składanie ofert:  
· e-mail: kadry@zco-dg.pl;  
· w Kancelarii Szpitala, Dąbrowa Górnicza, ul. Szpitalna 13.  
Telefon kontaktowy: 32 621 20 44

Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu  
ul. Gamowska 3, 47-400 Racibórz zatrudni lekarza na udzielanie  
świadczeń opieki zdrowotnej, dyżurów, konsultacji lekarskich  
w komórkach organizacyjnych SP ZOZ w Raciborzu, **lekarzy  
specjalistów lub w trakcie specjalizacji z dziedziny:  
Pediatrii i Neonatologii, Ortopedii, Okulistyki, Anestezjologii  
i Intensywnej terapii, Chorób wewnętrznych, Pulmonologii,  
Chorób zakaźnych, Otolaryngologii, Medycyny ratunkowej,  
Chirurgii ogólnej, Onkologii, Radioterapii, Reumatologii**  
KONTAKT: tel. 327555055,  
kadry@szpital-raciborz.org

SPZOZ w Imielinie zatrudni **lekarza POZ** 5 dni/tydz. w dowolnych  
godzinach. Tel. 533 525 151

Zapraszam do współpracy **lekarzy dentystów**. STOMED Bytom,  
tel. 502 324 918

Prywatny gabinet stomatologiczny w Rybniku zatrudni **dentystę**.  
Tel. 792 574 468

Przychodnia Lekarska „RAD-MED” w Radzionkowie zatrudni od  
zaraz **lekarza pediatrę**. Praca na etat lub inna forma zatrudnienia.  
Tel. 509-147-495

NZOZ w Sosnowcu zatrudni **lekarza do poradni ginekologicznej,  
dermatologicznej, neurologicznej i reumatologicznej**.  
Tel. 601 400 035

Centrum medyczne w Sosnowcu zatrudni **lekarza medycyny  
pracy**. Praca w zespole wieloosobowym. Forma zatrudnienia  
i czas pracy do uzgodnienia. Tel. 500 253 476

Nawiązę współpracę z **implantologiem i ortodontą** w NZOZ  
w Dąbrowie Górniczej. Tel. 665 877 609

Zatrudnię **lekarza dentystę** w prywatnym gabinecie w Jastrzębiu  
Zdroju (bez NFZ), tel. 505005454

Placówka diagnostyczno-medyczna w Raciborzu nawiąże  
współpracę z lekarzami specjalistami.  
Poszukujemy lekarzy wymienionych poniżej specjalizacji, którzy  
byliby zainteresowani podjęciem współpracy.  
Zapraszamy do kontaktu m.in. **lekarzy specjalistów z zakresu:**  
– **diabetologii**  
– **dermatologii**  
– **urologii**  
– **chirurgii naczyniowej**  
Jeżeli są Państwo zainteresowani współpracą, prosimy o kontakt  
telefoniczny lub mailowy.  
Tel. 692023376, e-mail sekretariat.artimex@gmail.com

## OGŁOSZENIA

MEGREZ Sp. z o.o. zatrudni **lekarzy specjalistów i lekarzy w trakcie specjalizacji** do Poradni: urazowo-ortopedycznej, neurologicznej, chirurgii ogólnej, laryngologicznej.  
Kontakt: rekrutacja@szpitalmegrez.pl, tel. 32 3255126

SPZOZ Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu  
ul. Wawel 15 zatrudni: **lekarza POZ, reumatologa i ginekologa**.  
Tel. (32) 368-48-74, biuro@zla.sosnowiec.pl

NZOZ Enterna Medica Sp. z o.o., ul. Wolności 338b, Zabrze  
zatrudni lekarzy specjalistów w szczególności **endokrynologa i alergologa**. Zainteresowanych prosimy o kontakt.  
E-mail: kontakt@enterna.pl. Enterna.pl

NZOZ zatrudni lekarzy specjalistów: **Pulmonologii \* Dermatologii \* Diabetologii \* Hematologii i onkologii dziecięcej \* Medycyny rodzinnej \* Geriatrii \* Medycyny pracy** oraz przyjmie akces innych kolegów specjalistów.  
ATRAKCYJNE WARUNKI WSPÓŁPRACY – NFZ + KOMERCJA,  
zapraszamy do kontaktu, tel. 512 451 000;  
biuro@nasza-przychodnia.pl

NZOZ w Chorzowie i Piekarach Śląskich nawiąże współpracę z doświadczonym **lekarzem dentystą**. Komeracja + NFZ. Praca w wieloosobowym zespole specjalistów. Tel. 693 376 257

Praca dla lekarzy w dziedzinie okulistyki  
Megrez Sp. z o.o. zatrudni **lekarzy specjalistów lub lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie okulistyki**.  
Forma zatrudnienia i wymiar godzin do uzgodnienia.  
Zapraszamy do kontaktu z Działem Kadr i ZZL:  
tel. 32 32 55 169, e-mail: rekrutacja@szpitalmegrez.pl

Praca dla **lekarzy w dziedzinie neurologii**  
Megrez Sp. z o.o. zatrudni lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii - do pełnienia dyżurów medycznych.  
Forma zatrudnienia i wymiar godzin do uzgodnienia.  
Zapraszamy do kontaktu z Działem Kadr i ZZL: tel. 32 32 55 169, e-mail: rekrutacja@szpitalmegrez.pl

NZOZ zatrudni **lekarzy POZ i specjalistów** ze znajomością języka ukraińskiego i rosyjskiego. Atrakcyjne warunki współpracy – NFZ + Komeracja. Zapraszamy do kontaktu, tel. 512 451 000,  
e-mail: biuro@nasza-przychodnia.pl

### MED-KORN

Poradnie Specjalistyczne

Nasza przychodnia w Świętochłowicach poszukuje lekarzy o następujących specjalizacjach:

- Radiologia
- Neurologia (dorośli i dzieci)
- Psychiatria (dorośli i dzieci)
- Hematologia
- Reumatologia
- Kardiologia

Świadczymy wyłącznie usługi komercyjne.

Zapraszamy do kontaktu w celu ustalenia warunków zatrudnienia.

Świętochłowice ul. Wyzwolenia 35/3  
Tel: 602 503 289  
email: biuro@medkorn.pl



przychodnia

**ARNIKA**

**Zabrze**

## Praca dodatkowa dla Lekarza POZ

- Umowa o pracę lub kontrakt
- Elastyczny harmonogram pracy
- Dowolny wymiar pracy  
np. 1 dzień, 2 x 3 godz.
- Tylko pacjenci dorośli
- Dobra atmosfera, zgrany zespół
- Dogodne miejsce parkingowe

Zapraszamy do kontaktu

tel. 697 70 59 84

kosmarosiak@przychodnia-arnika.pl

# Lekarzu!

Przyjdź! Zadzwoń! Napisz e-maila!  
Jeśli sam masz problem!

Jeśli Twój kolega lekarz ma problem, jeśli Twoja żona,  
Twój mąż lekarz ma problem. Jeśli Twoja mama, tato,  
córka czy syn lekarz ma problem.

Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów  
udzieli pomocy

Lek. Małgorzata Dosiak

tel. 664 187 499

Spotkania osobiste odbywają się w siedzibie Śląskiej  
Izby Lekarskiej w Katowicach przy ul. Grażyńskiego  
49A na 4 piętrze, pokój nr 416

e-mail: [pełnomocnik@izba-lekarska.org.pl](mailto:pełnomocnik@izba-lekarska.org.pl)

*Terminy spotkań z Pełnomocnikiem prosimy uzgadniać telefonicznie tydzień wcześniej przed planowaną wizytą.*

Jednocześnie istnieje możliwość kontaktu telefonicznego z **pracownikiem biura pełnomocnika** w godzinach pracy ŚIL pod numerem:

☎ 32 604 42 43, Monika Holik.

Precyzyjne informacje na temat kompetencji Pełnomocnika dostępne są na stronie internetowej ŚIL w zakładce:  
🔗 Pełnomocnik ds. zdrowia Lekarzy

**Lekarzu! Możesz być pewny, że Twój problem pozostanie tajemnicą!**

Twoja rozmowa i współpraca z pełnomocnikiem nie skutkuje uruchomieniem procedury z zakresu odpowiedzialności zawodowej i oceną Twojej zdolności do pracy.



**Podjmij decyzję zanim inni zdecydują za Ciebie...**

## Reklama w Pro Medico

Wypełniony druk zlecenia ogłoszenia/reklamy lub dodatku w formie wkładki prosimy przesłać e-mailem na adres: [k.dabrowska@izba-lekarska.org.pl](mailto:k.dabrowska@izba-lekarska.org.pl), a następnie przesłać pocztą oryginał zlecenia na adres Śląskiej Izby Lekarskiej. W przypadku, gdy zleceniodawca chce otrzymać kopię zlecenia podpisaną przez reprezentantów ŚIL, prosimy przesłać pocztą dwa egzemplarze wypełnionego zlecenia. Zlecenia ogłoszenia/reklamy lub dodatku w formie wkładki można również dokonać osobiście w siedzibie ŚIL (V piętro) w godzinach pracy Izby. Warunkiem zamiesz-

czenia reklamy/ogłoszenia w piśmie jest dokonanie przedpłaty i przesłanie dowodu wpłaty na adres e-mail: [k.dabrowska@izba-lekarska.org.pl](mailto:k.dabrowska@izba-lekarska.org.pl). Bezpłatnie zamieszczane są ogłoszenia lekarzy i lekarzy dentystów poszukujących pracy.



**Szczegóły i formularze:**

[izba-lekarska.org.pl/ogloszenia/zasady-zamieszczania-ogloszen/pro-medico](http://izba-lekarska.org.pl/ogloszenia/zasady-zamieszczania-ogloszen/pro-medico)



ProMedico

Wydawca: Śląska Izba Lekarska w Katowicach  
Nakład 16000 egzemplarzy · ISSN 1232-8693

Redaktor naczelny:

Żywiśław Mendel

Zastępca redaktora naczelnego:

Piotr Biernat · e-mail: [p.biernat@izba-lekarska.org.pl](mailto:p.biernat@izba-lekarska.org.pl)

Adres redakcji: „Pro Medico”, ul. Grażyńskiego 49a, 40-126 Katowice, tel. 32 60 44 260, [www.izba-lekarska.org.pl](http://www.izba-lekarska.org.pl) · Opracowanie graficzne, skład i korekta: Wydawnictwo KA, Tarnowskie Góry, ul. Opolska 23c · Druk: Mikopol · Reklamy i ogłoszenia: Karolina Dąbrowska, tel. 32 604 42 63 · Okładka: Karolina Dąbrowska

Data zamknięcia numeru: 5 maja 2026 r. Materiały prasowe, ogłoszenia i reklamy do następnego numeru przyjmujemy do 5 czerwca 2026 r.

Dla wszystkich lekarzy zrzeszonych w ŚIL w Katowicach pismo bezpłatne.

Redakcja zastrzega sobie prawo do adiustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów. Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

# SUSHI MENU

Restauracja Palatum

## PALATUM RESTAURACJA

## Zamów sushi z Palatum

IDEALNE NA KAŻDĄ OKAZJĘ

### Pragniesz więcej?

ZAMÓW ZESTAW JUŻ OD 60 ZŁ!

Jesteś głodny szczegółów?

Zeskanuj kod, aby zobaczyć menu  
w całości dedykowane sushi!



### W naszej ofercie

PRZYSTAWKI

TEMPURY

HOSOMAKI

FUTOMAKI

URAMAKI

URAMAKI GOLD

NIGIRI

GUNKAN MAKI

SASHIMI



Budynek Śląskiej Izby Lekarskiej  
(1 piętro)

Dom Lekarza sp. z o.o.  
ul. Grażyńskiego 49a, Katowice  
NIP: 634-013-25-25

+48 724 432 344  
restauracja@izba-lekarska.org.pl  
fb.com/RestauracjaPalatum/